

José Marcos da Silva
Darlindo Ferreira de Lima
Simone do Nascimento Fraga
Alexsandro de Melo Laurindo

ORGANIZAÇÃO



Série Livro-Texto



Tópicos em Saúde Coletiva

itinerários e produção
de conhecimentos

José Marcos da Silva
Darlindo Ferreira de Lima
Simone do Nascimento Fraga
Alexsandro de Melo Laurindo

ORGANIZAÇÃO

Tópicos em saúde coletiva

itinerários e produção
de conhecimentos

Universidade Federal de Pernambuco

Reitor: Alfredo Macedo Gomes

Vice-Reitor: Moacyr Cunha de Araújo Filho

Pró-Reitoria de Graduação

Pró-Reitora: Magna do Carmo Silva

Diretora: Fernanda Maria Ribeiro de Alencar

Editora UFPE

Diretor: Junot Cornélio Matos

Vice-Diretor: Diogo Cesar Fernandes

Editor: Artur Almeida de Ataíde

Comitê de avaliação

Adriana Soares de Moura Carneiro, Ana Célia Oliveira dos Santos, Addressa Suely Saturnino de Oliveira, Arquimedes José de Araújo Paschoal, Assis Leão da Silva, Ayalla Camila Bezerra dos Santos, Chiara Natercia Franca Araujo, Deyvylan Araujo Reis, Djailton Cunha, Flavio Santiago, Hyana Kamila Ferreira de Oliveira, Isabel Cristina Pereira de Oliveira, Jaqueline Moura da Silva, Jorge Correia Neto, Keyla Brandão Costa, Luciana Pimentel Fernandes de Melo, Márcia Lopes Reis, Márcio Campos Oliveira, Márcio Vilar França Lima, Maria Aparecida Silva Furtado, Maria da Conceição Andrade, Michela Caroline Macêdo, Rodrigo Gayger Amaro, Rosa Maria Oliveira Teixeira de Vasconcelos, Shirleide Pereira da Silva Cruz, Tânia Valéria de Oliveira Custódio, Waldireny Caldas Rocha

Editoração

Revisão de texto: Maria Betânia de Andrade Moura Tobal

Projeto gráfico: Ildembergue Leite

Diagramação: Adele Pereira

Imagem da capa: Editora UFPE

Catálogo na fonte

Bibliotecária Kalina Ligia França da Silva, CRB4-1408

T673 Tópicos em saúde coletiva [recurso eletrônico] : itinerários e produção de conhecimentos / organização : José Marcos da Silva... [et al.]. - Recife : Ed. UFPE, 2023.
(Série Livro-Texto).

Vários autores.

Inclui referências.

ISBN 978-65-5962-193-4 (online)

1. Saúde pública - Brasil. 2. Saúde pública - Pesquisa. I. Silva, José Marcos da (Org.). II. Título da série.

362.10981

CDD (23.ed.)

UFPE (BC2023-052)

Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.



Apoio



SÉRIE LIVRO-TEXTO

A Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), pautada pelos princípios da democracia, da transparência, da qualidade e do compromisso social, assume a Educação Superior como um bem público e um direito de todas e todos. Nesse sentido, estimula a melhoria das condições do trabalho docente, a inserção de metodologias de ensino inovadoras e a articulação dos conhecimentos teóricos e práticos nas diferentes áreas do saber como instrumentos de promoção de uma formação científica, humanística e artística que prepare nossos estudantes para a intervenção na realidade, segundo o compromisso com o desenvolvimento integral e sustentável, a equidade e a justiça social. Assim, a UFPE, por intermédio da Pró-Reitoria de Graduação e da Editora UFPE, oferta à comunidade acadêmica e à sociedade mais uma seleção da Série Livro-Texto, com o objetivo de contribuir para a formação da biblioteca básica do estudante de graduação e para a divulgação do conhecimento produzido pelos docentes desta Universidade. Em busca de uma melhor dinâmica para o recebimento de originais, este edital (Edital simplificado nº 22/2022 de incentivo à produção e publicação de livros digitais) estabeleceu janelas de submissão em momentos distintos,

oportunizando uma melhor organização por parte dos agentes envolvidos na elaboração e na edição desses materiais. Os livros selecionados, que contemplam diferentes áreas do saber, representam o esforço de discentes (de graduação e pós-graduação) e servidores (docentes e técnicos) e da gestão da Universidade em prol da produção, sistematização e divulgação do conhecimento, um de seus principais objetivos.

Alfredo Macedo Gomes

Reitor da UFPE

Moacyr Cunha Araújo Filho

Vice-Reitor da UFPE

Magna do Carmo Silva

Pró-Reitora de Graduação (Prograd)

Fernanda Maria Ribeiro de Alencar

Diretora da Prograd

SUMÁRIO

Apresentação 10

1. Pesquisas científicas sobre Covid-19: uma análise do perfil das propostas apreciadas pela Comissão Nacional de Ética do Brasil 12
Daniele Gomes da Silva
José Marcos da Silva
2. Covid-19: um problema, inúmeros desdobramentos e diferentes cenários de enfrentamento 34
Luís Roberto da Silva
Emília Carolle Azevedo de Oliveira
Amanda Priscila de Santana Cabral Silva
3. Covid-19, Isolamento Social e Saúde Mental: uma análise a partir da Matriz de Reprodução Social da Saúde de Juan Samaja 45
Wesley de Matos Souza
José Marcos da Silva

4. Covid-19 e saúde dos trabalhadores: estudo de caso de uma Unidade de Saúde da Família em Vitória de Santo Antão, Pernambuco 74
José Marcos da Silva
5. Roleta dos Sentimentos: Estratégia de Educação em Saúde para o cuidado da população feminina no âmbito da Atenção Básica em Saúde 90
Maria Tatiane Alves da Silva
Valdecir Barbosa da Silva Júnior
Elaine Rufino Barbosa da Silva
Fabiana de Oliveira Silva Sousa
6. Expressões artístico-culturais e o cuidado de si no cotidiano das juventudes 101
Yuri Henrique Rodrigues Damasceno
Ana Paula Lopes de Melo
7. Plantão psicológico *on-line* em tempos de pandemia: um relato de experiência 123
Sílvia Raquel Santos de Moraes
Darlindo Ferreira de Lima
8. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária e à Estratégia de Saúde da Família: uma revisão sistemática com metanálise 146
Valdecir Barbosa da Silva Júnior
Natália Borba de Melo
Antônio Flaudiano Bem Leite
Maria Tatiane Alves da Silva
Gabriela da Silveira Gaspar

9. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária na infância: situação epidemiológica no estado de Pernambuco 161

Beatriz da Silva Aguiar

Amanda Priscila de Santana Cabral Silva

10. O ato injusto da Justiça: percepções dos gerentes da regulação em saúde sobre a judicialização e seus efeitos 172

Raissa Alves Ferreira

Roseli Joseli da Silva

Manoel Clemente da Silva Neto

José Marcos da Silva

José Ronaldo Vasconcelos Nunes

Sobre as autoras e os autores 189

APRESENTAÇÃO

Neste livro é apresentado um conjunto de textos que resultam de pesquisas e de práticas no campo da saúde coletiva. Trata-se de um livro que aponta teorias, problemas e relatos de experiências que se configuram como práxis da saúde coletiva e da saúde pública. Os autores são pesquisadores vinculados ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva do CAV da UFPE que desenham em suas práticas de ensino, pesquisa e extensão, itinerários, produção de saberes e de conhecimentos das áreas de ciências sociais e humanas, da epidemiologia e da vigilância em saúde.

No capítulo um, desenha-se um cenário de propostas de pesquisas apreciadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e são apontadas desigualdades regionais quanto ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia no Brasil.

No capítulo dois, diferentes cenários de enfrentamento da doença denominada *Coronavírus Disease 2019* (Covid-19) são problematizados, a partir de desdobramentos que resultaram na morte de mais de 680.000 brasileiros.

O isolamento social e a saúde mental são temas do capítulo três, no qual os autores apresentam uma análise que utilizou como referência a modelagem da Reprodução Social da Saúde proposta por Juan Samaja.

O tema da saúde do trabalhador e da trabalhadora é problematizado a partir de um estudo de caso discutido no capítulo quatro, que denota ter havido, com a pandemia de Covid-19, mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde da família com piora no bem-estar dos profissionais.

No capítulo cinco está uma estratégia de educação em saúde para o cuidado da população feminina. Trata-se de um relato de experiência na Atenção Básica em Saúde (ABS), sendo um modelo para a prática em outros serviços.

O capítulo seis apresenta a experiência do plantão psicológico como dispositivo útil para o acolhimento de demandas de profissionais de saúde na linha de frente da pandemia.

No capítulo sete, são apresentados os resultados de uma pesquisa com jovens em que se estudou a potencialidade de trabalho com as expressões artístico-culturais para o cuidado de si que pode favorecer o vínculo de jovens e adolescentes com as Equipes de Saúde da Família (ESF).

No capítulo oito, os autores desenvolvem uma abordagem das internações por condições sensíveis à ABS, a partir de uma revisão sistemática, através da qual se verifica que a ABS é um modelo capaz de enfrentar os tipos de internações estudadas.

Internações por condições sensíveis à Atenção Básica em Saúde (ABS) na Infância é o tema do capítulo nove. Esse estudo descreve o perfil das internações por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS) em Pernambuco e aponta para cenário prospectivo de incertezas diante de mudanças na Política de ABS nos últimos anos.

Por fim, o capítulo dez trata de uma pesquisa através da qual se estudou a percepção de gerentes de regulação em saúde no estado de Pernambuco, caracterizando os efeitos dos processos judiciais no exercício de trabalho dos profissionais como ato injusto da Justiça.

José Marcos da Silva

Darlindo Ferreira de Lima

Simone do Nascimento Fraga

Alexsandro de Melo Laurindo

Organizadores

1.

Pesquisas científicas sobre Covid-19: uma análise do perfil das propostas apreciadas pela Comissão Nacional de Ética do Brasil

Daniele Gomes da Silva

José Marcos da Silva

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) atende atualmente mais de 200 milhões de brasileiros e quaisquer estrangeiros que estiverem em solo nacional. O SUS é referência mundial em diversos setores, tendo como destaque principal o Programa Nacional de Imunização (PNI), que em 1973 erradicou a varíola em todo o território nacional. Dados sobre a vacinação no Brasil são monitorados diariamente, de tal forma que cada dose é cadastrada em sistemas de informações para monitoramento e verificação sobre a efetivação do PNI diante das doenças, entre as quais está incluída atualmente a Covid-19 (BRASIL, 2021a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 11 de março de 2020, que a disseminação do vírus SARS-COV-2 já se enquadrava como uma pandemia (OPAS, 2021). Estima-se que, no Brasil, desde o primeiro óbito, ocorrido em 17 de março de 2020, mais de 666 mil pessoas perderam suas vidas em decorrência de complicações pela Covid-19 (BRASIL, 2021a).

As pandemias estão relacionadas ao surgimento ou recrudescimento de doenças infecciosas. O mundo já enfrentou diversas

pandemias. A Covid-19 é no século XXI a doença que mais se disseminou entre a população mundial, visto seu elevado potencial de contaminação e transmissão, ainda mais considerando-se que muitos dos contaminados são pacientes assintomáticos. A doença acarretada pelo novo coronavírus, classificado como SARS-CoV-2, foi detectada pela primeira vez em Wuhan, na China, em dezembro de 2019, após diversos casos notificados (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Para Nohama, Silva e Silva (2020) é, de certa forma, esperado que os dados sobre pesquisas realizados a partir da Covid-19 sejam incertos, visto que, enquanto os estudos estão sendo realizados, a pandemia continua em avanço em alguns países. Entretanto, no Brasil e no mundo, com o avanço da vacinação, tem-se percebido uma diminuição significativa do número de novos casos e óbitos. Acredita-se que os estudos sobre o novo coronavírus no Brasil e no mundo tenham aumentado consideravelmente, visto todos os processos advindos dos problemas de saúde enfrentados pelos países diante da pandemia.

A Plataforma Brasil reúne informações sobre as pesquisas científicas com seres humanos. Com a pandemia, houve aumento das submissões de novos projetos e uma seção foi criada para dissipação de informações sobre os projetos referentes às pesquisas sobre o SARS-CoV-2 (BRASIL, 2021b).

A literatura científica carece de produção de conhecimento acerca das propostas de pesquisas submetidas à Conep. O perfil das propostas de pesquisas pode demonstrar desigualdades regionais e locais em relação aos investimentos em inovação e desenvolvimento tecnológico em saúde. Ademais, importa conhecer que instituições científicas são centros de excelência na produção de biotecnologias para o diagnóstico e a terapia no cuidado em saúde.

Diante disso, torna-se fundamental desenvolver estudos sobre as propostas de pesquisas científicas relacionados à Covid-19, com vistas a contribuir para o conhecimento sobre o desenvolvimento tecnológico em saúde e suas implicações para o SUS.

A pesquisa partiu da seguinte pergunta condutora: como se caracterizam as pesquisas científicas sobre o novo coronavírus no Brasil no período de 2020 a 2021; assumiu como objetivo descrever

o perfil das pesquisas científicas com seres humanos sobre o novo coronavírus no Brasil submetidas à Plataforma Brasil.

O presente capítulo apresenta o perfil das pesquisas científicas com seres humanos sobre o SARS-COV-2 submetidas a Plataforma Brasil, identificando propostas de pesquisas em análise pela Conep, no período de janeiro de 2020 a novembro de 2021, caracterizando as propostas segundo a regiões geográficas, tipo de estudos, finalidade da natureza das instituições proponentes.

Aspectos teóricos e metodológicos

Nesta seção são apresentados os principais conceitos assumidos como base epistemológica da pesquisa. A Covid-19 no início de 2020 era uma incógnita em todo o mundo, caracterizada apenas como uma pneumonia que poderia levar à morte, mas que a própria cidade do seu estopim estava “controlando” os processos de infecção e casos de óbitos. Os meios de transmissão do SARS-COV-19 foram sendo descritos com o passar do tempo e os novos sintomas eram evidenciados. Segundo o Ministério da Saúde, no país cerca de 80% dos casos apresentam infecções assintomáticas ou oligosintomáticas e 20% evoluem para o quadro grave da doença, e em alguns casos levando a óbito do paciente (BRASIL, 2020a).

O primeiro caso no país foi identificado em 26 de fevereiro de 2020, um idoso com 61 anos que dera entrada no hospital particular em São Paulo com sintomas da doença após uma viagem à Europa, mais precisamente a Itália, que estava em estado de calamidade pública diante dos desdobramentos das altas taxas de mortalidade e infecção pelo agravo. Em 11 de março de 2020 a OMS declara que devido às condições sanitárias e epidemiológicas o mundo se encontrava em estado de pandemia (BRASIL, 2020a; NOHAMA; SILVA; SILVA, 2020).

Mesmo com todos os percalços da pandemia, o SUS se mostrou firme e forte no combate à doença em todo território nacional. As buscas por prevenção e promoção começaram na ABS sendo a porta de entrada dos pacientes, porém se mostrou ainda mais necessária em seus três níveis de atenção, a secundária e terciária,

criando hospitais de referências e de campanha para o enfrentamento dos casos mais graves da doença. Algumas regiões sofreram mais explicitamente com falta de recursos e estruturas, mas as realocações de insumos foram preparadas por outros Estados para auxílio e ajuda dos Estados vizinhos (BRASIL, 2020b; GLERIANO *et al.*, 2020).

A partir do primeiro caso notificado, o governo federal em sua nota oficial coloca que foram traçadas estratégias para que as consequências fossem minimizadas. Estratégias essas, que em sua maioria foram negligentes com a veracidade e tamanha proporção sobre a capacidade de disseminação do vírus (BRASIL, 2020a).

Em 17 de março de 2020, o Ministério da Saúde informa o primeiro óbito pelo novo coronavírus no país. Uma mulher empregada doméstica exposta ao vírus em seu ambiente de trabalho, visto que sua empregadora teria voltado de viagem da Itália e estava em “isolamento social”, mas não liberou a colaboradora para ficar em casa neste período de quarentena e acabou transmitindo o vírus para ela a levando a óbito (BRASIL, 2020a).

Segundo dados oficiais do Ministério da Saúde em sua plataforma de disseminação de informações sobre a pandemia, até o dia 8 de novembro de 2021 o Brasil notificou 609.573 mortes pelo novo coronavírus, tendo como taxa de letalidade 2,8%. Sendo o sudeste a região que mais perdeu vidas, seguido de nordeste, sul, centro-oeste e norte. Após mais de um ano de pandemia, o governo federal anuncia que não iria mais repassar para a população os dados atualizados e diários sobre a Covid-19 no país. Diante das problemáticas enfrentadas com uma possível subnotificação, alguns meios de comunicação começaram a fazer essa demanda e disseminar as informações (BRASIL, 2021b).

Com a pandemia instalada em todo o mundo, vários países passaram a implementar uma série de medidas de intervenção para reduzir a transmissão e a evolução do vírus. Entre essas medidas pode-se destacar o isolamento de casos, uso de máscaras, incentivo à higienização das mãos, medidas de distanciamento e isolamento social, proibição de eventos e aglomerações, entre outros. Apesar de o novo Coronavírus ser um tema bastante discutido, sabe-se que

a disseminação dessas informações ainda é incoerente e que parte da população ignora os avisos sobre isolamento social, uso de máscara e a vacinação (RAMOS *et al.*, 2020).

Sendo assim, decretado o isolamento social e o *lockdown* em todo o país, algumas adaptações foram desenvolvidas para auxílio da sociedade se adequar à nova realidade ou “novo normal”, a exemplo do aplicativo Coronavírus-SUS, criado com intuito de levar informação à população sobre a doença e auxiliar na busca de unidades de saúde de referências para a comunidade. Como os últimos anos foram um estouro de notícias falsas (*fakes news*) é necessário deixar os indivíduos cientes sobre os sintomas da doença e o quanto as falsas notícias podem influenciar de forma negativa nessa luta (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A pandemia da Covid-19, implicou no aumento da proposição de pesquisa sobre vacinas e tecnologias biomédicas e por disputas mercadológicas que impõe a reflexão bioética e sobre a garantia dos direitos humanos, de modo a superar as assimetrias no acesso aos recursos necessários para enfrentamento de emergências em saúde pública, por parte de países em desenvolvimento (NOHAMA; SILVA; SILVA, 2020).

As pesquisas fazem-se ter um olhar mais crítico sobre as realizações dos estudos com os seres vivos, a partir do momento que o ser humano se utiliza da empatia. É notório, a importância de ter pesquisas voltadas para os indivíduos que aceitam ser voluntários em pesquisas para ajudar a população. Importa novas pesquisas e de um olhar mais amplo sobre os Direitos Humanos das pessoas que aceitam serem voluntários de pesquisas de modo geral, enfatizando o cuidado com o indivíduo na totalidade e não apenas como objeto de trabalho e/ou estudo (COSTA-SILVA; MACIEL, 2020; NOHAMA; SILVA; SILVA, 2020).

As pesquisas científicas ocupam um debate público nas redes sociais e meios de comunicação, desde antes da pandemia, mas com as criações dos imunizantes para tratamento e prevenção da doença, fez-se com que tivessem mais relevância. Existem diversos problemas direta ou indiretamente enfrentados pelos participantes voluntários em estudos clínicos, entre eles podem ser citados:

conflitos de interesse, denúncias de injustiças, corrupção nas prioridades de grupos específicos (GRISOTTI, 2020).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi definido como espaço de participação e gestão democrática no Sistema Único de Saúde (SUS) interligado ao Ministério da Saúde (MS). O CNS tem a Conep, composta por membros que são intelectuais e representantes de gestores, trabalhadores e usuários do SUS, com intuito de abranger diversas áreas de saberes para colocar em prática sua principal responsabilidade, conferir pareceres éticos sobre as pesquisas realizadas em todo território nacional com seres humanos (BRASIL, 2021b).

O sistema de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e da Conep serve para garantir que as pesquisas correspondam com padrões éticos e consigam a proteção dos participantes para minimização e/ou exclusão de quaisquer riscos a vida conforme as normas e diretrizes regulamentadoras do Conselho Nacional de Saúde que envolvam pesquisas com seres humanos, utilizando-se da resolução nº. 466/2012 do supracitado conselho. Esse sistema é composto por 863 CEP que são esferas regionais distribuídas em cada região do país. A maior concentração está nas regiões Sudeste e nordeste, tendo como órgão principal a Conep, localizada no Distrito Federal (BRASIL, 2021c).

A resolução n.º 466/2012 diz respeito à dignidade humana e proteção dos indivíduos envolvidos em pesquisas científicas. Aos participantes em pesquisas é necessário à leitura e, se assim aceitarem, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e/ou o termo de assentimento (COSTA-SILVA; MACIEL, 2020).

Do ponto de vista etimológico, a palavra *ethika* vem de *ethos*, que refere ao caráter das pessoas e à moralidade das suas relações. Moralidade vem do latim e se refere à melhor escolha entre ações e decisões, em qualquer circunstância, nas quais estão implícitos conflitos entre valores diferentes. Em saúde, esses conflitos ocorrem em situações clínicas ou de saúde pública que envolvam decisões no plano individual ou coletivo, seja em instituições ou dos entes jurídicos envolvidos (SANTANA; CASTILHO, 2011).

De acordo com Pedro (2014), a ética é formada por princípios que norteiam nosso julgamento entre o bem e o mal dentro da

sociedade, podendo ser explicada a partir dos comportamentos morais do ser humano de forma individual e deliberando o pensamento de uma sociedade ou qualquer forma de associação humana, auxiliando e aprimorando seu sentido moral e conduta. Condutas essas adquiridas por meio da educação, tradição, cotidianos entre outros.

Em 1970 Van Rensselaer Potter demonstrou em seus estudos uma preocupação bastante específica sobre a proporção e o avanço da ciência, mais diretamente ligada ao âmbito da biotecnologia. Com isso discutiu e orientou um novo ramo de conhecimento que ajudasse as pessoas no entendimento sobre as implicações diante do avanço da ciência de modo geral e com o percorrer da vida humana (BRASIL, 2010; GARRAFA, 2005).

A partir do questionamento de Potter surgiram os estudos sobre a bioética e os pesquisadores começaram a ter uma linha tênue sobre como trabalhar não só seres humanos, mas seres vivos em geral. A Bioética é uma área de conhecimento que surgiu a partir de questões sociais em busca de questionamentos sobre a globalização e o avanço da ciência no século XX (SANTANA; CASTILHO, 2011; ZANELLA, 2018).

A bioética se desenvolveu ao ponto de não se poder tratar apenas de uma bioética. Por exemplo, a bioética principialista e a intervencionista são ramos diferentes de um mesmo estudo que discutem problemas localizados. A bioética principialista se desenvolveu com foco na Europa – Estados Unidos; a bioética da intervenção assume como base os estudos na América Latina, trabalhando e evidenciando as vulnerabilidades e peculiaridades dos estudos realizados no Brasil e alguns países da América (GARRAFA, 2005).

A perspectiva da bioética da intervenção toma como referência ético-política a Declaração Universal dos Direitos Humanos que estabelece questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas quando executadas em seres humanos, levando em consideração suas dimensões sociais, legais e ambientais. Quando congruente e oportuno, ela oferece orientações para decisões ou práticas de indivíduos grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas (GARRAFA, 2005).

Em relação ao contexto da pandemia de Covid-19, Nohama, Silva, Silva, (2020) considera que os dados sobre pesquisas sejam incertos, visto que os estudos estão sendo realizados, ao mesmo tempo, em que a pandemia se desenvolve, principalmente nos países subdesenvolvidos. Destacam-se quatro aspectos sobre as dificuldades encontradas nesse período

1) sem acesso a recursos de terapia intensiva, os pacientes graves não têm chance de sobreviver; 2) o acesso à terapia intensiva não é garantia de recuperação, e parte substancial dos pacientes ainda assim não sobrevive; 3) o grau de sofrimento físico e psíquico dos pacientes em estado grave é muito elevado; e 4) a sobrevivência a quadros graves não é isenta de sequelas, algumas prolongadas e de difícil superação escrever (NOHAMA; SILVA; SILVA, 2021, p. 587).

O processo de análise de propostas de pesquisas nesse contexto, certamente, tornou-se mais sensível e vulnerável a diversos interesses, sobretudo com a declaração da OMS quanto à emergência de saúde pública de importância internacional. Importa que o interesse público e coletivo esteja acima de interesses mercadológicos e particulares (CASTRO, 2021).

Trabalhar perante os dados do coronavírus é um tema bastante atual e de dimensão global, principalmente a partir do escândalo do compartilhamento do dossiê dos médicos denunciando a empresas operadoras de saúde, com realização de suposta eutanásia, ocultação de dados relevantes sobre mortes de pacientes e tratamento precoce para Covid-19. Encontra-se que nada comprova tratamento precoce eficaz contra a doença, e sobre a eutanásia de qualquer maneira concretizada e falsificação de dados é crime no Brasil (DADALTO; ROYO; COSTA, 2020).

A finalidade das propostas de pesquisa dever ser a justiça social e a garantia do direito à saúde como previsto na legislação brasileira. Nesse sentido, deve-se respeitar os princípios éticos para os cuidados com os participantes envolvidos, tendo como princípios fundamentais, a solidariedade, a equidade, a vulnerabilidade, a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça (COSTA-SILVA; MACIEL, 2020).

Com vistas ao aperfeiçoamento do processo de submissão das propostas de pesquisas com seres humanos, a Conep criou a Plataforma Brasil. Desse modo, pretende-se reunir informações sobre pesquisas com seres humanos em todo território brasileiro. Esse sistema é capaz de traçar todo o caminho percorrido com o projeto, desde sua submissão até a aprovação final (BRASIL, 2021b).

Nesse contexto, de ampliação e de divulgação de informações sobre pesquisas científicas, foi criado o observatório da Plataforma Brasil. Trata-se de um projeto que tem como intenção a coleta de dados de projetos de pesquisas submetidos a Conep, para propiciar à sociedade o conhecimento sobre os estudos sobre o SARS-COV-2. Tem como um dos principais alicerces do projeto é sua expansão e o apoio no aperfeiçoamento, financiamento de pesquisas, acesso aos cidadãos às informações sobre pesquisas em saúde que estão sendo realizadas. Desse modo, espera-se aprimorar as políticas públicas no Brasil na área da saúde e tecnologias relacionadas (BRASIL, 2021c).

Segundo Barbosa, Corrales e Silbermann (2014), a plataforma Brasil volta-se às pesquisas biomédicas, caracterizando as áreas mais específicas de estudos, favorecendo a caracterização das propostas segundo as variáveis: regiões geográficas, tipo de estudo, finalidade da pesquisa e natureza da instituição.

Em relação à variável região geográfica, o Brasil é dividido em 5 regiões, 26 estados e o Distrito Federal, totalizando grandes centros urbanos. Em cada estado existe a região metropolitana, onde se fixa grandes centros urbanos a partir do grande número de pessoas e liderança política entre as demais. Atualmente a metrópole mais conhecida nacionalmente é a cidade de São Paulo onde se instalou como grande metrópole econômica, as subseqüentes a cidade de Brasília como metrópole política e Rio de Janeiro a metrópole cultural no Brasil.

Segundo Leopoldo (2020) em seus estudos a problematização gira em todo da politização-economia nesses grandes centros, trazendo “A compreensão da regionalização metropolitana permite avançar sobre a interpretação do desenvolvimento regional desigual do território brasileiro”.

As mudanças socioeconômicas das populações de cada região do Brasil são caracterizadas por suas localidades no plano geográfico. Há desigualdades regionais que demarcam injustiças na distribuição de recursos para o cuidado e saúde das populações. As regiões Norte e nordeste são as que, historicamente, acumulam vulnerabilidades (VIACAVA *et al.*, 2019).

Quanto ao tipo de estudos, uma análise heurística permite afirmar que a busca por um imunizante para a vacina contra a infecção causada pelo vírus, impulsionou o número de propostas do tipo experimentais.

De acordo com Bonita, Beaglehole, Kjellström (2010), os principais delineamentos experimentais são os seguintes: a) ensaios clínicos randomizados, cujos participantes são pessoas; pacientes, com diferentes formas de intervenção; b) ensaios de campo em que os participantes são pessoas saudáveis; c) ensaios comunitários, onde os participantes são os próprios membros da comunidade onde estão instaladas.

Estudos experimentais ou de intervenção têm a perspectiva de alterar os determinantes de uma patologia, ou interromper a doença por meio de recursos terapêuticos. Tão semelhante aos experimentos realizados em outros saberes. No entanto, por envolverem intervenções na saúde das pessoas, os estudos experimentais estão sujeitos a uma série de restrições.

Os estudos experimentais se caracterizam pelo processo de intervenção sobre o participante e a observação dos efeitos da intervenção. Esse tipo de estudo tem vários delineamentos com seus estudos específicos como qualquer outro tendo suas vantagens e desvantagens. Os estudos sobre a Covid-19 durante a pandemia estão sendo articulados com o “novo normal” para a sociedade mundial. O brasileiro vem tentando estabelecer mecanismos de sobrevivência desde o surgimento dos maiores picos na epidemia nacional (NEDEL; SILVEIRA, 2016).

A criação dos imunizantes em tempo recorde, a busca incessante para o controle da doença deixou alguns questionamentos sobre o quanto os participantes estão sendo cuidados em sua integralidade e individualidade. O projeto traz uma linha de pesquisa

sobre em quais contextos éticos e bioéticos os participantes foram submetidos ao entrar nas diversas pesquisas (BARBOSA; CORRALES; SILBERMANN, 2014).

A disseminação do SARS-COV-2 no mundo promoveu uma corrida contra o tempo na criação de um imunológico eficiente para diminuir os casos graves e óbitos da população. A finalidade de pesquisas para vacinas, testes de diagnósticos, medicamentos, dispositivos para suporte avançado de vida, tornaram-se essenciais nos momentos mais críticos (BRASIL, 2021b; NEDEL; SILVEIRA, 2016).

Nesse sentido, as instituições públicas e particulares, com naturezas jurídicas distintas, entraram na busca por soluções biotecnológicas. As pesquisas científicas no Brasil são realizadas por instituições públicas financiadas pelo Estado e as instituições particulares financiada pelo poder privado – mercadológico.

Em relação à pesquisa científica, o número de instituições particulares no Brasil é superior às públicas, porém, essas se destacam em números absolutos em realizações. As instituições mais reconhecidas pela qualidade de pesquisas no país são o Conselho Nacional de Pesquisa e a Coordenação Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal a Nível Superior (Capes).

A partir de Ribeiro e outros (2020), pode-se afirmar que as pesquisas são produzidas pelos mais diversos programas de ensinos, mas o destaque dar-se aos programas de pós-graduação com sua importância para ciência sobre os novos descobrimentos científicos, apesar do pouco capital financeiro, sobretudo pela lógica mercadológica guiada pela ganância em se conseguir produzir lucros, em contrapartida, do conhecimento e do compromisso com a justiça social.

O tipo de estudo consiste em um estudo de caso, descritivo, observacional, transversal de abordagem da estatística descritiva. O local de estudo todo o território brasileiro e os dados foram obtidos pela Plataforma Brasil e pelo Observatório da Plataforma Brasil. A análise dos dados considerou o período de janeiro de 2020 a novembro de 2021.

Para Pereira, Godoy e Terçariol (2009), o estudo de caso é um método aplicado no processo de realização de pesquisa na

intervenção clínica, com intuito do entendimento e organização da intervenção, frisando-se pelas diversas oportunidades na interação entre as técnicas e os campos de conhecimentos.

A pesquisa quantitativa não está caracterizada apenas com dados em números, mas em um fato a ser estudado e os embasamentos científicos que resguardam essa linha de raciocínio que o conhecimento adquirido traz aos estudiosos. Tem capacidade de transformar frases em números ou escala, podendo ter uma ordenação de variáveis (MINAYO, 2012; SILVA; LOPES; BRAGA JÚNIOR 2014).

A coleta de dados teve como fonte dos dados o Observatório da Covid-19 da Conep. Foram coletados dados dos boletins ética em pesquisa em que constam os dados de projetos de pesquisas.

Como critérios de inclusão foram adotados:

- a) propostas de pesquisas relacionados a pesquisas com seres humanos;
- b) propostas que apresentassem dados sobre região geográfica, tipo de estudo, finalidade e natureza da instituição proponente;
- c) proposta do período de janeiro de 2020 a novembro de 2021.

Como critérios de exclusão:

- a) dados de propostas de pesquisas incompletas;
- b) propostas de pesquisa interrompidas;
- c) propostas de pesquisas denunciadas por violação de direitos.

As variáveis do estudo foram definidas levando em consideração as informações descritas nos boletins publicados semanalmente (quadro 1).

Os dados foram transferidos para um banco de dados no Excel. Os resultados da abordagem da estatística descritiva são apresentados em figuras, gráficos e tabelas.

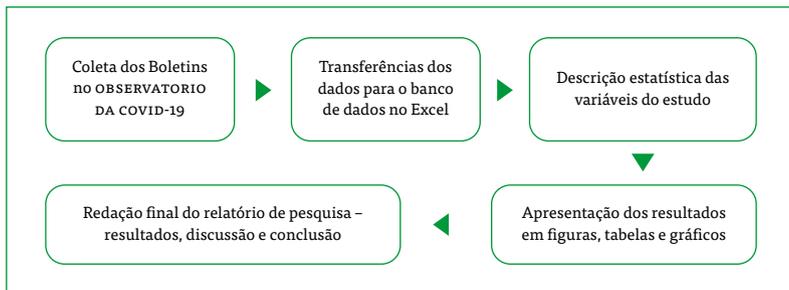
Na figura 1 está o esquema lógico que demonstra as fases de desenvolvimento da pesquisa.

QUADRO 1 | Definição das variáveis para a descrever o perfil das pesquisas científicas em análise pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com seres humanos relacionados a projetos de pesquisas sobre a Covid-19, no período de janeiro de 2020 a novembro de 2021

Variáveis	Definição	Subcategorias
Regiões geográficas	As regiões geográficas intermediárias e imediatas. São as que constituem a divisão geográfica regional do país, segundo a composição elaborada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022).	Sul, Sudeste; Centro-Oeste; Nordeste; Norte.
Tipo de estudo	São os estudos epidemiológicos que podem ser classificados em Estudos experimentais/intervencionais e Estudos observacionais BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).	Experimentais/ Intervencionais; Estudos observacionais.
Finalidade dos estudos experimentais/ intervencionistas	A contribuição prática decorrente da proposta de pesquisa (GIL, 2002).	Vacinas; Teste de diagnóstico; Medicamentos; Saúde mental; Práticas complementares e alternativas; Dispositivos para suporte avançado de vida; Procedimentos terapêutico; Substância Plasma e soro.
Natureza da instituição	Por instituição vinculada entende-se que seja aquela na qual o pesquisador principal tenha vínculo, portanto aquela a partir da qual o projeto será proposto, ou seja, a Instituição PROPONENTE (BRASIL, 2010).	Instituições Privadas e Instituições Públicas.

FORNTE: elaboração própria, 2022.

FIGURA 1 | Esquema lógico sobre o desenvolvimento da pesquisa sobre o perfil das propostas apreciadas pela Comissão Nacional de Ética do Brasil, no período de janeiro de 2020 a novembro de 2021



FORNTE: elaboração própria, 2022.

Em suma, o estudo foi explorado a partir de dados secundários de fonte pública, conseqüentemente não ofereceu nenhum risco a população. Todavia, os benefícios estão elencados na população em adquirir conhecimentos sobre como são tratados os participantes de estudos clínicos e visibilidade ao tema.

Ressalta-se que para esse estudo não houve a necessidade de submissão ao CEP, visto utilização de dados secundários e de domínio público, sendo dispensável a avaliação.

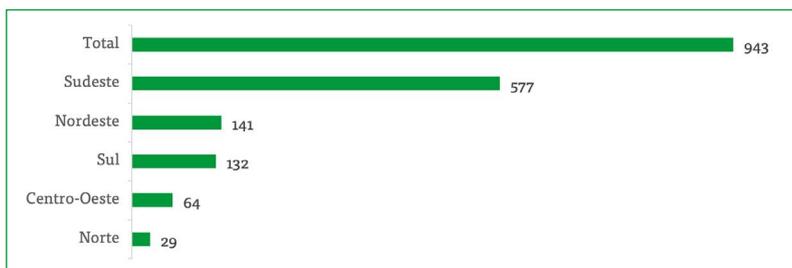
Resultados e discussão

Foram verificadas 943 pesquisas apreciadas e aprovadas até o final do mês de novembro de 2021. Identificam-se pesquisas em todo o território nacional, sendo as regiões SE (n= 577) e NE (n=141) onde estão os maiores números de propostas (figura 1).

A região SE é historicamente a que possui maior desenvolvimento técnico-científico e econômico, em que se localizam os principais centros de desenvolvimentos de pesquisas na área da saúde como o Fiocruz (RJ) e o Instituto Butantan (SP).

O financiamento da pesquisa no Brasil é um problema no que se refere ao necessário investimento em inovações científicas. Há cortes de investimento em desenvolvimento científico, sobretudo nos últimos governos, que resultou em contes de bolsas de pesquisas para Iniciação Científica, Mestrados e Doutorados.

FIGURA 1 | Pesquisas relacionadas ao coronavírus e à Covid-19 aprovadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, por região geográfica, Brasil, 2021



FONTE: Observatório da Covid-19, Conep, Conselho Nacional de Saúde. Elaborado pelos autores, 2022.

A falta de investimento favorece o não aproveitamento das instituições, principalmente das públicas. Essas vêm enfrentando um desmonte sem precedentes com o atual governo. O investimento em pesquisas tem sido cada vez menor (RIBEIRO *et al.*, 2020).

A região Norte foi a que menos teve propostas de pesquisas e uma das mais impactadas pelos efeitos da pandemia. Isso aponta para a necessidade de cuidados com as regiões mais afetadas pelos casos graves. O caso de Manaus (AM) em que milhares de pessoas morreram de forma indigna por falta acesso a recursos para suporte avanço de vida, como os cilindros de oxigênio usados nas Unidades de Terapia Intensiva.

Para Ramos e outros (2020), esse caso está relacionado ao negacionismo em que a população e o próprio líder do governo federal negavam a existência da pandemia e o devido suprimento logísticos para as práticas de assistência em saúde sustentadas pela evidência científica.

O desenvolvimento científico regional contribuirá para o enfrentamento da desinformação promovida pelas *fake news* (notícias falsas) que foram disseminadas e favoreceram a exposição de pessoas e, possivelmente, levaram à morte muitos que não respeitaram as recomendações das instituições científicas (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Na tabela 1, estão os resultados em relação ao tipo de estudo, finalidade dos estudos experimentais/intervencionistas e natureza jurídica das instituições proponentes de pesquisas realizados sobre a Covid-19.

Verifica-se que os observacionais predominam (n= 589; 62,5%), lembrando que os estudos observacionais são aqueles que o pesquisador não interfere de forma correlata a pesquisa (tabela 1). Isso é coerente, considerando-se que os estudos observacionais, de modo geral, precedem os estudos experimentais porque têm caráter exploratório e geram hipóteses testadas em pesquisa de intervenção.

Quando comparados aos estudos experimentais (n= 354; 37,5%) são estudos em que o pesquisador tem um processo de intervenção no objeto. Os estudos experimentais/intervencionais ganharam destaque pela intervenção do pesquisador, tendo o total de 194.739

participantes de pesquisa sobre a Covid-19. Esses tipos de estudos são os que mais evidenciam problemas bioéticos a esses colaboradores voluntários das pesquisas (NEDEL; SILVEIRA, 2016).

Todos os dois tipos de estudos precisam ser avaliados pelo sistema CEP e Conep, na qual serve para garantir os padrões éticos para os participantes, destacando o dever dos CEP em colocar a proteção dos participantes das pesquisas como fundamental. Nos casos dos estudos observacionais com demanda menor, durante esse período de estudo, a devida preocupação ética é necessária (BRASIL, 2021c).

Quanto à finalidade das pesquisas, sendo eles descritos em: vacinas, teste de diagnósticos, medicamentos, saúde mental, práticas complementares e alternativas, dispositivos e procedimentos, substância e código designado pelo (a) pesquisador (a) e plasma e soro, totalizando 354 pesquisas com intervenções.

Desses pontos os que mais se destacam são os medicamentos que representam 39% (n= 139), seguidos de substância/código designado pelo (a) pesquisador (a) 20% (n= 71) e de vacinas 11% (n= 40).

Vale destacar, a problemática envolvida sobre as consequências da Covid-19 na saúde mental da população mundial. O Brasil destaca-se como um dos países mais ansiosos do mundo, consequentemente a pandemia levou aos altos índices de estresse e sofrimento psicológico e os números de projetos de pesquisas sobre saúde mental tiveram apenas n= 10 projetos aprovados, sendo esse quantitativo apenas 3% de todos os projetos no total (BARROS *et al.*, 2020).

Em relação à natureza jurídica das instituições proponentes, as instituições públicas são 52,5% (n=186) e as instituições particulares 47,5% (n=168). Esses dados apontam para a importância das instituições públicas para o desenvolvimento científico e o enfrentamento de emergências em saúde pública.

Entres as instituições, destaca-se a Fiocruz que tem sido a principal responsável pelo fornecimento de vacinas para o enfrentamento da Covid-19. Apesar de estar no debate público, as vacinas representam apenas 11% (n= 40) das propostas de pesquisas, sendo as principais as vacinas da AstraZeneca, Covaxin, Sinovac, Janssen, Pfizer, Coronavac (BRASIL, 2021c).

TABELA 1 | Pesquisas relacionadas ao coronavírus e à Covid-19 aprovados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, segundo tipo de estudo, finalidade e natureza jurídica, Brasil, 2021

Tipo de Estudo	N	%
Observacionais	589	62,5%
Experimentais/Intervencionais	354	37,5%
Total	943	100%

Finalidade dos estudos experimentais/intervencionistas	N	%
Medicamento	139	39%
Substância/Código designado pelo pesquisador	71	20%
Vacinas	40	11%
Plasma e soro	31	9%
Dispositivos e procedimentos	24	7%
Práticas complementares e alternativas	24	7%
Teste de diagnóstico	15	4%
Saúde mental	10	3%
Total	354	100%

Natureza Jurídica	N	%
Instituições públicas	186	52,5%
Instituições particulares	168	47,5%
Total	354	100%

FONTE: Observatório da Covid-19, Conep, Conselho Nacional de Saúde. Elaborado pelos autores, 2022.

Os estudos experimentais compõem os delineamentos de pesquisas clínicas responsáveis pelas produções de vacinas e outros imunobiológicos. Por causa desses estudos, em janeiro de 2021 as primeiras aplicações de vacinas foram iniciadas na população brasileira. Vários estudos continuam em desenvolvimento, mesmo que a cobertura vacinal esteja aumentando em território nacional. Entretanto, sabe-se da dificuldade da volta desses pacientes para tomar a segunda e terceira dose desses imunizantes (CASTRO, 2021).

Esses estudos sustentam as pesquisas sobre diagnóstico e terapia para doenças graves. Para isso são realizadas intervenções sobre

os participantes de pesquisa, com vistas a observar o impacto e os resultados. Esse tipo de estudo tem vários delineamentos com seus estudos específicos como qualquer outro tendo suas vantagens e desvantagens (NEDEL; SILVEIRA, 2016).

A produção científica responde pelo desenvolvimento biotecnológico e científico. Por isso, a bioética é necessária, com vistas a não se permitir que seres humanos sejam usados e sejam colocadas em situações de riscos desnecessárias e que violem a dignidade humana (GRISSOTI, 2020).

Os números de projetos de pesquisas submetidos à Conep tiveram um aumento significativo no ano de 2021, visto que comparado ao ano anterior o Brasil passou a ser endêmico diante das novas variantes do novo coronavírus e conseqüentemente a isso a busca frenética sobre caminhos a percorrer com o problema de saúde pública (BRASIL, 2021b).

As vacinas disponibilizadas no Brasil são 100% gratuitas, distribuídas pelo SUS por meio da ABS e PNI. Atualmente no país estão sendo aplicadas as vacinas: AstraZeneca, Pfizer, Janssen e Coronavac, sendo AstraZeneca e Coronavac produzidas no Brasil e as outras duas de laboratório internacional (BRASIL, 2020a).

Quanto mais pesquisas são feitas, surgem novas tecnologias e, conseqüentemente, novos riscos relacionados a essas tecnologias. A existência do sistema CEP e Conep contribui para que as propostas de pesquisas atendam ao dever ético de se garantir os princípios básicos da bioética, contextualizo-os aos locais-regiões com o compromisso com a proteção dos mais vulneráveis (GARRAFA, 2005; ZANELLA, 2018).

No campo da saúde a preocupação ética e bioética envolve a proteção dos participantes envolvidos nas pesquisas, evitar danos, a discriminação, o tratamento desigual, a injustiça, conflitos de interesses, principalmente em situações limites que envolvam decisões no plano individual ou coletivo. São bases essenciais para minimização de quaisquer danos que envolvam seres humanos nessas pesquisas que de início começaram a ser feitas em longa escala, visto o problema de saúde eminente (SANTANA; CASTILHO, 2011).

Quando analisada distribuição geográfica das instituições proponentes, verifica-se maior quantidade na região Sudeste. As propostas de pesquisas estão concentradas nos estados de São Paulo (n= 410), do Rio de Janeiro (n= 92), de Minas Gerais (n= 70) e do Espírito Santos (n= 5).

As instituições de referência em vacinas no Brasil são o Instituto Butantan, localizado no Estado de São Paulo, e a Fiocruz, localizada no Estado do Rio de Janeiro. Essas instituições têm sido lócus de maior investimento e de financiamentos para a criação e manutenção das vacinas existente no Brasil (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Na tabela 2 estão as descritas os números dos projetos de pesquisas com estudos experimentais e/ou intervencionais segundo a região geográfica realizada em todo país.

As propostas de pesquisas localizadas na região Sudeste, são 68,7% (n= 131) de instituições públicas, e 68,3% (n= 112) de instituições particulares. O menor percentual de desenvolvimento de pesquisas científicas sobre a Covid-19 identificado está na região Norte no país, tendo em sua totalidade 5,8% (n= 11) em pesquisas apenas em instituições públicas.

Considerando os números totais das pesquisas científicas, experimentais e/ou intervencionais com instituições privadas, os principais destaques sobre a amplitude estão a respeito da discrepância entre as regiões, sudeste com 68,3% (n=112) e a norte com 0,0% (n=0).

TABELA 2 | Quantidade de propostas do tipo de estudo experimentais e intervencionais, por instituições públicas e particulares, por região geográfica, no período de janeiro de 2020 a novembro de 2021

NATUREZA	N		NE		CO		SE		S	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Públicas	11	5,8%	13	6,8%	15	8,2%	131	68,7%	20	10,5%
Particulares	0	0%	16	9,8%	8	4,8%	112	68,3%	28	17,1%
Total	11	3%	29	8%	23	6%	243	69%	48	14%

FONTE: Observatório da Covid-19, Conep, Conselho Nacional de Saúde. Elaborado pelos autores, 2022.

Considerações finais

As pesquisas científicas sobre a Covid-19 tiveram um número significativo de propostas apresentadas à Conep. Verificou-se que o tipo de estudo observacionais foram predominantes quando comparados aos estudos experimentais e intervencionais. Entretanto, os estudos experimentais tiveram mais visibilidade e distribuição nos boletins, devido ao caráter intervencionista.

Quando analisada a finalidade das pesquisas, verifica-se foco na produção de medicamentos, vacinas, plasma e soro. Isso é esperado, considerando a necessidade de intervenção sobre os casos graves da doença que resultou em mortes e internação hospitalar com necessidade de uso de suporte avançado de vida, com alto custo para o sistema de saúde.

O perfil das instituições proponentes demonstra o predomínio de propostas por parte das instituições públicas, indicando que essas são fundamentais para o desenvolvimento da ciência e da tecnologia no Brasil.

Há desigualdade regional em relação às instituições proponentes que vai ao encontro do contexto histórico de desigualdade social, tecnológico e econômico do Brasil. Relega-se, às regiões norte e nordeste, menos investimentos públicos e privados para inovação científica.

O presente estudo não esgota as possíveis discussões sobre o tema, sendo necessários novos estudos abordando esses e outros aspectos relacionados à pesquisa científica sobre a Covid-19.

São necessários novos estudos com abordagem da estatística analítica que aponte possíveis relações e associações entre as variáveis, do mesmo modo que estudos de abordagem das ciências sociais e humanas em saúde.

Referências

BARBOSA, A. S.; CORRALES, C. M.; SILBERMANN, M. Controvérsias sobre a revisão ética de pesquisas em ciências humanas e sociais pelo Sistema CEP/CONEP. *Revista Bioética*, Brasília, v. 22, n. 3, p. 482-492, nov. 2014.

BARROS, M. B. A. *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia de Serviços de Saúde*, Brasília, v. 29, n. 4, p. e2020427, 2020.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. *Epidemiologia Básica*. 2. ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Carta n. 0212. Brasília, 2010. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aquivos/conep/proponente_co_participante.pdf. Acesso em: 21 abr. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (ed.). Dia Mundial da Saúde: O que seria do Brasil sem o SUS? Brasília, 2021a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/dia-mundial-da-saude-o-que-seria-do-brasil-sem-o-sus/>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília, 2021b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissoes-cns/conep/>. Acesso em: 6 de nov. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa: ética em pesquisa. Brasília, 2021c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissoes-cns/conep/>. Acesso em: 6 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 6 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2020b. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096732/guiadevigiepidemc19-v2.pdf>. Acesso em 19 fev. 2022.

CASTRO, R. Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia? *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-5, 2021.

COSTA-SILVA, I. L.; MACIEL, J. A. C. Panorama de pesquisas com seres humanos sobre Covid-19 no Brasil. *Revista Bioética*, Brasília, v. 28, n. 4, p. 655-663, 2020.

DADALTO, L.; ROYO, M. M.; COSTA, B. S. Bioética e integridade científica nas pesquisas clínicas sobre Covid-19. *Revista Bioética*, Brasília, v. 28, n. 3, p. 418-425, 2020.

GARRAFA, V. De una bioética de principios a una bioética interventiva crítica y socialmente comprometida. *Revista Argentina de Cirugía Cardiovascular*, Buenos Aires, v. 3, n. 1, p. 99-103, 2005.

GLERIANO, J. S. *et al.* Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. *Escola Anna Nery*, Brasília, v. 24(spe): e20200188, 2020.

GRISOTTI, M. Pandemia de Covid-19: agenda de pesquisas em contextos de incertezas e contribuições das ciências sociais. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 1-7, 2020.

IBGE. Regiões Geográficas do Brasil. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/divisao-regional/15778-divisoes-regionais-do-brasil.html?=&t=sobre>. Acesso em: 21 abr. 2022.

LEOPOLDO, E. Metropolização regional e nova regionalização do capital. *Cadernos Metrópole*, São Paulo, v. 22, n. 47, p. 85-102, abr. 2020.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

NEDEL, W. L.; SILVEIRA, F. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 3, n. 28, p. 256-260, 2016.

NOHAMA, N.; SILVA, J. S.; SILVA, D. P. S. Desafios e conflitos bioéticos da Covid-19: contexto da saúde global. *Revista Bioética*, Brasília, v. 28, n. 4, p. 585-594, 2020.

OLIVEIRA, W. K. et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Revista Epidemiologia e Serviço de Saúde*, Brasília, v. 29, n. 2, p. 1-7, 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Histórico da pandemia de Covid-19. Folha informativa sobre Covid-19, 2021?. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos>. Acesso em: 18 jun. 2023.

PEDRO, A. P. Ética, moral, axiologia e valores: confusões e ambiguidades em torno de um conceito comum. *Revista de filosofia*, Belo Horizonte, v. 55, n. 130, p. 483-498, 2014.

PEREIRA, L.T. K.; GODOY, D. M. A.; TERÇARIOL, D. Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 422-429, 2008.

RAMOS, G. et al. Orientação política e apoio ao isolamento social durante a pandemia da COVID-19: evidências do Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 697-713, 2020.

RIBEIRO D. B. et al. Financiamento à ciência no Brasil: distribuição entre as grandes áreas do conhecimento. *Revista Katálysis*, Santa Catarina, v. 23, n. 3, p. 548-561, 2020.

SANTANA, V.S.; CASTILHO, E.A. Pontuações sobre ética na Saúde Coletiva. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 57, n. 3, p. 249-255, 2011.

SILVA, D.; LOPES, E. L.; BRAGA JUNIOR, S. S. Pesquisa quantitativa: elementos, paradigmas e definições. *Revista Gestão e Secretariado*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 1-18, 2014.

VIACAVAL, F. et al. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2745-2760, 2019.

ZANELLA, D. C. Humanidade e ciência: uma leitura a partir da Bioética de Van Rensselaer Potter. *Interface – Comunicação, Educação e Saúde*, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 473-480, 2018.

2.

Covid-19: um problema, inúmeros desdobramentos e diferentes cenários de enfrentamento

Luís Roberto da Silva

Emília Carolle Azevedo de Oliveira

Amanda Priscila de Santana Cabral Silva

Introdução

A história tem sido marcada pela ocorrência de surtos, epidemias e pandemias (MATOS, 2018; SCHWARCZ; STARLING, 2020). E, no final do ano de 2019, uma nova doença respiratória emergiu e logo se espalhou pelo mundo, com desdobramentos sanitários, econômicos, sociais e políticos, a Covid-19, causada pelo vírus SARS-COV-2, que se configurou como um dos maiores desafios sanitários do século XXI (SOUZA *et al.*, 2020; WERNECK; CARVALHO, 2020).

A urgência na tomada de decisões e o desconhecimento acerca das características clínicas e epidemiológicas da Covid-19 marcaram o início da pandemia (GARCIA; DUARTE, 2020; SOUZA *et al.*, 2020; WERNECK; CARVALHO, 2020). Além disso, não houve uma resposta global padrão para o seu enfrentamento; cada nação estabeleceu medidas próprias para contenção do avanço da doença, a partir de experiências anteriores e de outros países adequadas (ou não) à realidade de seus territórios (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021; HOUVÈSSOU; SOUZA; SILVEIRA, 2021).

Entre as principais medidas de contenção, estão as intervenções não-farmacológicas (INF), como o uso de máscaras faciais,

etiqueta respiratória, uso de álcool 70%, distanciamento social, higienização de ambientes, suspensão de atividades de aglomeração de pessoas e de serviços considerados não essenciais no momento (GARCIA; DUARTE, 2020; XIMENES *et al.*, 2021).

Segundo Werneck e Carvalho (2020), os enfrentamentos das pandemias podem ser divididos em quatro etapas: contenção, mitigação, supressão e recuperação. A primeira é iniciada antes do registro dos casos no território e se caracteriza pelo foco na busca ativa de pessoas vindas do exterior e seus contactantes, de modo a identificar possíveis casos e postergar a transmissão comunitária. A fase de mitigação é iniciada quando a transmissão da doença se dá de maneira sustentada no território e tem por objetivo diminuir o contágio e o agravamento da doença em grupos de risco, além das medidas de isolamento dos casos positivos e seus contatos.

A etapa de supressão é iniciada quando as ações implementadas na fase de mitigação não foram suficientes, nessa fase as medidas são mais rígidas e buscam conter o avanço desenfreado dos casos e o colapso do sistema de saúde. E, por fim, o momento de recuperação é iniciado quando há a involução da epidemia, com a diminuição do registro dos casos e dos óbitos. Durante essa fase são implementadas as medidas de reestruturação socioeconômica do país (WERNECK; CARVALHO, 2020).

Outra potente estratégia de contenção e redução da gravidade da doença, é a vacinação em massa da população (KERR *et al.*, 2021). As pesquisas para produção de vacinas contra a Covid-19 se iniciaram dias após o sequenciamento genético do vírus e, ao final do segundo semestre do ano de 2020, países europeus já iniciavam o processo de imunização da população, que se expandiu para outros países no ano seguinte (LIMA; ALMEIDA; KFOURI, 2021). Atribuiu-se tal agilidade aos avanços da ciência e da biotecnologia no mundo, além dos interesses políticos e econômicos envolvidos na sua produção (SOUZA; BUSS, 2021).

O presente capítulo apresenta uma síntese de diferentes cenários e de formas de enfrentamento da pandemia da Covid-19 no mundo, no Brasil e no estado de Pernambuco (PE).

Aspectos teóricos e metodológicos

Desenvolveu-se um estudo do tipo revisão narrativa da literatura referente às formas de enfrentamento da disseminação da Covid-19. A revisão narrativa, apesar de ser considerada um estudo com menor evidência científica, caracteriza-se por contribuir com o aprofundamento teórico acerca de uma determinada temática e levantar importantes questões para investigação científica (ROTHER, 2007).

A busca de artigos se deu de maneira manual e não sistemática para permitir a amplitude da discussão e dos trabalhos escolhidos. Utilizou-se de acesso às bases de dados públicas como a *Scientific Eletronic Library Online (Scielo)*, o Google Acadêmico e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período entre os meses de setembro de 2021 a fevereiro de 2022.

Foram selecionados artigos que fizeram análises ou descrições dos diferentes cenários de enfrentamento da pandemia, que estivessem disponíveis integralmente na internet e nos idiomas português, inglês ou espanhol. A partir da leitura e análises, os resultados foram agrupados em três seções, sendo elas: 1) “Uma crise global: o enfrentamento da pandemia da Covid-19 no mundo”; 2) “O Brasil diante da Covid-19: o cenário brasileiro de enfrentamento”; e 3) “O estado de Pernambuco no combate à pandemia da Covid-19”.

Resultados e discussão

No mundo, observou-se diversas formas de enfrentamento da pandemia da Covid-19. No início do ano de 2020, autoridades de países europeus apresentavam resistência às medidas de contenção da pandemia e, pouco tempo após a adoção dessas medidas, já iniciaram a flexibilização. Com isso, o número de pessoas circulando nas ruas voltou a aumentar e houve o recrudescimento dos casos, o aumento das internações hospitalares e a urgente necessidade de restringir a circulação de pessoas novamente no começo do mês de outubro daquele ano (XIMENES *et al.*, 2021).

A China, primeiro epicentro da Covid-19, implementou as INF de modo a conter o avanço da pandemia no país, além da adoção do

lockdown rigoroso, ampliação da capacidade do sistema de saúde e da testagem em massa da população (XIMENES *et al.*, 2021). Países como África do Sul e a Nova Zelândia, destacaram-se por implementarem o *lockdown* no início do registro de casos em seus territórios, enquanto Espanha e Itália, adotaram tal medida depois que a Covid-19 já havia avançado. Destaca-se que o avanço acelerado de casos e de óbitos em países como EUA e Brasil, pode estar associado a não adoção do *lockdown* total e a não adesão da população (HOUVÊSSOU; SOUZA; SILVEIRA, 2021; XIMENES *et al.*, 2021).

Garcia e Duarte (2020), apontam que a pandemia e a prática do distanciamento social obrigaram os indivíduos a reconfigurarem suas vidas, o que trouxe consequências à saúde mental dos indivíduos, impactos na renda familiar e desemprego. Diante disso, defende-se que a adoção do *lockdown* deve estar associada às políticas sociais e econômicas que viabilizem a minimização de impactos na vida da população e na economia do país (BARRETO *et al.*, 2020; XIMENES *et al.*, 2021).

Observou-se como a doença se propagou pelo mundo, por meio de pessoas que haviam retornado de locais em que se havia registrado casos da doença, muitas dessas pessoas eram de classe alta ou média-alta. Logo a doença se disseminou e atingiu indivíduos de diferentes condições socioeconômicas ao longo do mundo, contudo não de forma igualitária (MUNIZ, 2021; SILVA *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2020).

As populações mais vulneráveis foram as mais afetadas tanto pela infecção quanto pelos desdobramentos socioeconômicos, denotando a determinação social da Covid-19 (MERCEDES NETO, 2022; SILVA *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2020).

No Brasil, o enfrentamento da Covid-19 foi conflituoso entre as diferentes esferas de gestão administrativa do país (federal, estadual e municipal). Isso levou o Supremo Tribunal Federal, por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade n°. 6.341, garantir autonomia para estados e municípios formularem as suas próprias políticas e estratégias de enfrentamento, conforme a realidade de seus territórios, mesmo que tais propostas fossem de encontro aquilo proposto pelo Governo Federal (BRASIL, 2020a; SOUZA *et al.*, 2020).

No Brasil, também ocorreu a rápida expansão da epidemia e, em menos de um mês, todas as unidades da federação (UF) haviam confirmado casos de Covid-19 em seus territórios (CAVALCANTE *et al.*, 2020). Assim, como no mundo, muitos dos primeiros casos registrados foram importados de pessoas de classe média-alta ou alta e logo se disseminou para áreas menos favorecidas economicamente (SOUZA *et al.*, 2020; XIMENES *et al.*, 2021).

Em estudo realizado por pesquisadores do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) no Rio de Janeiro, evidenciou-se que bairros com menores índices de desenvolvimento apresentavam maior concentrado de óbitos por Covid-19, parte disso, atribuída às iniquidades em saúde presentes nesses locais como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (IPEA, 2020).

Conforme Servo (2020), os entes administrativos apresentaram divergências em relação às medidas de prevenção, controle e tratamento dos indivíduos acometidos pela enfermidade. Além do falso dilema entre saúde e economia, em que se argumenta que com a adoção de medidas de isolamento social, a crise econômica seria pior que a crise sanitária causada pela Covid-19.

Werneck e Carvalho (2020) afirmam que

A epidemia de Covid-19 encontra a população brasileira em situação de extrema vulnerabilidade, com altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas sociais. Ao longo dos últimos anos, especialmente após a aprovação da Emenda Constitucional nº. 95 que impõe radical teto de gastos públicos e com as políticas econômicas implantadas pelo atual governo, há um crescente e intenso estrangulamento dos investimentos em saúde e pesquisa no Brasil. É justamente nesses momentos de crise que a sociedade percebe a importância para um país de um sistema de ciência e tecnologia forte e de um Sistema Único de Saúde que garanta o direito universal à saúde (WERNECK; CARVALHO, 2020, p. 3).

Além disso, a organização da rede de atenção à saúde no SUS com a ABS como ordenadora do cuidado foi uma importante estratégia para lidar com o avanço da pandemia no Brasil, devido a sua proximidade com o território (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021). Entretanto, a ABS teve a sua atuação fragilizada nos primeiros meses

de enfrentamento da doença. Apesar de seu potencial para atuar na mitigação dos efeitos negativos por meio de ações de rastreamento e da identificação oportuna de casos, ações de promoção, prevenção e de educação em saúde (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021).

Mesmo diante do cenário de desvalorização do potencial da ABS e do SUS, a atuação conjunta entre vigilância em saúde e ABS foi uma importante ferramenta para esse enfrentamento (DAUMAS *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020).

Segundo Prado e outros (2021), essa integração foi estabelecida em outros países com diferenças técnico-operacionais, devido ao tipo de sistema de saúde de cada federação e ao potencial para mitigação da Covid-19. No Brasil, os sistemas de informações em saúde (SIS) também tiveram importante papel para o monitoramento da situação da epidemia no país e, diante dessa importância, foi criado o e-SUS Notifica, um SIS voltado ao registro dos casos leves (CORRÊA *et al.*, 2020).

Frente ao avanço da epidemia no país, viu-se o iminente colapso do sistema de saúde nos municípios brasileiros, que registraram altos níveis de ocupação das Unidades de Terapia Intensiva para Covid-19 e longas filas de espera para esses leitos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021). O enfrentamento do avanço da Covid-19 no território brasileiro foi dificultado por questões sociopolíticas, administrativas e da capacidade de cada território em organizar ações e serviços para mitigar os efeitos de seu avanço (SILVA *et al.*, 2021).

Observou-se a capacidade limitada de operacionalização da testagem em massa da população, desse modo, foram priorizados os casos graves, inicialmente. Isso dificultou a identificação oportuna de indivíduos assintomáticos ou sintomáticos leves e o isolamento dos casos e seus contactantes como estratégia para diminuir a transmissão comunitária do SARS-COV-2 (SILVA; MAIA; SOUZA, 2020; QUININO *et al.*, 2021).

Em 2021, com a chegada da vacina, viu-se a dificuldade de operacionalização dos planos de vacinação contra Covid-19, com a ausência de um processo coordenado entre os entes administrativos e as diretrizes que orientassem estados e municípios no processo de imunização. Dessa forma, o avanço da vacinação se deu de maneira

desigual e influenciado por questões socioeconômicas, políticas, estruturais e pela capacidade da rede de saúde local (CASTRO, 2021; SOUZA; BUSS, 2021).

O estado de Pernambuco foi a terceira UF da região nordeste a registrar casos de Covid-19 (MARINELLI *et al.*, 2020; QUININO *et al.*, 2021). Dois dias após a notificação dos primeiros casos, foram iniciadas medidas de contenção por meio da publicação do Decreto nº. 48.809, de 2020, que proibiu a realização de eventos sociais com mais de 50 pessoas (PERNAMBUCO, 2020; SOUZA *et al.*, 2020).

Com o avanço da epidemia, uma série de decretos foram instituídos para contê-la; dentre as estratégias utilizadas estão: suspensão das atividades de ensino e de serviços considerados não essenciais para a sociedade em momento de emergência de saúde pública; estratégias de (semi)lockdown com a obrigatoriedade do uso de máscaras faciais; distanciamento social (SOUZA *et al.*, 2020). Ao longo do tempo, diversas dessas medidas restritivas implementadas para mitigação da epidemia foram flexibilizadas, muitas delas, prematuramente, o que culminou no recrudescimento do número de casos e de óbitos (XIMENES *et al.*, 2021).

Em Pernambuco, a disseminação da Covid-19 se iniciou na capital (Recife), espalhou-se pelos municípios da região metropolitana do Recife e, logo, avançou para os municípios do interior (KERR *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2020; QUININO *et al.*, 2021). Tal disseminação, assim como em outros locais, foi influenciada pela logística socioeconômica e percorreu as principais rodovias de transporte e locomoção do estado que são as rodovias federais BR-101 e a BR-232 (QUININO *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2021). Conforme Silva e outros (2021), o mês de abril foi determinante para o processo de interiorização da doença no estado.

O rápido avanço da doença no estado preocupou as autoridades sanitárias diante da (in)capacidade instalada do sistema de saúde, pois, os municípios do estado são marcados por desigualdades socioeconômicas e organizacionais, além das iniquidades em saúde e da concentração de serviços e de leitos específicos para Covid-19 na região metropolitana (KERR *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2020; QUININO *et al.*, 2021).

Outro fator preocupante no estado, assim como no Brasil e no mundo, foi a insuficiente testagem sorológica da população, o que impediu a identificação oportuna de casos na população e dificultou a implementação de ações para desacelerar a propagação da enfermidade (XIMENES *et al.*, 2021).

Além da interiorização, o fenômeno da “periferização” da Covid-19 também foi evidenciado em PE. Segundo Souza e outros (2020), os primeiros casos de Covid-19 no estado foram residentes de áreas mais abastadas da capital e logo se disseminou para as áreas periféricas da região metropolitana.

Considerações finais

A Covid-19 é um dos maiores desafios da atualidade com repercussões socioeconômicas e sanitárias capaz de reconfigurar a atual sociedade. Dentre os principais achados desta revisão, destaca-se a ausência de uma ação coordenada de nível global; a determinação social da Covid-19; o importante papel das informações adequadas e da vacinação em seu enfrentamento; a gestão conflituosa da crise no Brasil; e os fenômenos da interiorização e da “periferização” da Covid-19 no Brasil e em Pernambuco.

No mundo, aconteceu uma diversidade de formas de enfrentamento desta crise sanitária, tanto positivas quanto negativas. Enquanto no Brasil, além da ausência de uma ação coordenada a nível nacional, notou-se uma gestão conflituosa e marcada por tensionamento entre os entes federativos, o que repercutiu negativamente no controle da disseminação da doença e na formulação de políticas públicas de enfrentamento. No estado de Pernambuco, além da influência nacional, observaram-se flexibilizações prematuras das medidas de contenção e mitigação da pandemia, bem como no Brasil e mundo.

Por fim, enfatiza-se a importância da realização de mais estudos voltados a análise das medidas de enfrentamento da pandemia da Covid-19 adotadas pelos governos e a avaliação de seus efeitos nos aspectos sanitários, econômicos, políticos e sociais. Pois, tais estudos poderão subsidiar a formulação de novas políticas públicas,

contribuir para reestruturação do cenário pós-pandemia e para o enfrentamento de futuras epidemias e de pandemias.

Referências

BARRETO, M. L. *et al.* O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e200032, 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.341. 2020. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5880765>. Acesso em: 12 out. 2021.

CASTRO, R. Necropolítica e a corrida tecnológica: notas sobre ensaios clínicos com vacinas contra o coronavírus no Brasil. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 27, n. 59, p. 71-90, 2021.

CAVALCANTE, J. R. *et al.* COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 29, n. 4, e2020376, ago. 2020.

CORRÊA, P. R. L. *et al.* A importância da vigilância de casos e óbitos e a epidemia da COVID-19 em Belo Horizonte, 2020. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 23, n. 1, e200061, 5 ago. 2020.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36 (X):e00104120, 2020.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, e00321153, jan. 2021

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Boletim Observatório Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. 5 p. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf. Acesso em: 19 out. 2021.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 29, n. 2, p. 2020222-2020222, 2020.

HOUVÊSSOU, G. M.; SOUZA, T. P.; SILVEIRA, M. F. Medidas de contenção de tipo *lock-down* para prevenção e controle da Covid-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova Zelândia, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 30, n. 1, e2020513, 2021.

IPEA. *Aspectos socioeconômicos da Covid-19: O que dizem os dados do município do Rio de Janeiro?* Nota técnica, IPEA: Rio de Janeiro, 2020, n. 32, p. 27.

KERR, L. R. F. S. et al. Covid-19 no Nordeste do Brasil: primeiro ano de pandemia e incertezas que estão por vir. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, p. 1-11, 2021.

LIMA, E. J. F.; ALMEIDA, A. M.; KFOURI, R. Á. Vaccines for COVID-19 – state of the art. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 21, n. 1, p. 13-19, fev. 2021.

MARINELLI, N. P. et al. Evolução de indicadores e capacidade de atendimento no início da epidemia de COVID-19 no Nordeste do Brasil, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 29, n. 3, e2020226, 2020.

MATOS, H. J. A próxima pandemia: estamos preparados? *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Ananindeua, v. 9, n. 3, p. 9-11, 2018.

MERCEDES NETO, et al. Lesos for the pasta in the presente: News for the Spanish flui pandêmica to Covid-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 75, n. 1, p. 20201161-20201161, 2022.

MUNIZ, É. S. A interiorização da Covid-19 na Amazônia: reflexões sobre o passado e o presente da saúde pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 875-878, 2021.

PERNAMBUCO (Estado). Decreto nº 48.809, de 14 de março de 2020. Regulamenta, no Estado de Pernambuco, medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, conforme previsto na Lei Federal nº. Recife: Companhia Editora de Pernambuco, 14, 2020. n. 1, p. 1-2.

PRADO, N. M. B. L. et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 2843-2857, jul. 2021

QUININO, L. R. M. et al. Aspectos espacial e temporal e fatores associados à interiorização da Covid-19 em Pernambuco, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2171-2182, 30 jun. 2021.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 29, n. 2, e2020166, 27 abr. 2020.

SCHWARCZ, L. M.; STARLING, H. G. *A Bailarina da Morte: a gripe espanhola no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

SERVO, L. M. S. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. se 4, p.124-129, 23 ago. 2020.

SILVA, A. P. S. C.; MAIA, L. T. S.; SOUZA, W. V. Síndrome Respiratória Aguda Grave em Pernambuco: comparativo dos padrões antes e durante a pandemia de Covid-19. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 4141-4150, out. 2020.

SILVA, R. R. *et al.* The Interiorize of COVID-19 in the cities of Pernambuco State, Northeast of Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 21, n. 1, p. 109-120, fev. 2021.

SOUZA, L. E. P. F.; BUSS, P. M. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, e00056521, 2021.

SOUZA, W. V. *et al.* Cem Dias de Covid-19 em Pernambuco, Brasil: a epidemiologia em contexto histórico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, e00228220, 2020.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00068820, 2020.

XIMENES, R. A. A. *et al.* Covid-19 in the northeaster of Brasil: Form. lockdown to the relaxations of social relaxativo measures. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1441-1456, 2021.

3.

Covid-19, Isolamento Social e Saúde Mental: uma análise a partir da Matriz de Reprodução Social da Saúde de Juan Samaja

Wesley de Matos Souza

José Marcos da Silva

Introdução

No fim do ano de 2019, a OMS divulgou um alerta sobre o surgimento de um vírus que provocou caos de pneumonia em Wuhan, na China. Tratava-se do SARS-COV-2, causador da doença denominada Coronavírus Disease 2019 (Covid-19). Já em 2020, após se tornar uma doença de disseminação geográfica rápida e ser uma das principais causas de resfriado comum no mundo, em março, a Covid-19 foi declarada como uma pandemia.

Perante o rápido avanço da contaminação, as autoridades governamentais tiveram que desenvolver estratégias para conter a disseminação. A principal ação adotada foi o distanciamento social, medida que consiste em evitar aglomerações, mantendo uma distância segura entre as pessoas. Locais onde acontecem reuniões de grandes grupos de pessoas como centros de ensino e religiosos, *shows*, *shoppings*, eventos esportivos, entre outros, tiveram que reduzir o público ou até mesmo parar as atividades.

Com isso, para evitar a proliferação do vírus, tornou-se necessária a permanência em casa de vários indivíduos que foram impedidos de trabalhar, estudar ou de ter momentos de lazer através de

atividades que levassem à reunião com grupos de pessoas. Nesse cenário pandêmico, alterações comportamentais e psicológicas foram amplamente impulsionadas, além do que distúrbios alimentares, sedentarismo e alguns efeitos graves na saúde mental se tornaram presentes.

A saúde mental é um constituinte essencial para a saúde física. O indivíduo mentalmente saudável consegue lidar com o estresse normal da vida, trabalhar e realizar suas habilidades, contribuindo com sua comunidade. A promoção, a proteção e a restauração da saúde mental se tornam necessárias nessa época, já que juntamente com a Covid-19 surgiu uma crise social e econômica e, atrelado a isso, o desencadeamento de sentimentos negativos como angústia, medo e insegurança.

A pandemia apresentou desafios para a população porque a exposição ao vírus precisava ser contida por meio de isolamento social, principal medida não-farmacológica para isso.

Em situações de pandemias, espera-se que os indivíduos convivam com incertezas e vulnerabilidades relacionadas a riscos de contaminação, ao desemprego e dificuldades econômicas, questões familiares, a solidão e problemas de saúde mental como consequência do isolamento. Apesar dessa reflexão, não há evidências científicas no Brasil sobre os efeitos do isolamento social como produtores de sofrimento psíquicos ou de agravamento dos transtornos psiquiátricos graves como síndrome do pânico, depressão maior, ideação suicida, autoagressão, transtorno esquizoide ou paranoides.

Na perspectiva de analisar os efeitos do isolamento social para a saúde mental no Brasil, o presente estudo desenvolveu uma análise multidimensional, utilizando a Matriz de Reprodução Social da Saúde de Juan Samaja, por meio de uma perspectiva multidimensional, assumindo como pergunta condutora: “como se caracteriza a Reprodução Social da Saúde do isolamento social para a Covid-19 e seus efeitos para a saúde mental?”

Neste sentido, o objetivo do estudo foi desenvolver uma análise multidimensional sobre o isolamento social para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 e seus os efeitos para a saúde mental no Brasil.

Aspectos teóricos e metodológicos

A base conceitual da pesquisa foi a epidemiologia crítica que tem como referencial o epistemólogo argentino Juan Samaja e o epidemiologista brasileiro Naomar de Almeida Filho. A seguir apresentam-se os principais aspectos teóricos-conceituais.

Para evitar a disseminação do vírus, várias medidas de prevenção foram desenvolvidas, como as de isolamento de casos, incentivo ao higiene, uso de máscaras e de medidas mais expansivas como o fechamento de instituições de ensino e restrição de transportes públicos, além da conscientização para que as pessoas se mantivesse em casa e só saíssem, em caso extrema necessidade de serviços essenciais (AQUINO *et al.*, 2020).

O isolamento social, no contexto da pandemia do Covid-19, se difere no que diz respeito ao isolamento realizado nos ambientes ambulatoriais, já que nesses casos as pessoas internadas, com alguma morbidade específica, são separadas das saudáveis, como forma de proteção e prevenção para não transmitir doenças. Assim, o isolamento social foi definido como uma medida para impedir a disseminação do vírus, principalmente por aglomerações (DIAS *et al.*, 2020).

Com o ato de se manter afastado das demais pessoas, vem o sentimento de perda do direito de ir e vir, revelando um desconforto e até mesmo um estado de negação da gravidade da doença e com isso a desconsideração da importância do isolamento social e de outras medidas como uso da máscara e higienização das mãos (FOGAÇA; AROSSI; HIRDES, 2021).

Em casos de suspeita de infecção, o indivíduo deveria ficar de quarentena em um período de quatorze dias, tempo de incubação para o vírus se manifestar no corpo (FARIAS, 2020). Por tanto, a quarentena é um conjunto de medidas para separar e restringir o movimento de pessoas durante o período de incubação de doenças para prevenir o contágio (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

Caso as medidas citadas não sejam suficientes, aplica-se a contenção comunitária ou bloqueio (lockdown), ação que reduz o contato social drasticamente, fazendo com que as pessoas só

possam sair de suas casas para adquirir provisões básicas e em casos de emergência (AQUINO, *et al.*, 2020).

O medo de ser infectado por um vírus, potencialmente fatal, de rápida disseminação, como o SARS-COV-2, representa uma ameaça ao bem-estar psicológico de muitas pessoas, e pode favorecer sintomas de depressão, ansiedade e estresse que têm sido identificados na população. Além disso, casos de suicídio, potencialmente ligados às implicações psicológicas da Covid-19, também foram verificados em alguns países (SCHMIDT *et al.*, 2020).

Várias limitações foram impostas à mobilidade pública para conter a propagação do vírus. As pessoas foram forçadas a ficar em casa e sobrecarregadas com o peso da quarentena. Os indivíduos acordavam todos os dias envoltos em um isolamento social com sentimento forte de solidão. O mundo moderno se encontrou isolado e restrito (BANERJEE, 2020).

Nos casos diagnosticados com Covid-19, ou com suspeita de infecção, foram identificados sentimentos intensos e reações comportamentais, além da referência ao sentimento de culpa, medo, melancolia, raiva, solidão, ansiedade, insônia etc. Estes estados podem evoluir para transtornos como os de ataques de pânico, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, sintomas psicóticos, depressão e suicídio. O isolamento social, representa um aspecto fundamental para maior prevalência do estresse (PEREIRA *et al.*, 2020).

Estima-se que um terço ou metade da população mundial apresente algum tipo de transtorno mental, manifestando-se conforme o tempo e a efetividade das ações governamentais no contexto social, força do evento e o estado de vulnerabilidade (FIOCRUZ, 2020).

Para entender a crise da saúde mental na pandemia de Covid-19 é importante destacar o contexto social em que a pessoa está inserida, considerando-se os fatores, tais como, o estereótipo, não adesão de medidas preventivas, do processo de luto e o fato de os indivíduos estarem fazendo uso de medicamentos de eficácia não comprovada cientificamente com sérias consequências na saúde (PEREIRA *et al.*, 2020).

Faro e outros (2020) apresentam a noção da crise da Covid-19 em três fases: pré-crise, o primeiro momento onde é passada as

principais informações para população, o planejamento é essencial e deve envolver avaliação de riscos; intracrise, o momento no qual o problema de saúde se instala, com a constatação da gravidade e vulnerabilidade ao adoecimento, e o reconhecimento do risco eventual de contágio; pós-crise é a fase de reconstrução social. Com a redução do quantitativo de novos casos e declínio da transmissão comunitária, tende-se a reduzir as medidas de distanciamento e, assim, espera-se que o surto de contaminação seja controlado.

Camargo (2007) aborda a concepção da reprodução social da saúde, postulando que as ideias gerais da saúde coletiva e de suas ações devem ser pautadas ao coletivo, tendo em vista que as características sociais do processo de saúde e doença resultam do desenvolvimento da reprodução da vida social, e a produção da saúde visa atender às necessidades sociais da saúde. Exposta as diversas realidades em que se vivem os indivíduos no Brasil, há dimensões culturais e geográficas variadas, revelando particularidades sociais, econômicas e de saúde.

Durante a pandemia, o Brasil esteve em meio a políticas de reformas de austeridade fiscal e de redução da participação do Estado na economia. Isso fez com que o SUS ficasse mais subfinanciado e a população fragilizada nas margens da pobreza e a desigualdade social aprofundada (ALMEIDA-FILHO, 2021).

Uma parte da população brasileira vive em áreas aglomeradas, em casas sem boas condições físicas, nas periferias de grandes cidades. Essas pessoas, por terem dificuldade de acesso a recursos básicos para sobrevivência como alimentos, água, energia e aluguel, possuem repulsa de se manterem isoladas. E, além dessa população específica, é necessário ampliar olhares para outras como os indígenas, quilombolas e ribeirinhos (PIRES; CARVALHO; XAVIER, 2020).

O debate entre os que priorizam a economia em relação à saúde, supõe um falso dilema, uma comparação do valor de uma vida aos valores monetários. Um posicionamento ético e humanitário implica que, numa pandemia, deve-se considerar os desafios econômicos, sem deixar de lado as pessoas, valorizando a

saúde e superando os obstáculos econômicos, já que emprego e renda refletem nas questões sociais como na alimentação, moradia (ARRAIS *et al.*, 2020).

Além da busca por soluções que ajudem no meio político, a comunidade científica fez um importante trabalho contra a desinformação. O fenômeno de compartilhamento de notícias falsas durante o período pandêmico ficou conhecido como “infodemia”. Informações sem cunho científico se disseminaram facilmente e de forma veloz, permitindo que pessoas assumissem o posicionamento negacionista em relação à ciência, acreditando em mentiras (CARVALHO; GUIMARÃES, 2020).

Autoridades políticas e sanitárias do país agiram de forma omissa e irresponsável, ver o presidente da república, Jair Bolsonaro, que minimizou a gravidade da doença e negou a ciência por diversas vezes, defendeu uso de drogas sem comprovação e, além disso, seus apoiadores promoveram boicotes a medidas efetivas de enfrentamento da doença (ALMEIDA-FILHO, 2021).

Para Caponi (2020), o negacionismo científico, por parte do presidente e de seu atual governo, já esteve presente desde antes da pandemia, onde por diversas vezes deu declarações contra ciência e contra grupos populacionais vulneráveis.

Esse negacionismo que foi adotado pelo atual governo já na campanha eleitoral, com seu desprezo pelas universidades, pela pesquisa científica, pelos direitos das populações vulneráveis, pelas comunidades indígenas, LGBT, populações de rua, mulheres em situação de violência, etc., agrava-se em tempos de epidemia, quando existe maior necessidade de um Estado presente que garanta o exercício dos direitos. Particularmente, no que se refere à pandemia, esse negacionismo se traduz na aceitação de intervenções sem validação científica, como a divulgação e exaltação de uma terapêutica de eficácia não comprovada e com efeitos colaterais extremamente sérios como a cloroquina (CAPONI, 2020, p. 210).

Isso demonstra que a visão negacionista dos que desestimulam a adesão das medidas de enfrentamento da pandemia faz com que práticas não comprovadas e argumentos opostos a ciência passem a ser aceitos pela população.

Neste capítulo, sustenta-se a perspectiva da epidemiologia crítica, tanto no método, quanto na análise e discussão dos resultados, apresentando os resultados de uma análise multidimensional sobre o isolamento social para enfrentamento da pandemia de Covid-19 e seus os efeitos para a saúde no Brasil.

Realiza-se uma análise com ênfase para aspectos das reproduções biocomunal, da autoconsciência e da conduta, técnico-econômica e ecológico-política, numa abordagem multidimensional dos efeitos do isolamento social para a saúde mental, a partir da matriz de Reprodução Social de Juan Samaja (SAMAJA, 2000).

Essa perspectiva, a reprodução social, tem como fundamento a busca por conhecer elementos teóricos determinantes sobre a realidade que possam reprimi-la ou alterá-la, divergindo da ideia de saúde-doença-cuidado. No campo da saúde trata-se de impasses e estratégias para solução de problemas, é necessária uma abordagem geral envolvendo todas as dimensões, desde a biológica, a social e até a psicológica (SANTOS; AUGUSTO, 2011).

Para melhor reprodução da estrutura, em conjunto com todos os contextos e reproduções, assumiu-se a análise de condicionantes considerando o macrocontexto como o Brasil e o microcontexto os estados e os municípios, conforme apresentado na figura 1.

Para o acesso aos dados, desenvolveu-se uma revisão sistemática da literatura científica, que consiste na junção de conteúdo científico pré-existente, sobre determinado assunto, tendo como objetivo responder a uma questão norteadora, fazendo uso de métodos sistemáticos para a avaliação de estudos e de coleta de dados (ROTHER, 2007).

As etapas da revisão foram: a) delimitação do tema, construção a pergunta norteadora; b) levantamento das publicações nas bases de dados selecionadas; c) classificação e análise das informações achadas em cada manuscrito; d) análise dos estudos escolhidos; e) apresentação e discussão dos resultados encontrados.

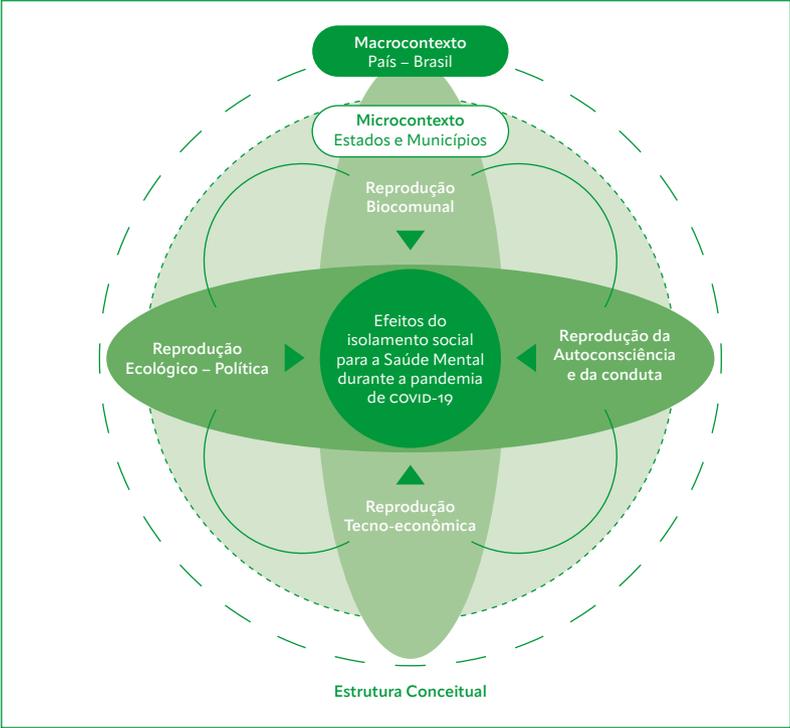
Para responder à pergunta norteadora, como se caracteriza o isolamento social devido à pandemia de Covid-19 e seus efeitos para a saúde mental numa perspectiva multidimensional? Foram

acessados textos das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e na Cientificidade Electronic Library Online (SciELO) por meio da BVS.

Os estudos foram localizados a partir da busca avançada, realizada entre os meses de dezembro de 2019 e setembro de 2021, utilizando-se filtros de três idiomas (português, inglês e espanhol).

Para a construção da pergunta de pesquisa foi utilizada a estratégia PICO, sigla onde: P – *population* (população), I- *intervention* (intervenção), C – *comparison* (comparação) e O – *outcome* (desfecho). Essas categorias são elementos essenciais para a construção da pergunta, assegurando a busca rigorosa (SANTOS *et al.*, 2007).

FIGURA 1 | Modelo multidimensional da reprodução social para análise do isolamento social e seus efeitos para a saúde mental, Brasil, 2020



FONTE: adaptado de Santos e Augusto (2011).

Sendo assim, ficou delineada a estratégia PICO da seguinte forma: P – População Brasileira; I – Isolamento Social; C – Sofrimentos Psíquicos; O – Pessoas que não adoeceram.

Como estratégia de busca foram utilizados os seguintes descritores baseados no DECS: (*coronavírus*) AND (*isolamento social OR social isolation OR aislamiento social*) AND (*Brasil*).

Para evitar a duplicidade textual, em que o mesmo estudo aparece em base de dados diferentes, estabeleceu-se a estratégia de organizá-los em um banco de dados por autor e título. Excluíram-se os artigos identificados em mais de uma base, mantendo-se o primeiro em que aparecia na seguinte sequência: *Medline, Lilacs, Scielo*.

Os artigos cujos idiomas diferenciavam-se do português foram submetidos à ferramenta de tradução “Documentos” do *Google Tradutor*, permitindo-se uma leitura da tradução dos conteúdos achados. Para escolha dos artigos, houve a leitura dos títulos, partindo para o resumo e, por fim, dos textos completos.

Foram estabelecidos como critério de inclusão os estudos de cenário da vigilância em saúde, de ABS e hospitalar, de gestão do trabalho e educação em saúde que, em suas análises e reflexões, faziam referência à saúde mental e ao isolamento social, no contexto da Covid-19 no Brasil; artigos completos, disponíveis nas bases de dados definidas, com tempo de publicação entre dezembro de 2019 e setembro de 2021, nos idiomas português, inglês e espanhol e atendessem a pergunta norteadora.

Excluíram-se os manuscritos que não coincidissem com objetivo do estudo e com a pergunta norteadora; textos incompletos e de editoriais; assim como os resultantes de publicações entre os meses inferiores a dezembro de 2019.

Os dados foram coletados e registrados, de acordo com: base de dados, ano, título, tipo de estudo, autores, objetivo, resultados, conclusões. A partir dos dados da revisão, desenvolveu-se a análise multidimensional, por meio de definição de variáveis segundo níveis de macro e microcontexto, como apresentadas no quadro 1.

A busca eletrônica identificou 50 artigos submetidos aos critérios de inclusão e exclusão. Desses, 32 foram excluídos após a

análise do título e seis pela análise do resumo, resultando 12 artigos científicos publicados nas bases de dados científicas Lilacs, Scielo, Medline, no período 2020-2021.

QUADRO 1 | Variáveis segundo níveis de macro e microcontexto para análise multidimensional do Isolamento Social e seus efeitos para a saúde mental no Brasil, 2021

Bio-comunal	Autoconsciência e da Conduta	Reprodução Tecno- econômica	Reprodução Ecológica/Política
No âmbito da comunidade	Desestruturação nas organizações e relações familiares	Desemprego	Políticas públicas
No âmbito familiar	Problemáticas psicossocial	Desalento	Mudanças sociais
No âmbito individual	Violência íntima	Órfãos da pandemia	Surgimento de variantes
Convívio doméstico	Violência doméstica	Fechamento de atividades comerciais	Problemas de infraestrutura
Negacionismo	Violência contra a mulher	Mortes por acidentes de trabalho	Interações ecossistêmicas
Adesão ao isolamento social	Violência contra o idoso	Precarização do trabalho	Condições inadequadas de habitação
Sofrimento psíquico – medo, estresse, ansiedade, depressão, luto	Violência contra pessoas com deficiência	Uberização, terceirização, aumento da informalidade	Desigualdades geográficas, urbana, locais
Condições materiais de vida	Cumprimento do isolamento	Acidentes de trabalho	Desarticulação interfederativa
Contaminação pelo vírus	Comunidade de compaixão, solidariedade	Impacto sobre os sistemas de saúde	Vulneração de povos indígenas, quilombolas
Mortes dos idosos	Desinformação, Fake News	Aumento dos preços dos alimentos	Corrupção na compra de vacina e suprimentos
Morte dos mantenedores	Moralismo e conspiração	Auxílios e transferência de renda	Comissão Parlamentar de Inquérito da Covid-19

FONTE: adaptado de Santos e Augusto (2011).

A tabela 1 traz a distribuição dos estudos selecionados, conforme as publicações elegidas nas bases de dados dos portais eletrônicos.

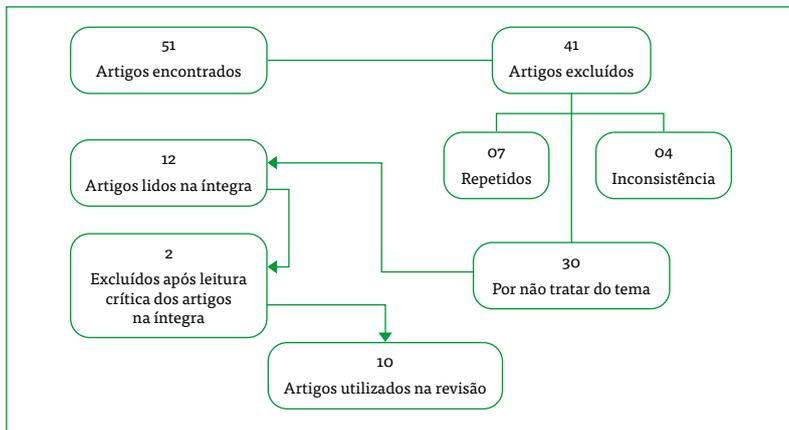
TABELA 1 | Distribuição dos artigos incluídos na revisão sistemática, Bases de dados, quantidade, Brasil, 2021

Bases de Dados	Quantidade de Artigos	Total
Lilacs	6	
Medline	3	10
SciELO	1	

FONTE: elaboração própria.

As etapas deste processo estão descritas na forma de um fluxograma (figura 2).

FIGURA 2 | Fluxograma das etapas do processo de seleção dos artigos



FONTE: elaboração própria.

Resultados e discussão

Na tabela 2 está o resultado da estratégia de buscas, conforme título, tipo de estudo, autoria, objetivos, resultados apresentados e suas conclusões.

No que se refere aos resultados da análise multidimensional, a partir da Matriz de Reprodução Social de Samaja, infere-se que o isolamento social foi a principal medida sanitária para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, por se tratar de uma medida epidemiológica, comprovada, capaz de interromper um processo de disseminação de agentes infectocontagiosos.

TABELA 2 | Disposição dos artigos, conforme título, tipo de estudo, autores, objetivo, resultados e conclusão, Brasil, 2021

Título	Tipo de estudo	Autores	Objetivo	Resultados	Conclusão
Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de Covid-19	Transversal	Bezerra <i>et al.</i> (2020)	Analisar questões sobre o perfil socioeconômico e fatores associados ao isolamento social na pandemia de Covid-19.	O convívio social foi o aspecto mais afetado entre pessoas com maior escolaridade e renda 45,8%, para pessoas de baixas renda e escolaridade, problemas financeiros provocam maior impacto 35%. Os que praticam atividade física revelaram menores níveis de estresse 13%, bem como uma maior normalidade no sono 50,3%. Pessoas que referiram residir em piores condições de habitabilidade, informaram disposição a permanecer menos tempo isoladas 73,9%. Dentre as pessoas que não estão isoladas (10,7% do total), 75,8% acreditam que o isolamento social reduzirá o número de vítimas da Covid-19.	Evidencia-se que as populações mais pobres sofrem impacto maior do isolamento, especialmente em relação à renda. O isolamento social, a diminuição da circulação de pessoas nas ruas e nos espaços públicos coletivos, é fundamental para o enfrentamento da pandemia. A maioria da população está contribuindo com o isolamento social, pois acreditam que a estratégia eficaz para evitar o colapso na assistência hospitalar e a redução no número de vítimas da Covid-19. Recomenda urgência de medidas de proteção social e suporte financeiro, prioritariamente para os segmentos sociais ainda mais vulnerável nesse momento de crise.
Covid-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil	Transversal	Duarte <i>et al.</i> (2020).	Verificar os fatores associados a indicadores de sintomas de transtornos mentais em residentes do Rio Grande do Sul, durante o período inicial da política de distanciamento social decorrente da pandemia da Covid-19.	Participaram 799 pessoas, com idades entre 18 e 75 anos ($M = 36,56$; $DP = 12,88$), 82,7% mulheres, que responderam um questionário sociodemográfico, de distanciamento social e ao <i>Self-Report Questionnaire (SRQ-20)</i> . Os resultados indicaram que ter renda diminuída no período, fazer parte do grupo de risco e estar mais exposto a informações sobre mortos e infectados, são fatores que podem provocar maior prejuízo na saúde mental nesse período pandemia.	O isolamento social não foi uma variável significativa para saúde mental no modelo de regressão. O distanciamento social e a diminuição de contato físico com as pessoas durante a pandemia não é, por si só, um fator de risco para o adoecimento mental porque há influência de outros fatores.

Título	Tipo de estudo	Autores	Objetivo	Resultados	Conclusão
Distanciamento social e condições de vida na pandemia Covid-19 em Salvador-Bahia, Brasil	Ecológico/ rastreamento	Natividade et al. (2020).	Analisar a evolução do distanciamento social adotadas para o controle da pandemia Covid-19 e sua relação com as condições de vida da população do município de Salvador, Bahia.	Calculou-se o Índice de Isolamento Social do município e o Índice de Condição de Vida. O Índice de <i>Moran Global e Local</i> foram usados para avaliar o grau de dependência e autocorrelação espacial. Observou-se oscilações nos índices de isolamento social durante o período analisado, com maiores percentuais de isolamento nos bairros com condições de vida mais favoráveis.	As pessoas de baixa renda que residem nas áreas periféricas ou favelas estão sujeitas a uma série de riscos e ameaças à sua sobrevivência (acesso à alimentação e padrões mínimos de higiene e salubridade), como maior risco à integridade física e psicológica, com destaque para as mulheres que estão em sua maioria expostas à violência e à sobrecarga de trabalho doméstico. O distanciamento social é uma das mais importantes medidas de controle e prevenção para a Covid-19. O planejamento epidemiológico diante do isolamento social, deve considerar as diferenças e as iniquidades entre diferentes bairros, sendo recomendável a implementação/manutenção de políticas de proteção social, e o desenvolvimento de ações que contribuam para a manutenção dos empregos e da renda dos trabalhadores, dando prioridade aos grupos mais vulnerabilizados. É imperativo estabelecer suporte financeiro, a ser distribuído de forma ágil e desburocratizada, pelos diferentes entes federados para garantir renda para os trabalhadores informais, mães chefes de família, dentre outros.
Sentimento de angústia e isolamento social de universitários da área da saúde durante a pandemia da COVID-19	Prognóstico/ rastreamento	Martins et al. (2020).	Identificar a prevalência do sentimento de angústia autorreferido e seus fatores relacionados, bem como a adesão ao isolamento social de universitários da área da saúde durante a pandemia da COVID-19.	Do total dos universitários, 89,5% (n=489) disseram estar angustiados, 90,4% (n=489) eram favoráveis ao isolamento social e 93,5% (n=503) aderiram ao isolamento social como combate à COVID 19. Na análise multivariada, o sentimento de angústia relatado pelos universitários apresentou relação com a preocupação com o mundo (OR=4,099; p=0,000).	O sentimento de angústia apresentado pelos universitários esteve relacionado ao sentimento de preocupação com o mundo e a serem predominantemente favoráveis ao isolamento social, e, por isso, aderiram a essa medida de enfrentamento do novo coronavírus. O sentimento de incerteza e angústia está relacionado à preocupação com a doença Covid-19.

Título	Tipo de estudo	Autores	Objetivo	Resultados	Conclusão
COVID-19 e atitudes frente ao isolamento social: o papel das posições políticas, moralidade e Fakes News	Descritivo	Modesto <i>et al.</i> (2020).	Buscou investigar o papel exercido pela moralidade e pelas Fake News na relação entre posições políticas e atitude frente ao isolamento social.	Os resultados indicaram que a posição política exerceu uma influência direta no isolamento social, independente da crença em Fake News e dos índices de moralidade.	Concluiu-se que a polarização política do país esteve se transformando em um problema de saúde pública durante a pandemia devido à falta de adesão a práticas que reduzem o contágio do vírus. As narrativas de desinformação também podem ser relacionadas a outros assuntos referentes à saúde, como, doenças crônicas, nutrição e tabagismo, e muitas vezes podem induzir emoções negativas, como medo, raiva, tristeza e ansiedade, bem como sentimentos de desconfiança.
Isolamento social rígido durante a pandemia de COVID-19 em um estado do nordeste brasileiro	Ecológico/ rastreamento	Almeida <i>et al.</i> (2021).	Analisar a tendência temporal da incidência, mortalidade, cobertura de enfermarias e leitos de terapia intensiva e rígido isolamento social no estado do Ceará e correlacioná-los.	Observou-se tendência de aumento da incidência e mortalidade por Covid-19 no estado do Ceará ($p=0,01$). Por outro lado, observou-se tendência de diminuição na ocupação de enfermarias e leitos de terapia intensiva ($p=0,02$). A taxa de isolamento social diminuiu significativamente durante o período ($p=0,001$). Na regressão linear múltipla, o isolamento social manteve-se inversamente relacionado à mortalidade pela Covid-19 ($\beta=-0,08$; $p=0,02$).	A implementação antecipada do isolamento social, com outras ações de saúde pública, mostrou-se relevante para garantir a continuidade de seus benefícios. Para controlar a disseminação da Covid-19 e, conseqüentemente, as mortes pela doença, o rígido isolamento social foi tido como uma estratégia positiva para o menor número de mortes no Ceará, embora esta medida tenha causado efeitos adversos na economia e na saúde mental dos indivíduos.

Título	Tipo de estudo	Autores	Objetivo	Resultados	Conclusão
Orientação política e apoio ao isolamento social durante a pandemia da Covid-19: evidências do Brasil	Rastreamento	Ramos <i>et al.</i> (2020).	Examinar se, e como o apoio ao isolamento social varia de acordo com orientação política autodeclarada e vulnerabilidade econômica pessoal.	Os resultados mostram que enquanto a vulnerabilidade econômica não influencia o apoio ao isolamento social, indivíduos que se consideram de direita apoiam sistematicamente menos tais práticas do que aqueles que se consideram de esquerda. Diferenças em suas sensibilidades a ameaças ao sistema econômico ajudam a explicar o fenômeno.	A orientação política se mostrou um significativo preditor do apoio ao isolamento social, para além da vulnerabilidade econômica pessoal, que, surpreendentemente, não influenciou com robustez o apoio ao isolamento social. Mais especificamente, os indivíduos que se reconheceram como 'de direita' apoiaram sistematicamente menos as práticas e políticas de isolamento social quando comparados, eles tendem a ser menos favoráveis ao isolamento social, porque são mais sensíveis às ameaças econômicas que essa medida aparentemente impõe à sociedade. As incertezas econômicas estão diretamente ligadas a adesão da medida de isolamento e também agem diretamente como condicionantes para o surgimento de patologias relacionadas a saúde mental.
Enfrentamento da Covid-19 em região de fronteira internacional: saúde e economia	Descritivo/ Transversal	Silva-Sobrinho <i>et al.</i> (2021).	Analisar como o isolamento social e o fechamento das fronteiras repercutem na saúde e na economia em região de fronteira internacional.	A média de idade foi de 41,5 anos, a maioria é do sexo feminino e composta por trabalhadores do setor de educação; 41,9% indicam que o fechamento das fronteiras/comércio influenciou negativamente a renda e, para 17,7%, existe a possibilidade de desemprego. Para 89,0%, o número de pessoas adoecidas seria maior caso as fronteiras/comércio não tivessem sido fechadas; 63,7% indicam que os serviços de saúde não estão preparados para enfrentar a pandemia; 74,9% percebem que o Sistema Único de Saúde pode não ter capacidade de atendimento; 63,4% sinalizam ansiedade e 75,6% dos trabalhadores do comércio referem perda de renda.	Conclui que o fechamento das fronteiras internacionais e do comércio exerceu pressão sobre a saúde mental. No entanto, o método da pesquisa não permite concluir que o isolamento social produz efeitos sobre a saúde mental porque se trata de relatos dos participantes sem comprovação médica ou psicológica. São relatos de depressão e aparecimento de doenças e dores físicas devido à retração do consumo/vendas verificada pela perda do emprego e renda familiar. Esta pesquisa identificou relatos de danos físicos e psicológicos, como mudança no humor, ansiedade e dor somadas a outras características de alteração na saúde mental relacionadas à estabilidade econômica.

Título	Tipo de estudo	Autores	Objetivo	Resultados	Conclusão
O efeito da rigidez das políticas de distanciamento social na mobilidade nos estados brasileiros	Análise transversal de série temporal	Barberia <i>et al.</i> (2021).	Avaliar o efeito da rigidez das políticas sobre a mobilidade da população. Para isso, utilizamos dados de localização provenientes de celulares para mensurar mobilidade.	Os resultados sugerem alta heterogeneidade ao longo do tempo e entre os estados na rigidez das políticas de distanciamento social durante o período analisado, além disso, as políticas de distanciamento social têm maior impacto quando um conjunto mais completo e coerente de políticas é introduzido e sustentado pelos governos estaduais.	Quanto maior a rigidez do isolamento social menor a mobilidade social. A flexibilização do isolamento social se deu conforme cada estado da federação. Evidente que distanciamento social mais rígido representou menor interação social, menor taxa de transmissão do vírus. Ademais, nos estados em que o distanciamento social durou mais tempo por menor adesão, infere-se que as pessoas podem ter sentido solidão e alterações na saúde mental. A pesquisa não foi com seres humanos. Desse modo, limita-se a uma abordagem de indicadores sobre a rigidez na implantação do isolamento social.
Distanciamento social no estado de São Paulo: uso de série temporal dos óbitos por causa da COVID-19 para demonstrar a redução de casos.	Etiologia/ prognóstico	Cruz (2020).	Demonstrar os resultados das estratégias de distanciamento no estado de São Paulo e do Brasil.	As estratégias de distanciamento social (EDS) adotadas no município e no estado de São Paulo trouxeram resultados obtidos que atrasam o crescimento dos casos de Covid-19. Também mostramos que utilizando esse tipo de série temporal é possível identificar diferentes tendências para as regiões, possibilitando abordagens direcionadas. Além disso, utilizando-se uma série orientação temporal ao óbito, é possível identificar, para o município de São Paulo, os efeitos das estratégias de distanciamento social com o Índice de Isolamento Social adotado no estado e fazer uma estimativa bruta, que quebra o crescimento da doença.	O uso de uma série temporal dos óbitos devidos à Covid-19, referenciada diretamente à data do óbito, permite compreender os efeitos do distanciamento social na redução das mortes por Covid-19 no estado de São Paulo. Compreender a importância do isolamento social para a redução do número de mortes é importante para que população tenha informações e sinta segurança nas ações dos estados e não experimente situação de sofrimento psíquico.

FONTE: elaboração própria.

A principal vantagem de se realizar a análise da Reprodução Social da Saúde é contextualizar um fenômeno complexo como o isolamento social e seus efeitos, rompendo com o modelo mono ou multicausal de ver o processo saúde-doença (LIBIER, 1998). Ela comporta diversas esferas interdependentes da reprodução biológica, cultural, econômica e ecológico-política, com consequências para as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da Saúde. Cada dimensão relaciona-se com as demais, de múltiplas maneiras, e respeitam a hierarquia da complexidade do sistema em questão. Isso significa que as relações políticas suprimem, conservam e superam as relações da esfera social e cultural e estas suprimem, conservam e superam a esfera biológica (SANTOS; AUGUSTO, 2011).

Para entender a saúde é necessário relacioná-la às condições de vida subtendidas como particularidade de cada indivíduo em sua participação numa população ou na sociedade, isto é, entender a sua produção, consumo de produtos e serviços e seu envolvimento político. Identificar o indivíduo e suas necessidades não se dá apenas no sentido biológico, se dá, também, por meio de suas relações político-econômicas e ecológicas (SANTOS; AUGUSTO, 2011).

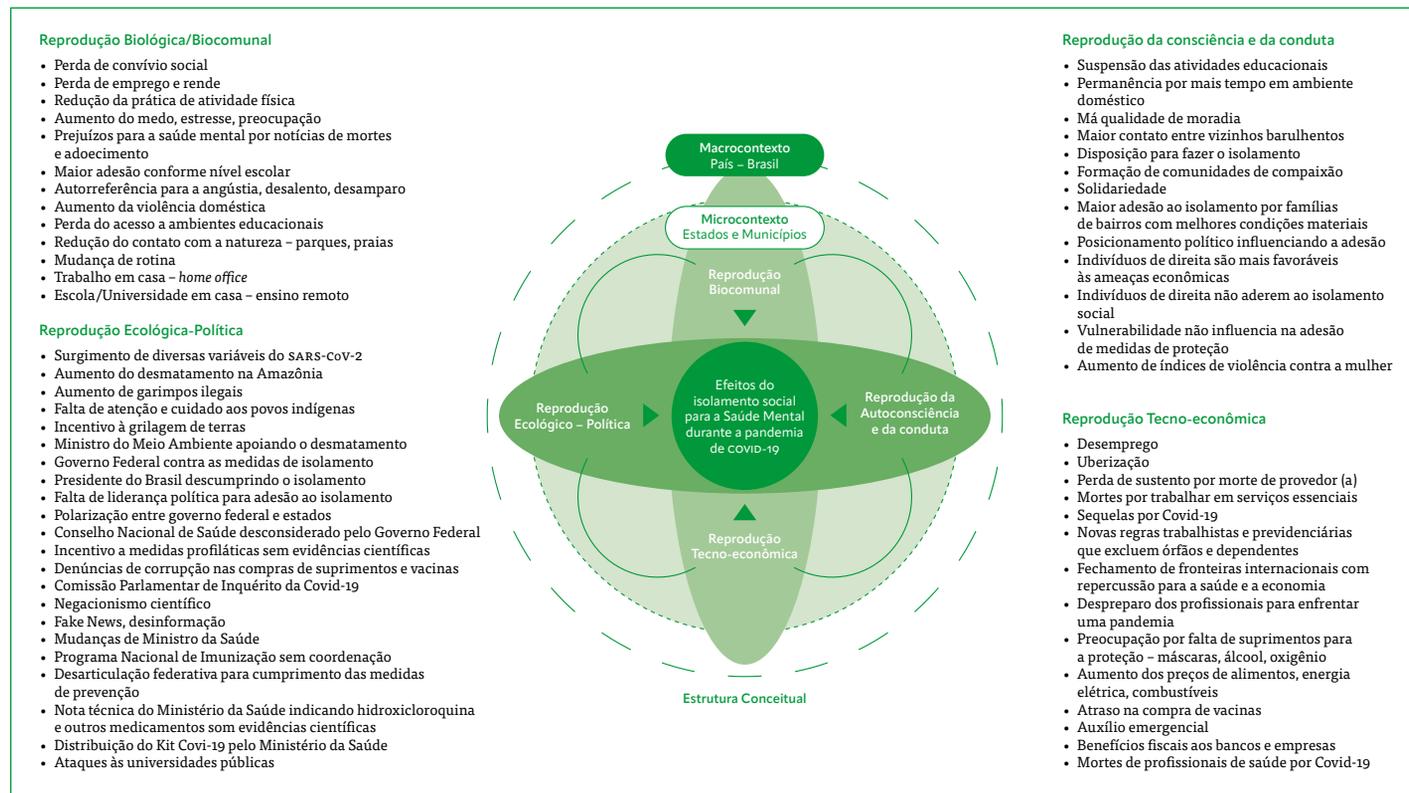
Camargo (2007) afirma que a intersectorialidade é necessária para a compreensão dos determinantes sociais e das condições de vida dos indivíduos, que estão diretamente relacionados à reprodução social da saúde, com vistas a uma abordagem que conceba a integralidade do sujeito e as implicações para a garantia do direito à saúde.

Na figura 3 está a apresentação da análise multidimensional do isolamento social e de seus efeitos para a saúde mental no Brasil, considerando o macrocontexto, o microcontexto, e as dimensões da Reprodução Social.

A dimensão da Reprodução Bio-comunal

Na dimensão da reprodução biocomunal encontram-se os seguintes elementos: perda do convívio social; perda do emprego e renda; redução da prática de atividades físicas; aumento do medo, estresse

FIGURA 3 | Matriz de análise multidimensional do isolamento social para enfrentamento da Covid-19 e seus efeitos para a saúde mental, Brasil, 2021



FONTE: elaboração própria.

e preocupação; prejuízos à saúde mental por notícias de morte ou adoecimento; autorreferência de sentimentos de angústia, preocupação, desolamento; aumento da violência doméstica; perda do acesso a ambientes escolares; redução do contato a ambientes como praias, parques e natureza; mudança da rotina; trabalho e estudo em casa.

A literatura demonstra que com o isolamento social, como uma medida não farmacológica, uma das principais e mais eficazes formas de enfrentamento da pandemia do Covid-19, sendo por ele, possível diminuir a velocidade da disseminação do vírus e, assim, reduzir o número de casos e óbitos. Com essa medida, espera-se que a saúde da população seja modificada pela prevenção do contágio. Bezerra e outros (2020), consideram o estresse como um dos principais processos relacionados à alteração do sono, do humor, principalmente das pessoas que não praticam atividades físicas.

Durante a pandemia, alguns fatores contribuíram para o aumento de situações de sofrimento mental, como o excesso de informações recebidas e a quarentena vivenciada. Esses fatores são consequências da falta de comunicação interpessoal e do isolamento, evidenciando as dificuldades nas relações. A angústia vai ser marcada por alterações comportamentais, estresse, ansiedade, medo, raiva, depressão e até mesmo pensamentos suicidas (MARTINS *et al.*, 2020).

Duarte e outros (2020) apontam que o transtorno de estresse pós-traumático é muito comum na população em geral em períodos pandêmicos, sendo que as mulheres possuem o dobro de chances de adquirir algum tipo de adoecimento mental durante a quarentena. Isso se dá devido a aspectos genéticos e de personalidade, além de situações de violência doméstica, discriminação e abusos que tendem a aumentar durante o isolamento e que contribuem para o surgimento de depressão e de ansiedade. Apesar disso, o isolamento social, por si só, não representa fator significativo para o sofrimento psíquico.

A desinformação representa uma sobredeterminação para os efeitos do isolamento social porque há uma retórica política que contribui para o sofrimento psíquico de quem está lutando

pela vida e deixando de trabalhar, aderindo ao isolamento social. A negação da Covid-19, como uma doença grave, depois o caso de Manaus, com a falta de oxigênio e outros suprimentos para o suporte avançado de vida, o número de óbito aumentaram, gerando ainda mais insegurança e medo.

A indicação de medicamentos, baseada em argumentos desonestos e falsos, com argumentos sustentados sem evidências científicas, contribui para o quadro de agravamento da situação “porque o sujeito que as enuncia tem má-fé e quem as propaga age de modo socialmente irresponsável”, colocando em situação de risco e de vulnerabilidade muitos sujeitos expostos a situações inadequadas (ALMEIDA-FILHO, 2021, p. 223).

Martins e outros (2020) evidenciam que os universitários são grupo de risco para desenvolver alterações psicológicas durante a fase de isolamento. Nesse grupo, a sensação de solidão e de angústia são as mais presentes. A necessidade de uma interação física e social, a desmotivação por falta de interações e a atual realidade virtual, são condicionantes desses problemas.

Todavia, o isolamento social não pode ser considerado causa principal ou única dos problemas psicológicos durante a pandemia, mas, deve ser reconhecido como um condicionante que está relacionado a outros fatores. As práticas de isolamento e de encerramento dos serviços não essenciais foram cruciais para o desacelerar o avanço da contaminação do vírus da Covid-19 (DUARTE *et al.*, 2020; ALMEIDA *et al.*, 2021).

Como observado, diante da produção da revisão de literatura, as situações de risco para saúde mental, envolvidas no isolamento social, estão principalmente relacionadas aos fatores biocomunais que se apresentam individual e coletivamente, porém, deve-se relacionar às outras dimensões.

No que se refere as mudanças do cotidiano, o aumento do desemprego, a privação de frequentar áreas de lazer, trabalho, instituições de ensino e de religião, foram identificadas como determinantes para a saúde mental dos indivíduos devido à perda de renda que fez com que a dieta fosse alterada e reduzida. O fechamento das academias contribuiu para o sedentarismo.

A dimensão da Reprodução da Autoconsciência e da Conduta

No que se refere a reprodução da autoconsciência e da conduta, considera-se, que a suspensão das atividades educacionais, a permanência por mais tempo no ambiente doméstico, a má qualidade de moradia, a maior permanência com vizinhos barulhentos, a disposição para cumprir o isolamento, a formação de comunidades de compaixão, a solidariedade, a maior adesão ao isolamento por famílias com maiores condições de vida, o posicionamento político-partidário, como influência a adesão independente de “Fake News” e de índices de mortalidade. Indivíduos de posicionamento política de direita apresentam maior rejeição ao isolamento e são mais favoráveis a liberação das atividades econômicas com aglomeração. Ademais, o aumento nos índices de violência contra mulher e vulnerabilidade não influenciam na adesão as medidas de proteção.

No artigo intitulado Covid-19 e atitudes frente ao isolamento social: o papel das posições políticas, moralidade e “Fakes News”, de autoria de Modesto e outros (2020), analisa-se a relação desempenhada pela moralidade e as crenças em notícias falsas, de acordo com orientação política e a atitude em relação ao isolamento social no Brasil. É discutido o papel da moralidade como mediador na relação entre orientação e atitude frente o isolamento social, a produção e a disseminação de falsas notícias.

No contexto da pandemia, aumentou a procura por informações sobre os modos de contágio, números de casos e mortes, cura, disponibilidade de vacinas e tratamentos eficazes. Nesse momento, as notícias falsas colocavam em risco o enfrentamento do vírus, ao fornecer conhecimento que não é real, assim, promovendo comportamentos sem embasamento de critérios científicos.

As “Fakes News” interferem no comportamento de higienização, na adesão as práticas de distanciamento e favoreceu situações de riscos diretos à saúde pessoal, pelo uso irracional de medicações e remédios sem comprovação científica ou pelo consumo e administração inadequada de produtos nocivos à saúde como os desinfetantes e demais produtos de limpeza. Essas notícias falsas levaram algumas pessoas a acreditarem na veracidade de desinformações,

caracterizando, no contexto da Covid-19, uma “infodemia”, epidemia de desinformação e mentiras (ALMEIDA-FILHO, 2021).

Constata-se que a atitude frente à adesão ao isolamento social não esteve, diretamente, relacionada à moral dos brasileiros, mas à ideologia política. Assim, como o fato do indivíduo acreditar, ou não, em notícias falsas, não esteve, diretamente, conectado à aceitação das práticas de isolamento. Ficou evidente que não aderir ao isolamento social foi a atitude da maioria das pessoas de posicionamento político de direita.

Melhor dizendo, independente do endosso do fundamento vinculativo relacionado à moralidade ou à crença em “Fake News”, a orientação política é o que explica a sua atitude em relação ao isolamento social, indicando que quanto mais à direita o indivíduo se posiciona, mais negativa é sua aceitação em relação ao isolamento social. Além disso, quanto mais à direita, mais baixos são os níveis de moralidade, indicando que o padrão de moral analisado é maior no posicionamento de esquerda. Posto isso, define-se que quanto menor o nível de moralidade, maior é a crença em “Fake News”. Com isso, fica estabelecido que a esquerda e a direita são definidas por diferentes fundamentos morais, o que ocasionou a polarização política no país (MODESTO *et al.*, 2020).

A dimensão da Reprodução Tecno-Econômica

Quanto à reprodução tecno-econômica, destacam-se: o desemprego; a “uberização”; a perda do sustento por morte do(a) provedor(a); as mortes por trabalhar em serviços essenciais, as sequelas da doença em trabalhadores de serviços essenciais; as novas regras da trabalhista e previdenciárias excluí órfãs e quem seriam dependentes; o fechamento de fronteiras; a apreensão diante do despreparado do sistema de saúde para enfrentar a pandemia; a preocupação pela falta de equipamentos e suprimentos necessários; o aumento dos preços dos alimentos, da energia elétrica, dos combustíveis; o atraso na compra de vacinas; o auxílio emergencial, os benefícios fiscais a bancos e empresas; as mortes de profissionais de saúde na linha de enfrentamento da Covid-19.

A desigualdade social e as condições de habitabilidade influenciam na dificuldade de adesão ao distanciamento social. Isso ocorre porque a distribuição da saúde e da doença não é aleatória e está associada à posição social, fator que define as condições de trabalho e vida dos indivíduos (BEZERRA *et al.*, 2020; NATIVIDADE *et al.*, 2020).

Silva-Sobrinho e outros (2021) abordam a questão do fechamento das fronteiras e evidenciam um problema econômico em que o turismo e as relações comerciais se retraem, com impactos na oferta de emprego, na renda e no estilo de vida da população.

Trabalhadores das áreas de turismo e comércio relataram, com maior constância, alterações no humor, tristeza e ansiedade, quando comparados a trabalhadores de outras áreas (BEZERRA *et al.*, 2020). Para minimizar os efeitos negativos, financeiros e, conseqüentemente, psicológicos que acometeram os trabalhadores de todas as áreas, essencialmente, das mais vulneráveis, tornou-se necessário o desenvolvimento de medidas de apoio pelo governo, tanto para população, quanto para empresas que, por muitas vezes, mesmo que cheguem de maneira tardia (NATIVIDADE *et al.*, 2020; SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2021).

Nesse sentido, o auxílio emergencial foi a principal medida econômica criada pelo governo, abrangendo como grupo-alvo as pessoas que ficaram mais vulneráveis, financeiramente, durante a pandemia, como os trabalhadores autônomos e as pessoas com renda familiar baixa. Foram mais de 50 milhões de brasileiros contemplados a receber o valor de R\$ 600,00 (NATIVIDADE *et al.*, 2020).

De fato, a pandemia trouxe impactos negativos para a economia do Brasil, especialmente, com o aumento de desemprego e a manutenção incerta no trabalho de quem está empregado, o que pode ocasionar riscos para desenvolvimento de transtornos mentais (BEZERRA *et al.*, 2020; DUARTE *et al.*, 2020).

A dimensão da Reprodução Ecológico-Política

No processo de categorização da Representação Ecológica emergiram: o surgimento de diversas variáveis do SARS-COV-2; o aumento de desmatamento na Amazônia, o aumento de atividades de

garimpos ilegais; a falta de atenção aos povos indígenas, o incentivo à grilagem de terras; personalidades como o próprio Ministro do Meio Ambiente em apoio ao desmatamento.

Em relação à dimensão da reprodução política, baseado na análise da literatura, ressaltam-se os seguintes pontos: o governo federal contra as medidas de enfrentamento; líder do governo descumprindo o isolamento; falta de liderança política para adesão das medidas; polarização entre governo e estados; Conselho Nacional de Saúde desconsiderado pelo governo federal; incentivo a medidas profiláticas sem evidências científicas; denúncia de corrupção na compra de suprimentos e vacinas; negacionismo; Comissão Parlamentar de Inquérito da Covid-19; relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito da Covid-19, indiciando quem promoveu os descumprimentos; sucessivas mudanças de Ministros da Saúde; Programa Nacional de Imunização sem articulação e coordenação interfederativa; “Fake News” e desinformação; desarticulação federativa para cumprimento das medidas de prevenção; nota técnica da Ministério da Saúde indicando medicamentos sem evidências científicas; ataques a ciência e universidades públicas; distribuição do kit Covid-19 pelo Ministério da Saúde; política de abandono aos povos indígenas.

O isolamento social para ser colocado em prática gerou debates, visto que, autoridades mostraram-se descrentes de sua eficácia, porém, o incentivo a sua implantação foi maior. Com isso foram adotadas algumas táticas para garantir um cumprimento mais efetivo, como o fechamento de instituições de ensino, de comércio, de lazer e templos religiosos (BEZERRA *et al.*, 2020).

Por estarem mais suscetíveis às ameaças econômicas pelo isolamento social, os indivíduos de posição política de direita passaram a rejeitar medida (RAMOS *et al.*, 2020). Eles apoiaram de maneira menor as políticas de isolamento em comparação aos indivíduos de esquerda. Na maior parte dos casos, as pessoas tendem a apoiar iniciativas instituídas pelo seu grupo político e desvalorizam as ideologias dispostas pelo grupo oposto. Torna-se fundamental a credibilidade da autoridade responsável para maior confiança nas medidas de isolamento e na ciência (NATIVIDADE *et al.*, 2020; RAMOS *et al.*, 2020).

Rastrear a propagação da doença se tornou fundamental para o entendimento de como analisar, criar e implantar estratégias para enfrentar a pandemia. Quanto maior a velocidade e a quantidade de testagens, melhor o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento da pandemia (CRUZ, 2020).

Barberia e outros (2021) destacam que os governos estaduais foram primordiais para a diminuição das taxas de transmissão no Brasil, onde num primeiro momento já se foi implantado o distanciamento social, logo ao serem descobertos os primeiros casos, a rigorosidade das medidas e a permanência, por um longo período de isolamento, também ajudou na redução.

As estratégias de distanciamento, sobretudo, contribuem para a redução dos impactos ao sistema de saúde, atuam para não ficar sobrecarregado e com uma grande demanda por atendimento (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Fatores de risco ao ambiente, como o aumento do desmatamento, o aumento de invasões aos territórios indígenas por grileiros, fazendeiros e mineradores, intensificaram-se no período pandêmico. A saúde dos povos indígenas está em interdependência com a proteção dos ecossistemas e da biodiversidade.

Como abordado por Fernandes (2021), o desmatamento e o garimpo ilegal aumentaram consideravelmente em áreas indígenas, onde a presença dos garimpeiros, que além destruírem o bioma, são os responsáveis pela transmissão do vírus nessa população.

A relação desses fatores e suas dimensões deixam explícito a complexidade existente na relação do isolamento social necessário para o enfrentamento da pandemia e o surgimento de problemas de saúde mental. As políticas públicas não devem ficar restritas apenas ao setor saúde, devem atuar sobre todo o processo de determinação social da doença.

A pandemia de Covid-19, por ser um objeto complexo com sobredeterminações, demanda por desenvolvimento de pesquisas de modelagens eficientes que permitam operar estratégias de produção de conhecimento para controlar seus efeitos, mediante intervenções para transformação de realidades (ALMEIDA-FILHO; COUTINHO, 2007).

Evidencia-se que o isolamento social, mesmo sendo apontado como fonte de ansiedade e estresse, não tem efeitos ruins sobre a saúde mental. Sendo uma variável insignificante nos estudos analisados. Desse modo, o distanciamento social e a diminuição de contato físico, durante a pandemia, não foi um determinante para o adoecimento mental porque há outros fatores que permeiam esse contexto (DUARTE *et al.*, 2020).

Considerações finais

Constata-se que a pandemia marcou a humanidade impondo desafios para a população e para as autoridades para conter a disseminação do vírus. O isolamento social tornou-se a principal medida para isso. Entretanto, esses períodos de distanciamento surgiram novos desafios relativos aos impactos econômicos e sociais.

O objetivo geral da pesquisa foi alcançado com uma análise multidimensional sobre o isolamento social para enfrentamento da pandemia de Covid-19 e seus os efeitos para a saúde no Brasil. Nota-se que o isolamento social, por si só, não pode ser considerado produtor de adoecimento mental.

A matriz de Samaja é um modelo de fácil entendimento e de grande capacidade pedagógica para as intervenções e avaliações das políticas de saúde. A modelagem utilizada, nesse presente estudo, favorece a compreensão da complexidade dos condicionantes sociais e econômicos, nos micro e macrocontextos, que se relacionam de forma interdependente.

O processo de levantamento de dados poderia ter sido realizado com base em dados de boletins e documentos oficiais do governo brasileiro, no entanto, há desinformação e negação de acesso pelos órgãos responsáveis. Importa que sejam desenvolvidas pesquisas aprofundadas sobre cada dimensão da Reprodução Social da Saúde relacionada à Covid-19. Por isso, o presente estudo tem limitações e não se propôs a exaurir todas as possibilidades de análise.

Entende-se também que a pandemia continua em curso e que há estudos em desenvolvimento, sendo os resultados, aqui

apresentados, um retrato, um recorte de base para produções futuras, apresentando elementos importantes para a discussão do tema.

Referências

ALMEIDA-FILHO, N. Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L.T. (org.). *Principais elementos*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 214-225.

ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, D. Causalidade, contingência, complexidade: O futuro do conceito de risco. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 95-138, 2007.

ALMEIDA, I. L. S. *et al.* Isolamento social rígido durante a pandemia de COVID-19 em um estado do nordeste brasileiro. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 34, eAPE02531, 2021.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25 (supl.) p. 2423-2446, 2020.

ARRAIS, T. A. *et al.* Pandemia Covid-19: o caráter emergencial das transferências de renda direta e indireta para a população vulnerável do estado de Goiás. *Espaço e Economia: Revista brasileira de geografia econômica*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 18, p. 1-30, 2020.

AUGUSTO, L. G. S. Abordagens integradas em saúde – indicadores de contexto. In: AUGUSTO, L. G. S.; BELTRÃO, A. B.(org.). *Atenção Primária à Saúde: Ensino da Saúde na Comunidade*. Recife: Editora Universitária; 2008. p. 104-110.

BANERJEE, D. O surto de Covid-19: papel crucial que os psiquiatras podem desempenhar. *Asian journal of psychiatry*, Michigan, v. 50, n. 1, p. 1-2, 2020.

BARBERIA, L. G. *et al.* O efeito da rigidez das políticas de distanciamento social na mobilidade nos estados brasileiros. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 27-49, 2021.

BEZERRA, A. C. V. *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de Covid-19. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25 (supl.), p. 2411-2421, 2020.

CAMARGO, M. A Reprodução Social da Saúde: referências ao processo de trabalho em Serviço Social em uma residência integrada em saúde. *Textos e Contextos*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 81-92, 2007.

CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 209-224, 2020.

CARVALHO, W.; GUIMARÃES, A. S. Desinformação, Negacionismo e Automedicação: a relação da população com as drogas “milagrosas” em meio à pandemia da Covid-19. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, v. 3, e202003053, 2020.

CRUZ, C. H. B. Distanciamento social no estado de São Paulo: uso de série temporal dos óbitos por causa da Covid-19 para demonstrar a redução de casos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Campinas, v. 23, e200056, 2020.

DIAS, A. D. C. et al. A importância da alimentação saudável e estado nutricional adequado frente a pandemia de Covid-19. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 9, p. 66464-66473, 2020.

DUARTE, M. Q. et al. Covid-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 3401-3411, 2020.

FARIAS, H. S. O avanço da Covid-19 e o isolamento social como estratégia para redução da vulnerabilidade. *Espaço e Economia – Revista brasileira de geografia econômica*, Rio de Janeiro, n. 17, 2020.

FARO, A. et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 37, n.1, p. e200074, 2020.

FERNANDES, R. M. S. A epidemia do garimpo ilegal e o avanço da COVID-19 na terra indígena Yanomami. *Ensaios de Geografia*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 14, p. 214-226, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Recomendações para Gestores. Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-Covid-19-recomendacoes-para-gestores>. Acesso em: 13 maio 2021.

FOGAÇA, P. C.; AROSSI, G. A.; HIRDES, A. Impacto do isolamento social ocasionado pela pandemia COVID-19 sobre a saúde mental da população em geral: Uma revisão integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 4, p. e52010414411-e52010414411, 2021.

LIBIER, R. R. *Teoria e Meta teoria na Investigação da Causalidade*. 1998. 291p. Tese (Doutorado) – Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 1998.

MARTINS, A. B. T. et al. Sentimento de angústia e isolamento social de universitários da área da saúde durante a pandemia da Covid-19. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 33, n. 1, 2020.

MODESTO, J. G. et al. COVID-19 and attitudes toward social isolation: The role of political orientation, morality, and fake news. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 25, n. 2, p. 124-132, 2020.

NASCIMENTO, A. M. et al. Enfrentamento da pandemia COVID-19: Construindo sentidos da experiência e suas dificuldades. *Revista Educação e Humanidades*, Humaitá, v. 2, n. 1, p. 673-704, 2021.

NATIVIDADE, M. S. et al. Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 3385-3392, 2020.

PEREIRA, M. D. et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, Itabira, v. 9, n. 7, p. e652974548-e652974548, 2020.

PIRES, L. N.; CARVALHO, L.; XAVIER, L. L. Covid-19 e Desigualdade no Brasil. 2020. Disponível em: <https://cebes.org.br/Covid-19-e-desigualdade-no-brasil/21598/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

RAMOS, G. *et al.* Orientação política e apoio ao isolamento social durante a pandemia da COVID-19: evidências do Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 697-713, 2020.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/citation/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2021.

SAMAJA, J. *A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SANTOS, C. M. C. *et al.* A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.

SANTOS, S. L.; AUGUSTO, L. G. S. Modelo multidimensional para o controle da dengue: uma proposta com base na reprodução social e situações de riscos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 177-196, 2011.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 37 e200063, 2020.

SILVA-SOBRINHO, R. A. *et al.* Enfrentamento da COVID-19 em região de fronteira internacional: saúde e economia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 29, e3398, 2021.

4.

Covid-19 e saúde dos trabalhadores: estudo de caso de uma Unidade de Saúde da Família em Vitória de Santo Antão, Pernambuco

José Marcos da Silva

Introdução

A crise sanitária desencadeada pelo novo coronavírus modificou a vida social de todo o mundo, sendo um desafio para a comunidade científica, visto a complexidade envolvida no controle da transmissão viral. Vários países adotaram estratégias de distanciamento social e implementaram ações de atenção hospitalar, para adequar os seus sistemas de saúde ao cenário pandêmico.

A doença provocada pelo SARS-CoV-2, síndrome respiratória aguda grave coronavírus², iniciou na China, logo espalhando-se para os demais continentes. Propagado por meio de espirros, gotículas de saliva e aerossóis, o vírus pode ser transmitido mesmo entre pacientes assintomáticos (YUEN *et al.*, 2020).

No Brasil, segundo os dados oficiais do governo, até o dia 1 de outubro de 2020 foram confirmados 4.810.935 de infecção pelo corona vírus e 143.952 óbitos (BRASIL, 2020a). Os números reforçam as discussões acerca dos impactos na saúde pública mundial.

Nesse sentido, Barroso e outros (2020) destacam o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) no fortalecimento de uma base para as ações de enfrentamento, utilizando-se de uma rede de serviços,

equipamentos e recursos humanos conforme a necessidade de cada paciente.

Fundamentada a partir dos princípios de universalidade, equidade, e integralidade, a ABS visa ofertar o cuidado como porta de entrada do SUS, por meio de ações que envolvem promoção, prevenção, continuidade do cuidado e reabilitação. Uma vez responsável pela ordenação da rede e pela realização do primeiro contato com o usuário, destaca-se o potencial da ABS no enfrentamento da pandemia, por meio da garantia da continuidade da atenção, em ações de educação em saúde, no estabelecimento de linhas de cuidado e aproximação com as realidades do território (CABRAL *et al.* 2020).

Todavia, vale ressaltar que a pandemia no Brasil se caracterizou por tempos e modos distintos de distribuição de casos e óbitos. Questões como as dimensões continentais do país, superpopulação e a desigualdade social, podem explicar como a pandemia foi disseminada no país (COSTA; RIZZOTTO, 2020).

A saúde do trabalhador configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos, que deve ocorrer de forma interdisciplinar, multiprofissionais e interinstitucionais, integrando saberes técnicos, sociais, políticos e humanos, visando identificar e intervir nas relações de trabalho que provoquem doenças e agravos (MINAYO; COSTA, 1997).

No Brasil, a saúde do trabalhador foi fortalecida a partir da implantação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004) e, posteriormente, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. As políticas seguem os princípios da atenção integral, com ênfase na vigilância à saúde, visando a promoção de um espaço laboral salubre para os trabalhadores e consequente redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Katsurayama e outros (2013) consideram que no processo de trabalho existem situações de riscos, sendo a organização essencial para a mitigação de danos e proteção da saúde dos trabalhadores. O estresse no trabalho em saúde predispõe os profissionais ao desenvolvimento de síndrome de *burnout* que está marcada pelo esgotamento físico e psíquico, fadiga, insônia, ansiedade, depressão,

obesidade, doenças coronarianas, diabetes, câncer, distúrbios psicossomáticos e uso abusivo de drogas (LEONELLI *et al.*, 2017; LUZ *et al.*, 2021; VITORINO *et al.*, 2018).

O risco ocupacional pode ser definido segundo as situações presentes no ambiente de trabalho que possam causar, ao trabalhador, prejuízos à saúde, seja por meio de acidentes, doenças ou do sofrimento dos trabalhadores, ou por questões organizacionais e ambientais.

O adoecimento do trabalhador é uma temática complexa e multicausal que inclui fatores fisiológicos, psicossociais, econômicos e referentes ao ambiente de trabalho que podem refletir na qualidade de vida do profissional (LONGEN; PEREIRA; MATTIA JUNIOR, 2016).

Nessa perspectiva, destaca-se o cenário de atuação dos profissionais de saúde durante a pandemia que envolve, não apenas a exposição a patógenos, mas também questões inerentes ao processo de trabalho, como, por exemplo: fatores ergonômicos, falta de equipamento de proteção individual, longas horas de trabalho, sofrimento psíquico, fadiga, esgotamento, estigma, violência física e psicológica (EDWARDS *et al.*, 2020).

A pandemia representou mudanças no processo de trabalho e na produtividade de diversas cadeias produtivas com impactos na economia e na vida social. O processo de trabalho em saúde foi intensamente convocado para o enfrentamento e precisou se adequar a procedimentos de biossegurança, adequações diversas no ambiente de trabalho, aumento da tensão psicológica e de situações de estresse (IPEA, 2020).

Nesse sentido, o trabalho em saúde assumiu a incumbência da construção de estratégias de controle da doença e para viabilizar a retomada de desenvolvimento econômico (SANTOS *et al.*, 2020). O setor de saúde se tornou estratégico e os trabalhadores desse setor, ainda mais vulneráveis a riscos de adoecimento e de morte, devido à realidade de lotação nos serviços de saúde, da falta de leitos e de equipamentos de proteção individual, do aumento de carga horária e de situações risco de contaminação no ambiente de trabalho. Essas são situações inerentes à organização do trabalho em saúde, mas colocadas em ascensão pela pandemia (GALASH *et al.*, 2020).

Desde o surgimento dos primeiros casos, o Ministério da Saúde do Brasil recomendou que as ações da ABS deveriam ser realizadas, considerando-se as medidas de distanciamento social, com priorização de atendimentos de caráter urgentes na UBS, como os casos de síndrome gripal (BRASIL, 2020a; 2020b).

A Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Saúde, apesar dos recentes avanços em estudos e pesquisas, ainda carece de pesquisas sobre o adoecimento físico, mental, e os efeitos dos riscos ocupacionais na qualidade de vida dos trabalhadores e trabalhadoras.

Nesse capítulo são apresentados os resultados de um estudo de caso cujo objetivo foi estudar os efeitos da Covid-19 sobre o processo de trabalho e sobre a saúde dos trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família no Município de Vitória de Santo Antão, em Pernambuco, a partir da identificação do perfil sociodemográfico dos trabalhadores; da caracterização de mudanças no processo de trabalho referido pelos (as) trabalhadores (as) e da análise da autorreferência de sinais e sintomas de adoecimento.

Trata-se uma parte de uma pesquisa maior que envolve estudantes de graduação em iniciação científica e de residentes do Programa de Pós-Graduação em Interiorização da Atenção à Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Aspectos teóricos e metodológicos

Trata-se de um estudo de caso, de corte transversal, descritivo e com abordagem de análise do tipo qualitativa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP do Centro de Ciências da Saúde da UFPE com parecer n.º 4.734.869, de 26 de maio de 2021. O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família na cidade de Vitória de Santo Antão, em PE, que funcionou sem interrupção durante pandemia. Foram considerados critérios de inclusão: ser profissional de saúde, de ambos os sexos, com vínculo empregatício com a Unidade Básica de Saúde (UBS) e que atuaram durante a pandemia de Covid-19.

Como critérios de exclusão: trabalhadores afastados das atividades por serem de grupo de risco para a Covid-19; trabalhadores

com comprometimento psíquico, devidamente diagnosticado por laudo médico, em que determinadas perguntas contribuísssem para o desconforto e piora do quadro, como os de crise de pânico, de ansiedade e depressão.

Dez profissionais atenderam aos critérios estabelecidos, e, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), houve o agendamento prévio das entrevistas mediante a disponibilidade de cada profissional, todas ocorrendo na sede da UBS, nos meses de setembro a dezembro de 2021.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, utilizando o programa Microsoft Word 2010 para sistematizar as informações. Para a análise dos dados foi aplicado os fundamentos da análise de conteúdo, na modalidade temática, proposta por Bardin (2011). Durante a pré-análise foi realizada uma leitura geral das entrevistas para a análise e, em seguida, sucedeu à organização do material a ser investigado.

Procedeu-se à exploração desse material de forma sistemática, realizando uma leitura atenta e aprofundada das respostas, destacando as informações mais significativas observadas. Em seguida, para o tratamento dos resultados obtido, realizou-se a inferência e a interpretação de duas categorias a serem discutidas.

Na figura 1 está o fluxograma das etapas da análise dos dados. São apresentadas as fases e os procedimentos operacionais para a categorização e análise temática do conteúdo das entrevistas.

As entrevistas foram desenvolvidas a partir das seguintes questões norteadoras “você considera que a pandemia ocasionou mudanças no processo de trabalho da UBS?” e “qual a sua percepção acerca da sua saúde durante a pandemia?” e considerando a consistência dos discursos e a diversidade de sentidos presentes nas falas estabeleceram-se duas categorias, sendo elas: O trabalho em saúde remodelado durante a pandemia; percepções dos trabalhadores acerca dos impactos da pandemia na saúde.

Os resultados são apresentados em corpus textuais, retirados de fala dos entrevistados que foram identificados com o pseudônimo de “ENTRE” (entrevistado), acompanhado no algarismo arábico correspondente a ordem das entrevistas.

Resultados e discussão

Foram entrevistados dez profissionais, sendo o gênero feminino (n=9) predominante. A média de idade dos participantes foi de 34 anos (mínima = 21 e máxima= 49).

Quanto ao estado civil, 40% (n=4) declararam-se solteiros, 40% (n=4) casados e 20% (n=2) divorciados. Acerca do vínculo empregatício, 50% (n=5) referiram possuir apenas o vínculo de contrato na Estratégia de Saúde da Família e 50% (n=5) apontaram possuir outros vínculos empregatícios. Sobre o local de trabalho, 60% (n=6) declaram trabalhar apenas da Estratégia de Saúde da Família. A respeito da carga horária semanal, 70% (n=7) declararam trabalhar 40h semanais, 20% (n=2) informaram trabalhar mais de 40h semanais. Com relação à renda mensal, 80% (n=8) dos participantes declararam receber de 3 a 5 salários.

O trabalho em saúde remodelado durante a pandemia

No que tange às mudanças no processo de trabalho, os profissionais relatam aumento nas demandas na UBS e o estresse por novos protocolos de biossegurança adotados durante a pandemia. Infere-se que a Covid-19 representou aumento da demanda por consultas e sobrecarga de trabalho por demandas de outros setores, como, por exemplo, Vigilância em Saúde, Regulação, Assistência de Média e Alta Complexidade, como refere a entrevistada 10.

[...] Sim, teve mudanças... Devido aos protocolos preconizados. Os atendimentos que teve a questão de colocar horários, consulta agendada. É cansativo, muita responsabilidade. Muito sobrecarregado, muitos setores cobrando a gente (ENTRE10).

Evidencia-se mudanças no fluxo assistencial, no acolhimento aos usuários, no uso dos espaços físicos, na permanência e circulação de pessoas na UBS. A biossegurança passou a ser um preocupação no cotidiano do trabalho.

A biossegurança tornou-se tema central para o trabalho em saúde. A pandemia evidenciou a precariedade das condições de

trabalho em saúde e por falta de fornecimento dos EPIS e seu uso inadequado. Contudo, a disseminação das práticas e protocolos de biossegurança, foram consideradas fundamentais para o cotidiano (COSTA; COSTA, 2021).

[...] Mudou a dinâmica dos atendimentos... Que no começo ficou só de urgência, EPIS, fluxos, espaço físico da unidade, questões de limpeza (ENTRE10).

A emergência sanitária pela alta infectividade representou piora das condições de trabalho com a falta de materiais de consumo, equipamento de proteção individual e para a biossegurança no processo de trabalho. A necessidade de uso permanente de máscaras N95, álcool gel, toalha de papel, limpeza constante dos espaços e dos móveis, aparece como conteúdo da entrevistada ENTRE4:

[...] Em relação à estrutura do trabalho, falta muita coisa... A gente vem trabalhar e falta material. É necessário improvisar mesmo durante a pandemia (ENTRE4).

[...] Sim, eu considero porque o atendimento agora é diferenciado. Antes a gente atendia os pacientes sem o uso da máscara, e agora tanto na marcação quanto no atendimento é necessário usar máscara constantemente e com álcool. Então teve mudanças, sim para a melhor. A gente relaxava com o uso da máscara, poucos profissionais usavam máscara. Então foi uma orientação para a gente ficar esperto, do Covid e de outras doenças... Que a gente está sujeito ao alto risco na saúde (ENTRE4).

A problemática apresentada pelos entrevistados aponta para o aprofundamento de situações de riscos psicossociais e ergonômicos para a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras do SUS. Esses profissionais atuam, em períodos normais, com o sofrimento das pessoas. Na pandemia, foram colocados em situação ainda mais difícil porque estavam em risco de contaminação no trabalho e de contaminar seus familiares, o que representa fator estressor no trabalho (FERNANDES, ORTEGA, 2020).

Para Zhang e outros (2020), as mudanças nos protocolos de atendimento, a necessidade de adequação às novas medidas de biossegurança, aumento de carga horária e a limitação de recursos,

propiciam a exaustão relacionada ao trabalho e sofrimento psíquico, com sinais de irritabilidade e recusa a momentos de descanso.

A ABS mostra-se essencial para o enfrentamento da pandemia que se comprova pelo aumento de demanda que representa a essência da necessidade de cuidado de base territorial e comunitária, sobretudo, num momento em que foram implantadas medidas de distanciamento social, mobilização para confecção de máscaras, produção de álcool gel. Essa potencialidade é destacada por Fonseca, Fornari e Lourenço (2020) que indicam serem as equipes da ABS quem conhece os locais-comunidades e que dialogam com as pessoas.

Daumas e outros (2020) destacam o papel central da ABS na mitigação dos efeitos da pandemia, por meio da continuidade de ações preventivas e cita como exemplo a vacinação; acompanhamento de pacientes crônicos e grupos prioritários como gestantes e lactentes; e o atendimento a pequenas urgências e às agudizações de doenças crônicas.

As mudanças no processo de trabalho da ABS foram acontecendo de forma gradativa, a partir da descoberta e elaboração de formas de minimizar os impactos da Covid-19 na população. Sendo assim, tornou-se necessário elaborar fluxos e rotinas para possibilitar uma atenção à saúde com segurança para os profissionais e para a população; realizar a gestão do cuidado, incluindo a atenção aos sintomáticos respiratórios e aos suspeitos da Covid-19, monitorar os casos da doença em isolamento domiciliar e seus familiares.

Nesse sentido, a principal mudança na relação entre profissionais de saúde das equipes da unidade de saúde e os usuários foi a inclusão de atividades por meios remotos no contexto do necessário distanciamento social. Isso representou a realização de atividades em grupos, rodas de conversas, atividades de educação em saúde, por meio de plataformas digitais e aplicativos de celular.

A seguir são apresentados corpus textuais que representam essa mudança na ABS com implicação para os atendimentos de médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, com a suspensão de visitas domiciliares e das práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde em grupos e na

unidade de saúde. Isso gerou parece ter produzido uma mudança significativa referida por participantes da pesquisa.

[...] Assim, esse processo de grupos, de participação com os comunitários. Eu mesmo não tive oportunidade de participar de quase nenhum, só agora... A partir desse mês. Eu achava que eu ia participar mais ativamente com a população. Mas, eu acho que por conta da pandemia, isso não surgiu (ENTRE1).

[...] Sim, com a pandemia ocasionou que muitas pessoas acabassem se separando né? Com o isolamento social, até o relacionamento no trabalho (a comunicação de um indivíduo com outro), o relacionamento de uma pessoa com o comunitário. O procedimento de trabalho em grupos (ENTRE2).

[...] Mudou totalmente, tanto em relação aos profissionais como a comunidade com o posto de saúde. O vínculo... O meu vínculo com a comunidade foi prejudicado, tanto que eu não entro na casa... até hoje. Antigamente eu tinha mais contato, ficava mais tempo na casa, conversava mais. Hoje em dia é mais restrito, quanto mais rápido eu sair de lá... melhor. Isso me frustra. Eu sempre pensei se a pessoa vem para o posto é porque está precisando, eu não posso deixar de fazer meu serviço pela metade (ENTRE9).

Confirma-se a tendência de realização de ações de promoção e educação em saúde, prevenção de agravos voltadas às doenças crônicas e condições de saúde agudas da população, por meios telemáticos – aplicativos de mensagens instantâneas, redes sociais (DAUMAS *et al.*, 2020).

As tecnologias de comunicação possibilitam novas formas de acesso à saúde, todavia, revelam novas dificuldades como a necessidade de conexão e bom manuseio de aparelho eletrônicos. Destaca-se, ainda, que o cuidado via *internet* não substitui o contado direto com o usuário e limita as possibilidades de ações coletivas.

Nessa perspectiva, destaca-se o papel do vínculo assumido pelos profissionais com o território, o que se constitui na principal ferramenta que se utiliza para obter o conhecimento acerca das subjetividades, individualidades e condições de vida das famílias. Considerado uma tecnologia leve de cuidado, o vínculo entre profissional-comunidade é referido entre os profissionais como prejudicado devido às modificações ocasionadas durante a pandemia e

impactam no fortalecimento e gestão do cuidado na ABS (MERHY, 2002; SANTOS *et al.*, 2016).

[...] Devido às demandas a gente passa horário de comida. As vezes a gente em casa, na sua folga, tem outras demandas para serem resolvidas. Então as vezes a gente não consegue dividir o pessoal do trabalho, não separa. Não tem tempo para separar (ENTRE7).

Confirma-se o que foi identificado por Savassi e outros (2020) que os efeitos da Covid-19 na ABS podem ser caracterizados em três ondas, sendo elas: a morbimortalidade, a restrição de recursos para problemas agudos e crônicos assistidos na ABS, e os impactos em saúde mental, que irão suscitar nos serviços a necessidade de reorganização e a possível sobrecarga dele, considerando a fragilidade de uma rede psicossocial ampla e resolutiva.

Nessa perspectiva, os profissionais atuantes na pandemia precisaram adequar-se às novas demandas e às formas de promover a saúde da população, enfrentando, ainda, as dificuldades inerentes ao processo de trabalho, fator que alerta quanto a sobrecarga de trabalho.

Percepções e sentimentos durante a pandemia

Merhy (2002) contribuiu para que o trabalho em saúde seja reconhecido como trabalho vivo em ato, principalmente pelas confluências subjetivas que acontecem por tecnologias relacionais que têm nos encontros um lugar virtuoso de produção de subjetividades com certa liberdade significativa para escolhas do modo de pensar, sentir e agir.

Considerando a perspectiva do trabalho na ABS, o processo de trabalho na UBS é considerado de alto nível de estresse por lidar com a realidade concreta das demandas da população, execução de vários programas de saúde, dilemas de gestão, desalinhamento com outros níveis de gestão da saúde e falta de boa gestão do trabalho em equipe (LOCH, 2019).

Em relação ao distanciamento social pelas restrições de contato pela Covid-19 aparecem nas falas dos profissionais, as dificuldades para as adaptações necessárias, ao mesmo tempo que tiveram que

aprender a lidar com sentimentos de medo, cansaço, angústia e distantes uns dos outros, apesar do trabalho em equipe. Esse contexto tem efeitos que se impõem pela redução de atividade física em academias, praças, ruas. Ademais, aprender a estar só, em meio a notícias difíceis, tornou-se uma aprendizagem necessária para a sobrevivência (JUNIOR *et al.*, 2020).

Quando perguntado: você considera que a pandemia ocasionou mudanças no processo de trabalho da UBS? Os relatos foram:

[...] A gente era mais próximo, agora estamos afastados... mesmo estando dentro do mesmo posto (ENTRE9).

[...] O relacionamento na equipe mudou também, porque a gente não pode dar as mãos... se abraçar (ENTRE4).

O papel ocupado pelos profissionais que atuaram na linha de frente da Covid-19 foi agravado pela preocupação com familiares e amigos, uma vez que a possibilidade de transmissão da doença infectocontagiosa para seus familiares, era constante. Vale ressaltar ainda que os profissionais de saúde são vistos como um apoio em relação aos aspectos clínicos e emocionais para as famílias dos pacientes graves, contudo, eles também adoeceram pelo contexto no qual estavam inseridos. Importa refletir no papel humanitário assumido pelas equipes de saúde que dispuseram a colocar toda a capacidade para cuidar na perspectiva da atenção humanizada, mesmo que isso tenha sido, de algum modo, o próprio cuidado de si.

Quando questionados sobre os efeitos da pandemia na saúde, os discursos manifestaram o aumento dos níveis de ansiedade e estresse. Além destes sentimentos, os profissionais relataram o sentimento de frustração por formas de promover o cuidado na comunidade, sem a presença física.

[...] Gerou muita ansiedade. Mas, temos que controlar as emoções. No trabalho temos que ter segurança e passar confiança. Por exemplo, tinha paciente que chegava aqui na sala e não avisava que estava com sintomas gripais, se não perguntar ele não fala... e ainda mentia. Então a gente ficava ansiosa, preocupada... como vamos saber? não tem teste rápido na unidade. Gera medo de pegar, não dá para ver (ENTRE4).

[...] Acho que se não fosse a pandemia, seria menos estressante. O uso de máscaras, distanciamento... Eles não respeitam, é tudo muito próximo a mim. Então eu não escolho né? (ENTR5)

[...] Quando eu vim trabalhar aqui piorou bastante. Eu vou controlando. Lidar com pessoas, embora eu tenha facilidade, eu coloco muito as coisas na minha cabeça. Levo os problemas para a casa, chego e vou dormir para controlar. Chego em casa muito cansada mentalmente (ENTRE5).

[...] Por eu não está fazendo o que devia, levo para casa a frustração... Me incomoda (ENTRE10).

De acordo com Souza e Gonçalves (2020), a maior crise sanitária do século é também uma crise do cuidado. Os profissionais que cuidam estão à margem dos cuidados pelas entidades que os empregam e pelas entidades que fiscalizam os empregadores, lidando com a sobrecarga e constantes mudanças em seu processo de trabalho.

Quando questionados sobre sua saúde durante a pandemia, os profissionais relatam preocupações, medo, adaptação e autocuidado. Isso pode ser um mecanismo de psicoadaptação típico em situações de riscos que responde por comportamento de relaxamento com o cuidado de si.

Nos recortes apresentados a seguir, os profissionais apresentam como agem para lidar com seus medos e seus anseios em relação à pandemia, sobretudo porque precisam cuidar dos usuários e das famílias sobre suas responsabilidades (BEZERRA *et al.*; 2020; JUNIOR *et al.*; 2020).

[...] Então assim, de doença, por eu ser uma pessoa que precisa cuidar de pessoas eu não tenho tanto medo da pandemia. Eu preciso cuidar de mamãe, da minha filha... Eu não tenho quem faça isso por mim. Ao contrário, eu não posso cair... não posso adoecer. Então para isso eu me cuido, eu me alimento bem... entendesse? Eu não me deixei abater. Eu não deixei. Eu tinha medo de maíinha pegar, mas eu... não tinha (ENTRE1).

[...] No início da pandemia eu achei que poderia influenciar, mas com o passar do tempo, à medida que a gente vai se adaptando a essa situação que a gente está vivendo, não! No início veio o medo, anseio... daquele desconhecido. Mas o tempo vai passando e a gente vai buscando minimizar para fazer o correto né? (ENTRE2).

[...] Não, não tive nenhum problema. Inclusive, eu trabalhando aqui e no hospital (na área de Covid-19) eu fiquei tranquila. Eu sabia que isso ia passar, eu trabalhei dessa forma (ENTRE3).

Nessa conjuntura, o esgotamento físico e psíquico pela exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, torna-se um problema para a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras do SUS.

Concorda-se com Borges e outros (2020) e Bezerra e outros (2020), o trabalho em saúde na pandemia representou situações de riscos elevados pela sobrecarga de trabalho, estresse, esgotamento físico, depressão e comprometimento da interação social. A pandemia colocou os trabalhadores (as) da saúde numa situação de extremo esforço em cuidar de famílias e comunidades despedaçadas pela doença, com o mínimo de recursos disponíveis. A referência de que se adaptaram segundo o passar do tempo pode refletir o processo de adaptação às situações de riscos e sofrimento com maior exposição a riscos e perda de sensibilidade quanto ao sofrimento do outro.

Considerações finais

A presente pesquisa investigou os impactos da pandemia de Covid-19 sobre o processo de trabalho e saúde dos trabalhadores de uma Unidades de Saúde da Família no Município de Vitória de Santo Antão em Pernambuco.

Os objetivos alcançados evidenciam modificações no processo de trabalho durante a pandemia, tais como: aumento na carga horária de trabalho devido a remodelação nos níveis de atenção à saúde, adoção de protocolos de biossegurança e uso obrigatório de equipamento de proteção individual. Acerca das práticas da ABS destaca-se que os protocolos adotados resultaram em modificações no formato das práticas individuais e coletivas realizadas pela UBS no território, bem como no relacionamento entre a equipe que passou a lidar com as restrições devido as normas de biossegurança.

Quanto ao adoecimento físico e mental dos trabalhadores, os discursos dos profissionais manifestam sentimentos de medo,

cansaço, angústia e distanciamento de seus familiares e da própria equipe. Para além, é visto que os trabalhadores apontam o aumento dos níveis de estresse e ansiedade durante o contexto de pandemia. Observou-se que os profissionais são vistos como apoio, tanto para os comunitários quanto para seus familiares, resultando em um comportamento de relaxamento com o cuidado de si e percepção sobre os riscos da pandemia.

O estudo pode auxiliar no desenvolvimento de novas pesquisas sobre a temática. Sugere-se o desenvolvimento de pesquisas que investiguem os impactos da pandemia na saúde física e mental dos trabalhadores de saúde.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROSO, B. I. L. A saúde do trabalhador em tempos de Covid-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 28, n.3, p. 1093-1102, 2020.

BEZERRA, G.D. *et al.* O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos trabalhadores da saúde: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Atual In Derme*, [S.l.], v. 9, n. 8, p. e190985470, 2020.

BORGES, F. E. S. *et al.* Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de Covid-19. *Revista de Enfermagem Atual*, v. 95, n. 33, p. 021006, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Área Técnica de Saúde do (a) Trabalhador*. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). *Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.b

CABRAL, E. R. M. *et al.*, Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, v. 3, n. e202003012, p. 1-12, 2020.

COSTA, M. A. F.; COSTA, M. F. B. Biossegurança e a pandemia de Covid-19: reflexões sobre os agentes psicossociais de risco em profissionais de saúde. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 43899-43907, 2021.

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n.125, p. 289-296, 2020.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36 (X):e00104120, 2020.

EDWARDS, C. H. *et al.* Influenza nos locais de trabalho: transmissão, adesão dos trabalhadores ao aconselhamento sobre licenças médicas e recomendações europeias de licenças médicas, *European Journal of Public Health*, Oxford, v. 26, n. 3, p. 478-485, 2016.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n.3, p. 300309, 2020.

FONSECA, R. M. G. S.; FORNARI, L. F.; LOURENÇO, R. G. Desafios da Atenção Básica no cuidado à população em tempo de pandemia. In: TEODÓSIO, S. S. S.; LEANDRO, S. S. (orgs.). *Enfermagem na atenção básica no contexto da Covid-19*. Brasília: Editora ABEn, 2020. p. 4-10.

GALLASCH, C. H. *et al.* Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de Covid-19. *Revista enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 49596, p. 1-6, 2020.

IPEA. Medidas de enfrentamento dos efeitos econômicos da pandemia Covid-19: panorama internacional e análise dos casos dos Estados Unidos, do Reino Unido e da Espanha. Texto para discussão. Brasília: IPEA, 2020.

JÚNIOR, B. S. S. *et al.* Pandemia do coronavírus: estratégias amenizadoras do estresse ocupacional em trabalhadores da saúde. *Enfermagem em Foco*, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 148-154, 2020.

KATSURAYAMA, M. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v.1, n. 4, p. 414-9, 2013.

LEONELLI, L. B. *et al.* Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 286-298, 2017.

LOCH, S. Desafios e estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.43, n. 6, p. 48-58, 2019.

LONGEN, W. C.; PEREIRA, D.; MATTIA JUNIOR, N. A dimensão humana do serviço de amarração da armadura de laje de concreto armado: contribuições da ergonomia. *Revista Eletrônica de Engenharia Civil*, Goiás, v. 12, n. 1, p. 54-60, 2016.

LUZ, D. C. R. P. *et al.* Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID -19: revisão sistemática com metanálise. *Nursing*, São Paulo, [S. l.], v. 24, n. 276, p. 5714-5725, 2021.

- MINAYO, G. C. M; COSTA, T. S. M. F. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 13, n. 2,21-32, 1997.
- MERHY, E.E. *Saúde: Cartografias do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
- SANTOS, K.O.B. et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n.12, p. 327-45, 2020.
- SANTOS, R. C. A. et al. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 3, n. 6, p. 350-359, 2016.
- SAVASSI, L. C. M. et al. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da Covid-19 sobre a Atenção Primária. *Journal of Management e Primary Health Care*, [S.l.] v. 12, n.38, 2020.
- SOUZA, L; GONÇALVES, A. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? *Journal of Nursing and Health*, [S. l.], ano 2020, v. 10, n. 4, p. 1-13, 24 abr. 2020.
- VITORINO, M. F. et al. Síndrome de burnout: conhecimento da equipe de enfermagem neonatal. *Revista Enfermagem UFPE*, Recife, v. 12, n. 9, p. 2308-2314, 2018.
- YUEN K. S. et al. SARS-COV-2 and COVID-19: The most important research questions. *Cell& Bioscience*, v. 10, n. 40, 2020. Disponível em: <https://cellandbioscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13578-020-00404-4>. Acesso em: jun. 2023.
- ZHANG, et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, [S. l.], v. 11, n. 306, p.1-9, 2020.

5.

Roleta dos Sentimentos: Estratégia de Educação em Saúde para o cuidado da população feminina no âmbito da Atenção Básica em Saúde

Maria Tatiane Alves da Silva

Valdecir Barbosa da Silva Júnior

Elaine Rufino Barbosa da Silva

Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Introdução

A OMS indica que um em cada quatro indivíduos apresenta algum transtorno mental ao longo da vida. Contudo, a distribuição dos transtornos mentais acentua as desigualdades de gênero, apresentando uma maior prevalência na população feminina. A ansiedade, depressão e transtorno de bipolaridade são marcados por uma alta incidência nas mulheres, podendo ter relação com alterações biológicas relacionadas com o período pré-menstrual, pós-parto e menopausa. Além disso, os determinantes socioeconômicos se encontram como fatores que podem potencializar a vulnerabilidade desse público, dessa forma, torna-se necessário a organização dos serviços de saúde de forma integral e equânime (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018; BRAGÉ *et al.*, 2020).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se caracteriza como uma das principais estratégias para o cuidado em saúde mental, tendo a ABS como importante estratégia para ampliar o acesso da população e coordenar

o cuidado em outros pontos da rede. Apesar de toda luta para implementar a RAPS, ainda predomina a lógica medicalizante na assistência aos indivíduos com transtornos mentais. Para garantir a integralidade do cuidado em saúde mental, é fundamental que se mude a forma de organização dos serviços e das práticas profissionais, destaca-se a importância da clínica ampliada e da interprofissionalidade (BRUNOZI *et al.*, 2019).

A ABS é constituída por um conjunto de ações e serviços, no nível individual e coletivo, buscando a promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças e agravos à saúde. Em relação aos dispositivos adotados neste nível de atenção, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e ABS. O processo de trabalho do NASF é compartilhado com a ESF, por meio de equipes multiprofissionais, sendo desenvolvidas reuniões de matriciamento, consultas individuais e compartilhadas, visitas domiciliares e atividades grupais. Além disso, baseia-se em princípios como os de integralidade, humanização, intersetorialidade e participação popular (BRASIL, 2014, 2017).

As práticas em grupos são consideradas um importante dispositivo de cuidado na ABS, sendo identificadas diversas modalidades de grupos, como: grupos terapêuticos, grupos de convivência, grupos motivacionais, grupo de mulheres e grupos operativos. Os grupos são fundamentados na educação em saúde, visando a autonomia e empoderamento dos usuários por meio da socialização, integração e troca de vivências. No contexto da população feminina, os grupos de mulheres organizam-se como um espaço de suporte e apoio entre as usuárias, buscando a escuta e o acolhimento. Além disso, se encontra como uma estratégia de promoção do vínculo entre o profissional e o usuário (BRASIL, 2014; NUNES JÚNIOR *et al.*, 2022; SANGIONI; PATIAS; PFITSCHER, 2020).

No que concerne a educação em saúde, as atividades visam a construção coletiva do conhecimento por meio da troca de saberes, sendo uma ferramenta do processo de trabalho da ABS e proporcionando uma melhor qualidade de vida para a população. A utilização de atividades lúdicas, por meio de jogos e brinquedos, se encontra como instrumento facilitador do processo de aprendizagem. Dessa

forma, os profissionais vêm adotando estes instrumentos nos diversos serviços de saúde, colaborando para o fortalecimento de um espaço social e cultural entre os indivíduos (FADEL; ALVES; FILLUS, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Neste cenário, a ABS se encontra como seguimento protagonista na realização das atividades de educação em saúde, buscando proporcionar o cuidado em saúde mental para população feminina e, conseqüentemente, garantindo uma melhor qualidade de vida. A construção de evidências científicas acerca de experiências exitosas se caracteriza como um dispositivo essencial para a transformação e qualificação do processo de trabalho.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi relatar o desenvolvimento de uma atividade de educação em saúde, denominada Roleta dos Sentimentos, em um grupo de mulheres no âmbito da ABS, a partir da perspectiva de profissionais residentes.

Aspectos teóricos e metodológicos

Trata-se de um relato de experiência acerca da realização da estratégia de educação em saúde denominada Roleta dos Sentimentos, na perspectiva dos residentes do Programa Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde com ênfase em Saúde da Família, vinculados ao CAV da UFPE.

O relato de experiência é produto vivo e dinâmico do processo de trabalho, caracterizado como um método que possibilita a identificação das potencialidades e fragilidades das atividades desenvolvidas, permitindo transformar e qualificar as práticas em saúde (CARNUT *et al.*, 2020).

A experiência foi desenvolvida durante o mês de fevereiro de 2020, no âmbito da ABS do município de Vitória de Santo Antão, localizado no estado de Pernambuco e com uma população estimada em 140.389 habitantes no ano de 2021 (IBGE, 2022). No período da experiência, o município era composto por 36 ESF, contando com o apoio clínico, sanitário e pedagógico de cinco equipes do NASF. Para a experiência foi elencada apenas equipe, localizada na área urbana do município e com uma população adscrita de, aproximadamente,

9.000 habitantes, dividida em microáreas e contando com a presença de duas equipes mínimas.

As equipes eram compostas por médicos, enfermeiras, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. O NASF de referência era constituído por uma equipe multiprofissional, composta por sete profissionais contratados das seguintes categorias profissionais: fisioterapia, nutrição, educação física, psicologia, fonoaudiologia e serviço social. Além disso, contava com cinco profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde com ênfase em Saúde da Família, das seguintes categorias profissionais: bacharelado em saúde coletiva, educação física, psicologia e nutrição.

A escolha da equipe foi motivada devido à existência de um grupo formado por mulheres, as quais foram o público-alvo da presente experiência. O grupo, denominado de Mulheres em Ação, foi construído no ano de 2018, para criar uma rede de apoio entre a população feminina do território. No período da experiência, o grupo era composto por cerca de 20 mulheres das diversas faixas etárias e os encontros eram realizados quinzenalmente. As temáticas desenvolvidas durante os encontros eram diversas, sendo identificada a necessidade por parte dos profissionais e/ou das próprias participantes.

Durante as reuniões de planejamento e avaliação das atividades realizadas pelo NASF, os profissionais indicaram a necessidade da adoção de uma estratégia para a discussão das emoções e sentimentos das participantes do grupo Mulheres em Ação. Os profissionais identificaram que a maioria das mulheres estava passando por momentos semelhantes, como situações de luto e solidão, dessa forma, sendo necessário trabalhar as emoções e sentimentos. Neste contexto, foi escolhida uma atividade de educação em saúde, denominada de Roleta dos Sentimentos, para proporcionar um espaço de troca de vivências e experiências.

A experiência teve como finalidade promover um espaço coletivo para trabalhar as emoções da população feminina do território, utilizando a estratégia de educação em saúde como um dispositivo capaz de proporcionar alternativas para lidar com os sentimentos e,

consequentemente, proporcionar uma melhor qualidade de vida. A adoção de estratégias de educação em saúde, baseadas em atividades lúdicas, são fundamentais para a troca de conhecimentos entre a população, onde a utilização de jogos se constitui como um processo de facilitação do processo de aprendizagem (FADEL; ALVES; FILLUS, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Segundo Silveira e outros (2017), o filósofo Paulo Freire é considerado o patrono da educação brasileira e foi fundamental para a estruturação teórica e prática da educação em saúde no país.

As estratégias de educação em saúde problematizadoras, proposta por Freire, oferecem reflexões acerca do processo de trabalho, indicando novos dispositivos para a produção do cuidado em saúde. Por meio da ressignificação das vivências e experiências, a educação em saúde estimula a autonomia dos usuários durante o seu próprio processo de saúde-doença, ofertando uma qualificação dos serviços de saúde existentes (NUNES JÚNIOR *et al.*, 2022).

Resultados e discussão

A figura 1 apresenta a Roleta dos Sentimentos, desenvolvida pelos profissionais de saúde do NASF, sendo composta pelos seguintes sentimentos: amor, medo, alegria, raiva, tristeza e gratidão.

Durante a atividade, cada mulher rodava a roleta e, no sentimento sorteado, ela compartilhava com o grupo uma vivência da sua vida que acreditava estar relacionada com este sentimento. A roleta foi rodada por todas as mulheres, sendo compartilhada e debatida a vivência com todos os participantes. Ao final, todo o grupo discutiu a importância da atividade e de compartilhar as emoções.

Segundo os residentes que desenvolveram a atividade, a troca de vivências e experiências proporcionou uma maior integração entre as participantes do grupo, fortalecendo os vínculos afetivos. Pela busca por uma mudança no fazer do cuidado em saúde, o SUS introduziu a integralidade como um dos princípios doutrinários, visando superar a prática curativista. A inserção de tecnologias leves, como o acolhimento e as dinâmicas de grupo, se caracteriza como uma estratégia fundamental para potencializar a

integralidade, uma vez que, baseia-se na escuta e na construção de vínculos (SANTOS *et al.*, 2019).

FIGURA 1 | Roleta dos Sentimentos



FONTE: acervo próprio, elaboração própria, 2020.

Em um estudo realizado com profissionais que atuavam na ABS, para identificar a perspectiva acerca do cuidado em saúde de mulheres no climatério, os autores identificaram a importância da utilização de instrumentos já existentes como os grupos. No entanto, os autores verificaram uma limitação, na prática da atenção integral para a população feminina, persistindo a existência de programas e ações verticalizadas. Sendo assim, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias para potencializar o vínculo entre as usuárias e os profissionais de saúde (CRUZ; FRUTUOSO, 2021).

O grupo Mulheres em Ação é composto por participantes das diversas faixas etárias, destacando as mulheres idosas. Durante a realização da Roleta dos Sentimentos, muitos relatos das vivências

estavam relacionados ao envelhecimento. Segundo Gato e outros (2018), o desenvolvimento de atividades visando o apoio psicossocial para população idosa se encontra como uma estratégia para o cuidado em saúde mental. No âmbito da ABS, os profissionais de saúde necessitam adotar dispositivos para superar o cuidado fragmentado, ultrapassando as ações verticalizadas e a medicalização em saúde.

Neste contexto, destaca-se a importância do fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental para o cuidado específico desta população. Contudo, devido a decisões do governo brasileira política, nota-se que a política vem passando por um processo de desmonte. As mudanças ocorridas na RAPS, como a redução do financiamento e incentivo a práticas biomédicas. Dessa forma, verifica-se a necessidade de adoção de estratégias para estimular a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental e da ABS (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Além da importância das estratégias de educação em saúde para a população, por meio da experiência, os residentes identificaram a necessidade da realização do fortalecimento dos processos de educação permanente com os profissionais de saúde. A educação permanente se caracteriza como um dispositivo educacional e político, buscando transformar as práticas em saúde e superar as lacunas da formação em saúde. Sendo assim, a oferta da estratégia em saúde apresenta a potencialidade qualificar o processo de trabalho ofertado e, conseqüentemente, a melhoria do sistema de saúde (DOLNY *et al.*, 2020).

Para finalizar o encontro, os profissionais de saúde realizaram uma avaliação do momento com as usuárias, identificadas as potencialidades e fragilidades da atividade desenvolvida. Dessa forma, o grupo identificou a necessidade de aprofundar alguns temas debatidos durante o encontro, como questões relacionadas ao envelhecimento, luto e violência contra as mulheres. Todas as sugestões que surgiram durante a avaliação foram encaminhadas para a reunião de planejamento e avaliação das atividades do NASF, buscando o desenvolvimento de estratégias futuras. E, por fim, foi realizada a “Dinâmica do Abraço”, visando reforçar e fortalecer o vínculo entre as participantes do grupo (figura 2).

FIGURA 2 | Grupo Mulheres em Ação. Vitória de Santo de Antão, 2020



FONTE: acervo próprio, 2020.

A dinâmica com um círculo entre os participantes consistia em repassar um objeto de mão em mão, enquanto uma música estivesse tocando. Quando a música era pausada, o facilitador da dinâmica indicava que o participante com o objeto deveria escolher outro componente do grupo para dar um tipo de abraço.

Os abraços foram os seguintes: abraço clássico (abraçam-se normalmente); abraço urso (bem apertado); abraço de costas (um participante abraça o outro pelas costas); abraço do fundo do coração (com carinho); abraço sanduíche (dois participantes se abraçam, enquanto um fica no meio); abraço toque extra (duas tapinhas nas costas); abraço relâmpago (abraço rápido); e abraço coletivo (todos juntos).

Em um estudo realizado com mulheres gestantes no estado do Ceará, os autores identificaram que os grupos interativos e as

estratégias de educação em saúde, baseadas na abordagem dialogada, foram essenciais para o suporte, interação e troca de experiências entre as mulheres.

Os grupos se caracterizaram com um espaço para a discussão de saberes populares e técnico-científico, incorporando uma sensação de pertencimento e, conseqüentemente, estimulando a autonomia da população feminina sobre sua saúde. Além disso, os grupos contribuem para o fortalecimento do vínculo usuário-profissional e para a qualidade da assistência à saúde prestada (ALVES *et al.*, 2019).

A presente experiência ressaltou a importância das práticas desenvolvidas na ABS para o cuidado em saúde da população feminina. Contudo, a atualização da Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria nº 2.436, vem facilitando a adoção de um modelo de atenção à saúde simplificada, sendo baseado em procedimentos individualizados e hierarquizados.

No momento, nota-se que a ABS está passando por um processo de desmonte, sendo ameaçada a existência de serviços, como os NASF. Neste contexto, torna-se fundamental a efetivação de políticas públicas que visem à integralidade das ações e serviços de saúde (CHRISTÓFARO, 2018).

Considerações finais

A Roleta dos Sentimentos se caracterizou como uma estratégia de educação em saúde, visando o cuidado em saúde para a população feminina, além de proporcionar um diálogo educativo-participativo entre as mulheres do grupo.

As relações humanas, por meio da troca de experiências e vivências, contribuíram para o fortalecimento do cuidado em saúde e, conseqüentemente, promovendo a saúde e prevenindo doenças. Dessa forma, a experiência se caracterizou como um instrumento fundamental para a melhoria do SUS, em especial, dos serviços e ações ofertados no âmbito da ABS.

Por meio da experiência, as mulheres conseguiram refletir sobre seus sentimentos e emoções. A utilização da roleta como estratégia de educação em saúde possibilitou uma maior interação e

socialização entre as participantes, fortalecendo a autonomia e empoderamento da população feminina no seu próprio processo de cuidado em saúde.

Neste contexto, espera-se que os serviços de saúde se apropriem desta experiência e continuem desenvolvendo atividades de educação em saúde semelhantes. Além disso, destaca-se a importância da produção de evidências científicas sobre experiências exitosas para o fortalecimento da ABS.

Referências

BRAGÉ, Émilly Giacomelli *et al.* Perfil de internações psiquiátricas femininas: uma análise crítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 3, p. 165-70, 2020.

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). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica nº 39*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRUNOZI, N. A. *et al.* Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na Atenção Básica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 40, e20190008, p. 1-8, 2019.

CARNUT, L. *et al.* Sistematização de experiências como método para elaborar a crítica política. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v. 8, n. 16, p. 01-19, abr. 2020.

CHRISTÓFARO, M. A. C. O desmonte da Atenção Básica e as repercussões na prática da Enfermeira. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 32, n. e28529, p. 1-6, 2018.

CRUZ, M. M. F.; FRUTUOSO, M. F. P. O olhar do profissional da Atenção Primária sobre o cuidado à mulher climatérica. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 25, n. e200644, p. 1-15, 2021.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R.W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-20, 2020.

DOLNY, L.L. *et al.* Educação permanente em saúde no processo de trabalho de equipes de saúde da família. *The Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 15-38, 2020.

FADEL, C.; ALVES, F.; FILLUS, T. Gincana intelectual: instrumento de ação extensionista para educação em saúde. *Revista em Extensão*, Manaus, v. 14, n. 1, p. 106-115, 2015.

GATO, J. M. *et al.* Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. *Avances em Enfermería*, Bogotá, v. 36, n. 3, p. 302-310, 2018.

IBGE. Brasil. Pernambuco. Vitória de Santo Antão. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/vitoria-de-santo-antao/panorama>. Acesso em: 11 de ago. 2022.

NUNES JÚNIOR, J.R. *et al.* O trabalho em equipe na implementação de um grupo na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, [S. l.], v. 35, p. 12, 2022.

OLIVEIRA, F. A. *et al.* Atividades de educação em saúde realizadas com grupo de idosas para promoção do autocuidado em saúde. *Extensio UFSC: Revista Eletrônica de Extensão*, Florianópolis, v. 15, n. 28, p. 137-150, 2018.

SANGIONI, L. A.; PATIAS, N. D.; PFITSCHER, M. A. Psicologia e Grupo Operativo na Atenção Básica em Saúde. *Revista da SPAGESP*, Sumaré, v. 21, n. 2, p. 23-40, 2020.

SANTOS, A. T. S. *et al.* Integralidade do cuidado na formação do enfermeiro: visões e vivências do acadêmico de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, Brasília, 2019; v. 10, n. 1, p. 122-126, 2019.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2543-2554, 2018.

SILVEIRA, E. A. A. *et al.* Uma experiência de educação em saúde entre acadêmicos de enfermagem e adolescentes do projeto PESCAR. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, Divinópolis, v. 7, 2017.

6.

Expressões artístico-culturais e o cuidado de si no cotidiano das juventudes

Yuri Henrique Rodrigues Damasceno

Ana Paula Lopes de Melo

Introdução

Na praça da Matriz, ponto de referência em lazer do município de Vitória de Santo Antão (PE), jovens são flagrados aglomerados enquanto encenam, coletivamente, uma coreografia de brega funk. A imagem poderia ser comum e passageira no contexto de um final de semana no referido local, se não fosse a pandemia de Covid-19, alertando para a necessidade de distanciamento social como forma de redução da propagação do vírus. Esse cenário não impediu os jovens de se reunirem, o que dividiu opiniões de internautas que se divertem e tecem críticas negativas, após a visualização de um vídeo que circulou nas redes sociais dos moradores do município, cujo conteúdo contém o registro deste episódio.

Essa situação aponta aspectos interessantes no campo da saúde, da juventude e da cultura. A população jovem, neste caso, desconsideram barreiras impostas pelos protocolos de saúde, possibilitando aglomeração mediada pela produção artística. O que há de interessante nisso, do ponto de vista da saúde? Este estudo parte do interesse pela população jovem, cuja presença é instável na atenção básica, em busca de cuidados primários, segundo Guibu e outros

(2017). Estariam os jovens de fato se cuidando? De que forma? O que a cultura tem a ver com isso? Diante dessas questões norteadoras, o presente trabalho visou estar imerso no cotidiano das juventudes, com atenção às práticas artístico-culturais na relação com o cuidado de si realizado por esta população.

Os estudos sobre juventudes compreendem que não existe um consenso sobre o conceito de jovem, havendo diferentes sentidos e nomeações (jovem, adolescente, jovem adulto, etc.) nos diversos documentos públicos e marcos políticos. No Estatuto da Juventude e na Política Nacional da Juventude, jovem é definido como sujeito que possui entre 15 a 29 anos; no Estatuto da Criança do Adolescente, o termo utilizado é de adolescente, circunscrito entre 12 e 18 anos; a OMS compreende adolescente entre 10 e 18 anos; a Organização das Nações Unidas (ONU) utiliza adolescente para pessoas de 15 a 24 anos, também usufruindo do termo jovem adulto para os que possuem de 20 a 24 anos; o Ministério da Saúde, nas políticas públicas, recorta jovem os que se encontram entre 10 a 24 anos (LIMA, 2017).

A questão etária tende a ser o marcador mais acentuado quando se pensa sobre juventude ou outras etapas geracionais. Entretanto, é preciso ampliar esse olhar, uma vez que o significado de juventude não se limita apenas a idade, mas também está atrelada às questões sociais, culturais, psicológicas, institucionais e de outros marcadores. Isto é, juventude não apenas é um recorte etário, mas passa a ser um estilo de vida, com expressões comportamentais e significados dinâmicos construídos e atualizados nos espaços e temporalidades diversas ao longo da história. Trata-se de experiências com múltiplas expressões e possibilidades, cujo reducionismo ou generalização não cabem. Juventudes, no plural, é a utilização mais justa do termo, nesse sentido (PERALVA, 2007; SILVA; SILVA, 2011).

Aspectos teóricos e metodológicos

Aqui adotou-se, como noção teórica, o conceito de culturas juvenis. Nesta perspectiva, há superação de entendimentos exclusivamente etários, dando lugar à caracterização social, cultural e coletiva do que é ser jovem. Portanto, as práticas artísticas e culturais

participam do processo de socialização, formação de identidades e estilos das juventudes, possibilitando agrupamentos com base em semelhanças e expressões. A fruição e produção cultural funcionam como lazer, mas, além disso, permitem participação social e, conseqüentemente, intervenção juvenil na sociedade, como afirma Tommasi (2017).

Nos estudos desta autora, a juventude é uma construção social cuja fórmula apresenta características de transição (entre a infância e fase adulta), moratória e sem consenso de delimitação etária. Ao pensar as juventudes a partir da noção de culturas juvenis, atenta-se aos estilos, tribos, subculturas, contraculturas, conceitos que sofreram transformações ao longo dos estudos, mas que serviram para chamar atenção às expressões, combinações culturais e contra-hegemônicas protagonizadas pelas juventudes em diferentes tempos históricos e movimentos culturais, como nas reivindicações por liberdade do *Rock 'in' Roll*, na revolta do movimento Punk, as denúncias do Hip Hop, o Funk periférico, as alterações de consciência pelas raves e música techno, etc.

É nessa direção que é preciso pensar a juventude em termos sociais, visuais e expressivos. Dayrell (2007) afirma que esta população é vista de modo romântico, associada à vivência de prazer, exotismo e liberdade, mas cuja fase também é atrelada à dificuldade e às crises. Há, nesta etapa, mudanças operadas no corpo, nos afetos e nas relações sociais, que geram mecanismos simbólicos, como adoção de determinadas formas de se vestir, circulação urbana em bandos e a apreciação pela cena noturna.

Campos (2010) afirma que a população jovem, mesmo que, ora servindo como modelo, ora como antimodelo, é de grande interesse social, do ponto de vista visual e midiático. O vínculo entre a construção identitária e a representação visual delinea a construção social que se tem das juventudes. Não se trata de algo estático, especialmente na contemporaneidade, marcada por fluxos e pela dimensão volátil, portanto inconstante. De qualquer modo, entende-se que as juventudes no geral possuem lugar de destaque na formação cultural visual contemporânea, por meio dos usos e consumos de produções, imagens e objetos.

Nesse sentido que os jovens se tornam símbolos reinventados pela estética, ideologia e lógica comercial, com influência na linguagem, no corpo e na encenação. A estetização deste universo juvenil possui expressões corporais, estilo, musicalidade e poesia como manifestações, de modo que a arte e cultura apresentam relações íntimas com as expressões juvenis.

Contrariando as tradições clássicas, a arte na contemporaneidade supera o ideal de belo e original anteriormente imposto. Para Martins (2001), é esperado tradicionalmente que a arte cumpra seu papel de retrato do mundo, o que significa que o que está sendo criado e registrado precisa estar coerente com o mundo em sua estrutura, a exemplo de uma pintura tão semelhante e tão real quanto o objeto-modelo. A mudança que ocorreu com o passar do tempo se deu pela importância dada ao conhecimento histórico, à relação entre objetividade e subjetividade e o modo particular de ser e estar no mundo. Assim, há um declínio das tradições e a chegada de uma era de interrogações, possibilitando ampliações e expressões das múltiplas perspectivas, fugindo de enrijecimentos e amarrações.

A arte e a cultura possibilitam uma gama de experiências, alimentando olhares, percepções, reflexões e perspectivas. Isso inclui a relação com a saúde, visto que criações artísticas têm funcionado como ferramentas privilegiadas de produção de saúde atualmente.

Lima e outros (2015) afirmam que concepções propostas pela Reforma Sanitária a respeito dos cuidados em saúde proporcionaram exercícios estéticos e articulação com as artes, no intuito de inventar novas formas de vida.

As práticas artísticas e corporais, de acordo com Liberman e outros (2017), abrem para sensibilidade e afetação, convertendo-se em imagens, palavras, gestos e modos de existência. Esta vivência gera o cuidado de si, perspectiva proposta pelo autor Michel Foucault, em que o sujeito acessa conhecimentos que provocam transformações contínuas de si, elaborando estéticas de existência, modos de ser e conduzir, com ações e práticas de si, realizados em sociedade e nos agrupamentos.

Trata-se de um processo que não é isolado, mas relacional, coletivo. O cuidado de si proporciona criações de mundo, com abertura

para novos pensamentos, novas ações, sensibilidades e imersões em campos de experiências. Em resumo, os processos criativos por via da arte, cultura e expressões de ordem corporal realizam deslocamentos, emoções, problematizações e sensações que abrem para outras possibilidades de vida.

No campo das políticas públicas da saúde, o sentido de juventude tem sido no geral reduzido exclusivamente aos riscos e vulnerabilidades, propondo práticas assistencialistas com intervenção nas problemáticas. Diba e d'Oliveira (2015) em "Teatro e comunidade, juventude e apoio social: atores da promoção da saúde" fazem um paralelo bem interessante com relação à arte e cultura, que percebe o jovem de forma diferenciada, sujeito com direitos e deveres, visando o empoderamento e possibilitando a prática de promoção da saúde.

Nesse sentido, o paralelo aponta para a arte que percebe o jovem como alguém com altas potencialidades, contrapondo às políticas que tendem a vê-los associados ao alto risco.

As expressões artístico-culturais são práticas potentes de cuidado em saúde porque possibilitam acontecimentos, mudanças e ampliam formas de ser e estar no mundo. Sendo as culturas juvenis protagonistas na fabricação de movimentos culturais, questiona-se o que pode aparecer no repertório juvenil a partir das interações com a arte e cultura, no que se refere a afetações, acontecimentos e transformações nos diversos modos de vida, isto é, nas práticas de cuidado de si.

Trata-se de uma pesquisa exploratória e participativa, de caráter etnográfico, típica das ciências sociais e humanas em saúde, tendo em vista que o interesse deste estudo é o cotidiano de jovens em que se operacionalizam formas de cuidado, por meio das expressões artístico-culturais.

Minayo (2012) afirma que o processo da pesquisa qualitativa pode ser sintetizado em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar. O pesquisador precisa se indagar sobre a realidade, desenvolvendo seu olhar crítico, e possibilitar imersões nas vivências do objeto de pesquisa. O mundo da experiência vivida é o palco da pesquisa qualitativa.

A perspectiva metodológica norteadora foi a cartografia, baseada nas ideias dos filósofos Gilles Deleuze e Félix Guatarri. Romagnoli (2009) afirma que o método cartográfico surgiu como paradigma emergente no meio científico contemporâneo, que tem se transformado a partir da superação da neutralidade, do essencialismo e do foco na racionalidade, dando lugar a pluralidade metodológica, ao não-dualismo, aos conhecimentos postos em perspectiva e à transformação do campo prático.

É nesse sentido que a autora descreve o olhar cartográfico como método que compreende a realidade como território complexo, preenchido por relações, marcas, afetos, encontros e agenciamentos, que precisam ser percebidos durante a aproximação do pesquisador ao objeto estudado. Nessa direção, o pesquisador precisa se perceber como parte desse território existencial, se articulando com o campo e deixando aparecer o que resulta do encontro entre as subjetividades, permitindo ser afetado.

A aplicação do método cartográfico na área da saúde tem como compromisso o registro da complexa configuração presente no funcionamento do processo saúde-doença-intervenção, que se constitui por linhas de força que se entrecruzam, como as de vínculo profissional-usuário, o saber, as práticas clínicas, as tecnologias, a vida e a morte.

Desse modo, pretende-se identificar o agenciamento dos fenômenos em saúde gera desdobramentos diversos, que configuram novas práticas, discursos e dispositivos. Cartografar esse universo é poder tornar visível e dizível estas forças em seus processos contínuos (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

Diante disso, realizou-se uma cartografia dos afetos gerados a partir da aproximação com as fronteiras entre saúde e cultura, tecida por experiências juvenis. A partir do espaço e tempo em que este estudo foi gerado, cartografaram-se os processos de subjetivação de jovens, demarcados por rupturas, cruzamentos e arranjos presentes na relação da produção de cuidado para si com as práticas artístico-culturais do cotidiano.

A coleta de dados aconteceu na aproximação com o cotidiano da juventude que reside no município de Vitória de Santo Antão, em Pernambuco. As praças dos bairros do Livramento e da Bela Vista

foram cenário das entrevistas, que ocorreram entre os meses de dezembro de 2021 e janeiro de 2022. Durante os encontros, conversamos sobre os seus grupos, os encontros com a arte e cultura, as formas de cuidado e as compreensões sobre práticas juvenis. Esses assuntos se articularam em conversas fluidas, de escuta atenta e construção conjunta de sentido, com três participantes, vinculados a dois grupos de jovens artistas.

Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas, em que, a partir de uma conversa não-diretiva, com escuta qualificada, se possibilitou a construção conjunta da experiência, abertura de sentidos e a busca pela pluralidade de vozes e dizeres (TEDESCO *et al.*, 2013).

Esse diálogo permitiu a imersão nas vivências dos jovens, refletindo como sua relação com a arte e cultura significa cuidado de si. Como o cotidiano das juventudes na cultura e na saúde foram interesses desta pesquisa, o acesso à população-alvo se deu por diagnóstico de organização coletiva juvenil no território, a partir de diálogos com profissionais residentes e não-residentes, além de outras parcerias.

É importante considerar que todos os protocolos de saúde no combate à pandemia do Covid-19 foram respeitados. A realização da presente pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução n.º 466/2012 e n.º 510/2016 do CNS. Todo o estudo foi feito com transparência, apontando o intuito, riscos e benefícios, a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética (CAAE: 50289021.2.0000.9430).

Tratando-se de um estudo de interesse pela experiência de vida, foi preciso olhar atento e diálogos frequentes nos territórios de vivência, aqueles de ordem profissional ou não. Desse modo, foi possível o encontro com os grupos de teatro e dança.

Resultados e discussão

O primeiro foi um grupo de teatro de rua cuja formação inicial aconteceu com intuito de realizar estudos e formações no campo do teatro e apresentação. Essa proposta logo se transformou em chama para produção de algo maior.

Os membros perduraram encontros com passagens nos textos de William Shakespeare, que culminou na realização de “Romeu e Julieta” em praça pública e incorporando personagens ligados as produções do cinema.

O grupo de dança se reúne frequentemente, no intuito de promover o conhecimento na arte da dança para quem deseja ingressar em espetáculos. No histórico de suas apresentações, feitas em espaços acadêmicos e de competições, estão apresentações como “Grease – Nos Tempos da Brilhantina” e “Glee – em Busca da Fama”, baseadas nas produções estadunidenses de gênero musical. Uma ou duas vezes no ano realizam espetáculos, por meio da encenação e dança. Na agenda do ano de desenvolvimento dessa pesquisa, estavam trabalhando com peça “Lisbela e o Prisioneiro”.

Os coletivos se originaram a partir de encontros majoritariamente compostos por adolescentes e jovens no município de Vitória de Santo Antão. As performances nas ruas, espetáculos e festivais tornaram os grupos, de certa maneira, influentes em espaços de sociabilidade e fruição cultural. Foi possível, assim, conhecer e dialogar com três jovens vinculados aos grupos em questão. Agá, Suzy e Lian são os nomes fictícios atribuídos aos participantes, personagens fundamentais para a finalização do estudo. Agá e Suzy compõem o grupo de teatro, enquanto Lian faz parte da equipe de dança.

Os diálogos sobre a relação entre os modos de cuidado e os encontros com a arte e cultura, na vida destes jovens, propiciaram a elaboração de três eixos temáticos: a) a arte e cultura como linguagens que potencializam as juventudes para o cuidado de si; b) articulação dos serviços e das ações em saúde com a arte e cultura como forma de se comunicarem com as juventudes; e c) arte, cultura e cuidado alinhados à educação para possibilitar encontros com as juventudes e seus códigos.

A arte e cultura como linguagens que potencializam o cuidado de si “O cuidado de si é certamente o conhecimento de si”, disse Foucault (2004, p. 269). Esta concepção recupera a tradição antiga, segundo

o autor, em que se estabelecia uma ética de prática de liberdade baseada no cuidado de si. Isto é, a ética é maneira de ser, conduzir.

Cuidar de si, na perspectiva foucaultiana, é se munir de verdade, sendo a ética algo que se liga ao jogo de verdades, às regras de conduta, prescrições e relações de poder. É preciso um trabalho de si sobre si, para estabelecimento da liberdade.

O autor Bruno Galvão, em “A ética, em Foucault: do cuidado de si à estética da existência, recupera essas noções”, considera que o sujeito esquece de cuidar de si, tendo sua consciência localizada externamente, se apropriando de modelos de verdades padronizados e normativas sobre sua condição, que gera confusão ontológica, identitária (GALVÃO, 2014).

A contraproposta seria uma postura ética, de direcionamento para reflexão de si, visando (re)invenção e (re)elaboração da própria vida. Tal ato confere regras de existência distintas dos padrões e normas ditadas nas relações sociais.

É sobre esculpir uma obra de si pela ótica da arte, e não mercadológica. Arte é sobre fazer aparecer, mostrar, iluminar. Trata-se de criar um modo originário de existência, a partir do trabalho de si. A postura ética, com prática de cuidado de si, objetiva assim uma estética de existência (GALVÃO, 2014). Essa analogia com a arte é de extremo interesse neste trabalho, visto que, por meio das expressões artístico-culturais, foi possível desenvolver em jovens, maior noção de si.

“[...] Eu acho que eu pratico o cuidado comigo mesmo enquanto eu consigo me narrar, constatou Agá, ao falar das experiências que vivência no grupo de teatro, lhes conferindo o patamar de cuidado, a partir da narrativa. Narrativa esta que, no seu entendimento, nem sempre vem contar o que é belo. Ele diz: eu tinha uma relação que na medida que eu mergulhava, que eu mergulho no processo criativo, tem descobertas, assim, que não necessariamente elas recaem no mais bonito de si.

A experiência é semelhante para Suzy, que compõe o mesmo grupo de teatro. Ela afirma que a prática artística lhe possibilitou uma reapropriação de sua vida. Diz ela:

(...) Porque eu sei me expressar, porque eu sei falar, porque eu sei andar. Como eu sei sentir é devido ao teatro. Eu reaprendi a viver e a estar no mundo. Assim, a me respeitar, respeitar o meu lugar no mundo, a entender que o que eu falo é importante, que eu tenho fala. A entender tudo isso.

A experiência do teatro, para Agá e Suzy, conferiu maior aproximação, descoberta e mesmo reapropriações de si. Esta prática dialoga com a noção de cuidado de si, na medida que gera autocohecimento. Para Agá

[...] Cuidado é sobre entender o que está acontecendo. Quem cuida entende o que está acontecendo minimamente. Dar repertório para a dramática pessoal é criar o próprio mundo, ficar amigo da própria linguagem. Atribui como movimento do próprio teatro: trazer para a consciência.

Pensando melhor sobre esse encontro consigo por meio do teatro, Suzy diz que

[...] É clichê falar dessa forma – ah!, me encontrei!. É melhor definir assim: me encontrei em possibilidade, em potência, sabe?! O que eu posso ser, do que eu posso fazer e tipo, como eu posso olhar para o mundo também, com mais sensibilidade

Assim como Agá, ela não compreende como algo sempre belo, pois envolve dor, mas que a prática de imersão em si envolve o encontro e entendimento dessas vulnerabilidades.

[...] Sabe quando você está presente no seu corpo, como eu vou cuidar de uma ferida se eu me nego a sentir a ferida?"

Lian dança *breakdance*, popularmente conhecida como “dança de rua”. O encontro com esta prática artística aconteceu na escola, durante o ensino fundamental, ao ver um conhecido realizando os passos característicos da cultura break. “*Aí eu me interessei, ele fazia com dificuldade o movimento e quando eu fui fazer eu fiz com uma facilidade enorme, entendeu?*”

[...] aí tipo, ali eu já vi que eu me encontrei em alguma coisa, que até então eu não tinha me encontrado em nada, né?! Aí eu comecei a querer me aproximar daquelas pessoas, daqueles meninos que dançavam e tal.

Para o jovem dançarino, o encontro com a prática artístico-cultural possibilitou a entrada em um novo mundo. Potencializou-se para o encontro consigo. Afirma que, pelas exigências da vida de jovem-adulto, distanciou-se da prática de dança, o que lhe conferiu mal-estar pela ausência da dança na sua rotina foi lhe adoecendo. Perguntado o porquê da angústia, ele responde:

[...] Porque a arte é, traz um prazer para pessoa, né?! É, então eu passei um bom tempo só trabalho e casa, trabalho e casa e chegou um momento na qual eu estava saturado, chegou um momento na qual eu estava: eu preciso fazer algo. Eu estava endoidando, eu estava endoidando.

Os encontros cotidianos com a dança lhe conferem uma estética de existência que subverte a lógica mercadológica, referida anteriormente. Ele possibilita uma vida que suspende o automático, abrindo espaço para a arte.

Durante os diálogos, o corpo apareceu como território de transformações diversas. Bolsoni (2012) lembra que a subjetividade acontece no corpo. Cuidado de si é, portanto, cuidado do corpo. Por meio disso, se acessa o sujeito. É preciso ocupar-se com o próprio corpo, percebendo os processos de poder e instrumentalização enraizados. O corpo é dominado, visto como um conjunto de órgãos e a serviço de ditames. Nesse sentido, uma saída possível de cuidado com o corpo é por meio da educação, formação de corporeidade significativa, valorizando a autenticidade.

O teatro e a dança, para Agá, Suzy e Lian, possibilitam esse cuidado de si operado no corpo. Agá, se referindo às transformações corporais pelo teatro, diz:

[...] a mudança é radical. Assim, a percepção que passei a ter do corpo depois que comecei a entrar no universo, especialmente do teatro. Teatro é corpo, né?!

Semelhante faz Suzy, que diz ter aprendido a respirar pelo teatro. Nessa lógica, ela atrela malefícios à saúde gerados por meio da relação disfuncional com o corpo:

[...] eu percebi o quanto a minha ansiedade estava ligada ao que eu não respirava. Eu estava com um monte de pensamento e eu estava

prendendo, assim. E aí, o ritmo inicial do teatro é sentir os pés no chão e se olhar e respirar.

Lian alerta que aconteceram mudanças de ordem corporal:

[...] então, mudou com meu lado pessoal e físico também, porque, querendo ou não, o breakdance exige muita força, muita resistência. Desde quando eu comecei, moldou meu físico.

Os exercícios físicos são cuidados com o corpo com reflexos no cuidado de si (BOLSONI, 2012, p. 15), desde que não sejam meras repetições. Como demonstrado, a relação que Lian estabelece com a sua dança vai muito além de repetições. E apesar de fazer um movimento de divisão de si (pessoal e físico), a influência é mútua.

A perspectiva foucaultiana de cuidado de si (BOLSONI, 2012; FOUCAULT, 2004; GALVÃO, 2014) traz uma marca muito importante no contexto desse (auto)cuidado. Voltar para si mesmo não pode ser entendido como mero narcisismo ou egoísmo, porque se trata de um duplo-retorno. Ou seja, voltar para si para voltar para o outro, implicando na relação social. A relação com o outro está vinculada ao desenvolvimento do cuidado de si, por isso é eticamente necessário colocar o cuidado de si antes do cuidado com o outro, visto que este retorno é consequência.

Durante os diálogos, foi possível perceber a transformação social causada pela via do cuidado de si. Lian caracteriza seu período anterior ao conhecimento da dança da seguinte forma:

[...] antes eu era uma pessoa muito privada, muito tímida e comecei a ser uma pessoa mais sociável, chegava, fazia amizade mais fácil. E assim foi seguindo (Lian).

O vínculo coletivo é intenso, de modo que não se sentiu nada bem se afastando dos ensaios do grupo de dança durante o primeiro ano da pandemia de Covid-19:

[...] eu fiquei agoniado. Porque querendo ou não a energia, né, das pessoas ao redor que me motiva também, né?! Assim, precisava de inspiração e inspiração em quatro paredes todo dia não dá, está ligado?! (Lian).

O teatro para Agá e Suzy tem impacto direto na relação com o mundo e no entendimento sobre a disposição dos corpos na interação social.

[...] porque traz uma nova relação com o outro, traz uma nova relação com o olhar. Assim, quando é que eu estou olhando, quando é que eu fujo do olhar, analisa Agá. E ela declara: como eu posso olhar para o outro, né?! Porque encontro é relação. E se eu não consigo me relacionar com as pessoas que estão comigo, eu não consigo senti-las.

Nota-se que a arte e cultura, mesmo dispostas para o cuidado de si mesmo, têm impacto na relação com o outro. Por isso, podemos constatar as expressões artístico-culturais – teatro, dança e outras que possibilitam reinvenções do corpo e dos afetos – como linguagens que dialogam com as juventudes potencializando para o cuidado de si.

Nesse primeiro eixo temático, vale lembrar ainda que, para isso, as juventudes precisam se permitir o cuidado. Como diz Suzy:

[...] eu acho que essa coisa da juventude de não olhar para si é como se a juventude tivesse uma energia, assim, de ser imbatível. Parece que somos imbatíveis.

A articulação dos serviços de saúde com a arte e cultura

O Sistema Único de Saúde (SUS) é institucionalizado como uma política de saúde de princípio universalizante com realização integrada de ações preventivas e assistenciais (BRASIL, 1990).

Possui a ABS como porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na Rede de Atenção à Saúde, sendo a Saúde da Família a estratégia prioritária para sua expansão e consolidação (BRASIL, 2012). Assim, o referido sistema atua no campo da saúde pública envolvendo ações de promoção do cuidado e prevenção de agravos, a partir de práticas que vão do individual até o familiar e coletivo.

Nesse sentido, cabe aos serviços e ações em saúde pública oferecerem cuidados a toda população. Este estudo, entretanto, parte do incômodo de perceber que, no cotidiano de atuação nestes

equipamentos de saúde, a população jovem não aparece com frequência, o que torna preocupante a condição de vida, saúde e doença deste grupo populacional.

Ayres e outros (2012) atribuem como responsabilidade da ABS a efetiva prática da integralidade, bem como a necessidade de se acessar comunidades a partir de práticas preventivas. Refletindo sobre a relação dos serviços primários com adolescentes e jovens, os autores compreendem que pontes intersetoriais, compreensão integral dos marcadores sociais, práticas interativas e formas amplas de organização dos serviços são algumas propostas para melhor efetivação dos serviços com esse público.

Sexualidade, questões pedagógicas, fatores socioeconômicos e situações de violência são algumas necessidades gritantes das juventudes, que precisam se tornar pautas nas ações em saúde pública.

Durante as entrevistas, a discussão sobre como os serviços e ações no campo da saúde pública podem se tornar espaços mais frequentados por jovens permitiu o aparecimento de algumas possíveis constatações. A entrevistada Suzy é mãe de uma criança.

Para ela, ir ao posto de saúde pelas próprias necessidades não parece ser convincente, ou atraente o suficiente, apenas quando se trata da filha:

[...] se tiver que ir tantas vezes no SUS para ela eu vou, para mim eu fui duas vezes e aí eu fiz 'aí, eu vou esperar só mais um pouquinho, deixa eu ver se eu consigo um dinheiro para. E para ela não, eu fui quantas vezes foi preciso.

Há desconhecimento da rede pelos jovens, como afirma Lian, se referindo à Unidade de Saúde da Família (USF), o serviço de cuidados primários do seu bairro:

"[...] eu acho que muitos jovens não sabem, como eu, o que tem de fato ali. Eu sei que tem, eu não sabia, até então, que tinha dentista no posto de saúde.

A fala do jovem dançarino indica pouca intimidade com o posto de saúde de sua comunidade e uma percepção de que os jovens de seu bairro vivenciam experiência parecida.

É nesse ponto que a fala de Agá toca, ao mencionar forças físicas e simbólicas presentes nos serviços de saúde:

[...] então, é um espaço que sem perceber, percebendo com muita clareza, ele dá muita força às hierarquias sociais, culturais. Isso, eu não tenho tesão nenhum em está num lugar que marque muito bem esses lugares. É, eu acho que talvez espaços terapêuticos com a proposta enviesada pela arte talvez comece a ganhar nesse sentido, mais protagonismo, não é, assim, num espaço que é... que não necessariamente a pessoa vai chegar lá e vai tomar um comprimido que a pessoa que não olhou para sua cara ou uma escuta muito pobre, uma escuta horrível. Não! Vai chegar num espaço mais aberto, mais colorido, é, com gente feito a gente, assim, com horizontalidade, com abertura, com desejo de está com o outro.

Sua colocação é interessante por constatar que espaços dito terapêuticos, transversalizados pela arte, podem ser mais protagonizados que as instituições de longa tradição biomédica. O incômodo é resultado da disposição arquitetônica e dos lugares sociais ocupados.

As experiências da médica Nise da Silveira, em meados de 1940, na luta contra formas tradicionais – e violentas – de técnicas psiquiátricas levaram à criação de ateliês de pinturas e modelagens como espaços de cuidados com a saúde mental, potentes para construções simbólicas, abertura a criatividade e retorno da humanidade a usuários com transtornos mentais graves.

Oliveira (2011) afirma que a antipsiquiatria, na reação aos modelos hegemônicos de terapia, e a contracultura, movimentos juvenis de negação à manutenção do poder, se encontraram para denúncia da fabricação da loucura e da marginalização das minorias.

Isto é, ambas as perspectivas progressistas em questão recusaram a cultura dominante, o totalitarismo, a opressão e a miséria social destinados aos “loucos”. Compreendem a loucura como construída por relações de poder e práticas discursivas. Apresentam fatores sociais como determinantes do adoecimento humano, exigindo aproximação com repertórios socioculturais dos sujeitos para propostas de cuidado.

A linguagem artística é capaz de provocar mudanças no ser humano, nessa perspectiva; por isso, podem servir como instrumentos terapêuticos, transcendendo às normas no campo da saúde:

[...] é, porque talvez esse espaço institucionalizado não esteja dando conta, ele não dá mais conta. Ou a gente faz uma reforma hospitalar, pererê pororó, muda esse espaço, vira ao avesso, pinta essas porra toda (Agá).

O desconhecimento da rede de saúde pelos jovens, somada à necessidade de resolutividade dos cuidados primários por meio de práticas preventivas para esta população, torna urgente meios que viabilizem cuidados aos jovens. Até aqui, podemos demonstrar a arte e cultura como potenciais cuidados que se comunicam com os repertórios juvenis, evidenciando linguagem, corpo e criatividade. O que torna tentadora a proposta de um serviço de saúde estruturado que considera aspectos simbólicos permeados de arte e cultura.

Outro exemplo pode ser expresso na fala de Suzy, ao ser perguntada sobre a possibilidade de cuidados por meio da arte, eis que ela responde com entusiasmo a respeito da sua saúde sexual:

[...] com certeza! Eu acho que é possível se sentir, é possível se saber, é possível... quando você entende seus limites, sabe?! Eu passei muito tempo sem ter coragem de dizer para um homem que eu queria colocar camisinha, sabe?! E agora, tipo, isso é a primeira questão.

Como dito, a sexualidade é uma das necessidades mais frequentes da população jovem, que, nessa perspectiva, encontra bons resultados quando articulada com a vivência artístico-cultural.

Por um caminho curioso percorreu Lian. Compreende como a dança transformou sua vida e seu lugar social, mas diz que não é qualquer arte e cultura que atrai as juventudes:

[...] eu acho que poderia atrair, mas, tem que pensar em qual vai ser a abordagem. Esse é o problema, qual é a abordagem. Porque, assim, a dança de rua ainda, querendo ou não, ela é muito discriminada ainda, ele confessa. O que conduz ao terceiro e último eixo temático deste estudo.

Arte, cultura e cuidado alinhados à educação em encontros com as juventudes

Durante as entrevistas, uma opinião atravessava os três jovens: a cidade de Vitória de Santo Antão não é favorável à arte e à cultura. Comentam sobre a falta de oportunidades, o conservadorismo e a discriminação cultural presentes nos espaços, nas relações e nos modos de ser:

[...] é um lugar de muito exposição, assim. Você colocar seu corpo, a sua imagem, é, numa cidade pequena, conservadora, de maioria protestante, é um nicho familiar muito forte aqui na cidade. Cada esquina da cidade sabem um pouco sobre você. E aí, tem essa coisa da exposição também, não é?! Que foi um desafio. Eu não diria que foi reconfortante (Ága).

Essa fala revela que Agá, a partir do momento em que optou por viver o teatro. Não foi uma decisão fácil, mesmo lhe trazendo benefícios. Suzy diz que nasceu em família evangélica, o que lhe rendeu algumas restrições:

[...] eu não podia dançar, eu não podia fazer teatro, eu não podia nada! (...) Não podia nem me vestir, sabe?! Eu estava na arte, eu tocava violão na banda da igreja. Então, a arte ela me puxou, mesmo não sendo a que eu tinha escolhido de começo, mas, de alguma outra forma eu achei um novo caminho dentro daquele mundo pequeno, né?! Só pode música, então vai ser música”.

Apesar do conservadorismo ter lhe gerado algumas limitações, a igreja também parece ser este lugar de possibilidade de experiências artísticas. Aparentemente, a arte e a cultura podem ser vivências possíveis dentro da matriz religiosa, mas com determinadas condições. Na perspectiva da jovem, a música era negociada, mas a dança não.

A relação entre o conservadorismo e a produção artística, segundo Oliveira (2021), tem sido cada vez mais acirrada. Para o autor, a onda conservadora tem crescido no mundo todo, gerando perseguições diversas a artistas e às produções, com alegações de que as expressões causam insultos ao sagrado, propagandas contra o estado e disseminação de depravações.

A censura cultural é fruto de intenções reguladoras, controle de discursos e de práticas. A arte opera a serviço da liberdade de pensamento e do corpo, o que gera inovações consideradas imprudentes para a perspectiva conservadora.

Práticas artístico-culturais são recorrentemente vistas como ameaçadoras para a ordem social, por acionarem utopias ou modos de vida que não estão alinhados à lógica produtivista.

Lian faz um relato sobre como a sua dança de rua lhe gerou experiências de repressão na cidade:

[...] muitas pessoas passavam por aqui e ficavam olhando a gente como marginal, está ligado?! Ficavam olhando assim: ‘olha aí, não tem nada pra fazer da vida esses maloqueiros, num sei o que, se jogando no chão. A gente escutou muito, muitos mesmo por aqui. Mas, a gente nunca ligava, continuava. Já fui muito humilhado aqui, mas, a gente nem ligou, continuou, continuou, continuou e hoje está mais de boa.

É interessante perceber como Lian foi tocado e transformado pelo *breakdance*, percebendo os benefícios trazidos à sua saúde e expressão corporal. Entretanto, ao longo da nossa conversa, pontuou algo de extrema importância: a discriminação cultural impediria os processos de cuidado de si gerados pela arte.

A perseguição que sofreu por levar sua dança à praça pública lhe fez entender que a cultura, por mais potente que seja, é alvo de julgamentos e humilhações sociais dos olhares reguladores. Dialogamos sobre como mudar esse cenário, a resposta vem sem pestanejar: o caminho é pela educação.

“*Quem pode trazer a cultura para as vidas dos jovens é as escolas municipais*”, avisa Lian. Suzy diz o mesmo, reflete sobre como seria transformadora uma proposta pedagógica estruturada para o estímulo às vivências com arte e cultura.

[...] imagina se toda escola tivesse um professor de teatro, sabe (...)?! Pudessem ter o seu próprio grupo de teatro, isso seria importante para a própria comunidade também se aproximar dessas artes. Se todo bairro tivesse grupos de teatros se apresentando, grupos de dança, sabe, professores de dança. Nossa! Seria maravilhoso.

As portas que a educação básica pode abrir possibilitam também o caminho até a cultura, que leva ao encontro com a potência do cuidado pela arte desde cedo, bem como o fim da discriminação cultural, a derrubada dos estereótipos. Para os jovens, a juventude não se abre a todas as artes pelo preconceito. A marginalidade e a feminilidade, por exemplo, são estereótipos associados às expressões artístico-culturais, que afastam, dificultando a imersão nesse campo.

As experiências de alianças entre arte e educação com adolescentes e jovens, exemplificadas por Farre e outros (2017) e Lopes e outros (2011), demonstram bons resultados para o efeito oposto: a arte afasta a marginalização, não estimula.

A conscientização, o empoderamento e a participação social foram competências desenvolvidas a partir de oficinas de atividades que utilizam de dança, audiovisual e outras artes visuais e corporais.

A autodeterminação, o senso crítico e a indagação são características importantes de serem desenvolvidas em espaços de saúde e educação, tendo a arte e a cultura como ferramentas de contribuição para estas facilitações pedagógicas e de cuidado.

Lian, em seu antigo colégio, percebeu essa mudança de perto. Disse:

[...] trouxeram instrumentos musicais para cá e formaram a banda marcial para aqui, aqui do grupo da Bela Vista, eu vi vários meninos daquele tempo que vivia bagunçando, que vivia quebrando cadeira e tal, vandalizando, eu comecei a ver eles focando na música, e aí, parando de fazer o que fazia antes, né?! Em vez de está, tipo, muitas vezes eu os pegava à tarde mesmo treinando na flauta, no trompete, focavam em se reunir para aprender a tocar cadências. Mas, eu acredito nisso, que em relação a cultura a cidade está muito fraca.

Para ele, o investimento artístico pode delinear caminhos para as adolescências e juventudes, mas o cenário atual ainda é desesperançoso.

O conservadorismo em Vitória de Santo Antão impede maior aproximação dos jovens com a potência do cuidado pela arte e cultura. Exemplifica cidades diferenciadas, como São Paulo (SP) e

Recife (PE), “*são cidades, são estados, mais evoluídos e que trabalham com isso em periferia*” (Lian).

A discussão proposta por Lian muda radicalmente a percepção da tese defendida neste estudo. É possível se cuidar por meio da arte, bem como incorporar tais expressões aos serviços de atenção à saúde, mas não adianta de nada se não houver intervenções pela educação. A discriminação e a marginalização são venenos que podem ser combatidos com pedagogia para liberdade. Afinal, “*a educação é a chave de tudo*”, conclui Lian.

Considerações finais

O presente estudo permitiu diálogos e aproximações com as questões de saúde e cuidado junto às expressões da arte e da cultura, nas experiências das juventudes do município de Vitória de Santo Antão. Foram apresentadas percepções de caminhos possíveis para enfrentar o afastamento dos jovens dos serviços de saúde, ao mesmo tempo que coloca um desafio para gestores, profissionais de saúde e suas formações.

As juventudes são diversas, é preciso aproximações para registros do tempo. Este trabalho deixa o campo aberto para que maiores diversificações de marcadores étnicos, raciais, culturais, de gênero, sexualidade e condições de saúde física, cognitiva e emocional, diferentes das dominantes, possam ganhar maior espaço.

A possibilidade de articular promoção de cuidado com a vivência artístico-cultural pode se demonstrar como campo potente para oferta diária de ações na saúde e na educação para adolescentes e jovens.

A população juvenil demanda atividades integradas para abarcar sua complexidade. Cultura e a arte servem como ferramentas de trabalho atraentes e resolutivas para as diversas subjetividades, afastando a marginalização e convidando ao cuidado social. Que este conhecimento seja usado para a libertação de todos os povos!

Referências

AYRES, J. R. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 67-81, jan./mar. 2012.

BOLSONI, B. V. O cuidado de si e o corpo em Michel Foucault: perspectivas para uma educação corporal não instrumentalizadora. In: IX ANPEO SUL 2012: Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul, 2012, Caxias do Sul. Anais...Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1577/920>. Acesso em: 10 dez. 2021

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Casa Civil, 20 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 1 fev. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. I. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2022.

CAMPOS, R. Juventude e visualidade no mundo contemporâneo: Uma reflexão em torno da imagem nas culturas juvenis. *Sociologia, Problemas e Práticas*, [S. l.], v. 1, n. 63, p. 113-137, 2010.

DAYRELL, J. O jovem como sujeito social. In: FÁVERO, O. et al.(orgs.). *Juventude e Contemporaneidade*, [S. l.], v. 1, n. 24, p. 155-176, 2007.

DIBA, D.; D'OLIVEIRA, A. Teatro e comunidade, juventude e apoio social: atores da promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1353-1362, 2015.

FARRE, A. et al. Promoção da saúde do adolescente baseada na arte/educação e centrada na comunidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S. l.], v. 71, n. 1, p. 31-39, 2018.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, [S. l.], v. 15, n. 38, p. 663-75, 2011.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: FOUCAULT, M. (orgs.). *Ditos e Escritos: Ética, Sexualidade e Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GALVÃO, B. A ética em Michel Foucault: Do cuidado de si à estética da existência. *Intuitio*, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 157-168, 2014.

GUIBU, I. et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], ano 2017, n. 51, p. 1s -13s, 2017.

LIBERMAN, F. et al. Práticas corporais e artísticas, aprendizagem inventiva e cuidado de si. *Fractal – Revista de Psicologia*, Niterói, v. 29, n. 2, p. 118-126, 2017.

LIMA, E. et al. Interface arte, saúde e cultura: um campo transversal de saberes e práticas. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1019-1022, 2015.

LIMA, I. *Culturas juvenis e a produção da saúde no cotidiano de um grupo de dança pop*. 2017. 142f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2017.

LOPES, R. *et al.* Oficinas de atividades com jovens da escola pública: tecnologias sociais entre educação e terapia ocupacional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 277-288, 2011.

MARTINS, M. Arte, só na aula de arte? *Educação*, Porto Alegre: PUCRS, v. 34, n. 3, p. 311-316, 2001.

MINAYO, M. C. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

OLIVEIRA, V. H. Sobre conservadorismo e produção artísticas. *Revista Cidade Nuvens*, Juazeiro do Norte, v. 2, n. 4, p. 61-70, 2021.

OLIVEIRA, W. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141-154, 2011.

PERALVA, A. O jovem como modelo cultural. In: FÁVERO, O. *et al.* (orgs.). *Juventude e Contemporaneidade*. Brasília: UNESCO/MEC/ANPED, 2007. p. 13-28.

ROMAGNOLI, R. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia e Sociedade*, Recife, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2020.

SILVA, R.; SILVA, V. Política Nacional de Juventude: trajetória e desafios. *Cadernos CRH*, Salvador, v. 24, n. 63, p. 663-678, 2011.

TEDESCO, S. *et al.* A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal – Revista de Psicologia*, Niterói, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013.

TOMMASI, L. *Juventude e Cultura*. 2017. Disponível em: https://www.academia.edu/36865436/JUVENTUDE_E_CULTURA. Acesso em: 22 jan. 2021.

7.

Plantão psicológico *on-line* em tempos de pandemia: um relato de experiência

Sílvia Raquel Santos de Moraes

Darlindo Ferreira de Lima

Introdução

Este relato de experiência origina-se de nossa participação em dois projetos de extensão com oferta de plantão psicológico *on-line* de abril a agosto de 2020. Aqui, nós autores descrevemos e buscamos compreender, os desdobramentos dessa experiência de atendimentos via plataformas digitais (*jitsi meet* e *hangout*) envolvendo duas instituições de ensino superior (IES) públicas do interior de Pernambuco, região do Nordeste brasileiro.

Nas duas experiências atendemos apenas pessoas acima de 18 anos por meio de projetos de extensão universitária; sendo que em um deles, o atendimento ocorreu por meio da Rede cuidar enfermagem em parceria com a Fiocruz e a do CAC da UFPE, direcionada apenas para profissionais de saúde atuantes na linha de frente da Covid-19. E no outro projeto, atendemos o público que buscava por plantão psicológico no Centro de Estudos e Práticas em Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina-PE.

O plantão psicológico se caracteriza pelo pronto atendimento voltado para pessoas em situação de urgência psicológica des-

vinculado da continuidade de atendimentos. Permite um momento de cuidado e apoio emocional. Em nosso caso, cada pessoa pode ser atendida até três vezes, por psicólogos diferentes. Durante o distanciamento social ocasionado pela pandemia do Corona vírus, optamos pela oferta do plantão *on-line* como forma de alcançar as pessoas de modo mais seguro e dar andamento ao nosso trabalho como docentes e psicólogos extensionistas.

De modo geral, o plantão *on-line* é uma modalidade de atenção psicológica que visa acolher, por meio de escuta qualificada, pessoas em situações de mal-estar, expostas a ambientes estressores e situações adversas. Trata-se de um serviço coadjuvante em casos de problemáticas de saúde mental originadas e/ou acentuadas pela crise pandêmica e confinamento social dela decorrente.

O plantão *on-line* tem ocupado espaço em diversas instituições, acentuando-se a sua divulgação e oferta nesse período de pandemia. Sua relevância social e sanitária tem sido indiscutível, sobretudo para populações com dificuldade de acesso às redes de atenção em saúde e assistência social, ainda mais se considerarmos as complexas condições de acesso a esses serviços e o surgimento e/ou agravamento de transtornos mentais nessa época.

No plantão *on-line*, os encontros acontecem por meio de uma presença-ausente, visto tratar-se de outra perspectiva de espacialidade e temporalidade. Estamos presentes ligados pelos dispositivos tecnológicos, mas, ao mesmo tempo, estamos sem a presença da corporeidade compartilhada em um espaço comum de encontro.

Cada um, psicólogo e paciente, encontra-se em seu próprio espaço físico. Nessa nova configuração da atenção psicológica, psicólogos e pacientes realizam a checagem atenta e contínua da conexão com a internet numa tentativa de aproximação e afinação com o outro, sendo comum questionarmos: será que caiu a conexão? O outro está nos vendo e ouvindo? Será que depois da queda, o outro voltará a ouvir ou fará uma nova chamada? E se não conseguirmos concluir o atendimento, teremos uma nova chance? Esse suspense tensiona o clima do encontro e possíveis descobertas, experimentações.

Aspectos teóricos e metodológicos

Não temos a intenção de teorizar a experiência vivida como plantonistas, mas de explicitar e refletir sobre como essa experiência aconteceu e nos tocou, suscitando inquietações e engendrando possibilidades de se pensar a clínica psicológica em tempos de distanciamento social.

Foi possível refinar os ouvidos e recalibrar afinações de mundo diante dos fenômenos apresentados, sobretudo daqueles que se desdobraram ao longo dessa crise pandêmica; proporcionou um conjunto de afetações: medo, angústia, dúvida, vontade de ajudar.

A cada encontro éramos desafiados a estar-junto-com acompanhando as narrativas de sofrimento, e assim, buscar des-velar sentidos, des-vendar possibilidades, compreender experiências.

Antes dessa pandemia parece que estávamos mais negligentes com pausas, carentes de momentos contemplativos/convidativos para dar-se conta do nosso entorno, da natureza, dos outros, de nós mesmos, e, dos animais.

O plantão, foi, então, um espaço de pausa para abrigar o pensamento, ensaiar compreensões. Além disso, um fenômeno que nos chamou a atenção foi a aparição dos animais em alguns plantões. Isso nos fez recordar da dimensão de inseparabilidade do ser-aí no mundo, conforme já anunciara Heidegger (2005). A presença ou som de alguns animais; seja ao arranhar a porta, ao latir, ao miar ou subir no teclado do computador, ajudou-nos a quebrar com uma cadeia formatada de ideias enrijecidas pelo excesso de planejamento e fragmentações da realidade vivida. Antes dessas aparições, estávamos imersos em um cotidiano de pensamentos de pretensa garantia, cegos pela ilusão de controle e seduzidos pelas extenuantes jornadas de ocupações; o que dificilmente permitia que estivéssemos presentes no encontro com o outro e no espaço de tempo. Afinal, raras eram as pausas.

No contexto da pandemia, é inegável que a multitarefa, já presente desde antes, continua a nos convocar a cada minuto. Mas quando o som e a presença dos bichos invadiram o *setting* terapêutico do plantão, incluindo, por exemplo: o relinchar de um jumento

no meio da fala de uma pessoa conectada de uma fazenda; a passagem de transeuntes em uma praça supostamente deserta onde o paciente encontrara abrigo; o eco do canto do galo simultâneo ao pedido de ajuda de alguém que tentara suicídio recentemente.

Tudo isso nos desperta e inquieta; afinal, não estamos no mesmo espaço físico desse outro, mas somos interpelados pelo emergir das tonalidades afetivas (BRANCO, 2020; KAHLMEYER-MERTENS; SANTOS, 2020) a cada encontro com a alteridade. Esses acontecimentos estiveram presentes em alguns de nossos atendimentos e, nos atendimentos de outros colegas do grupo de supervisão clínica¹. Neles todos, fomos interpelados pelo não saber, pela negatividade dos fenômenos que emergiam em cada história de vida.

Em alguns casos, fomos desafiados a revisitar nossa compreensão inicial de clínica psicológica. Agora, estamos à beira não mais do leito, mas da morada de cada um, seja no meio rural, na cidade ou em praça pública. E a perspectiva, a priori, de *setting* como sendo o espaço relativamente estável e confortável criado pelo psicólogo para acolher os clientes foi se diluindo rapidamente diante desses acontecimentos. Ou seja, o *setting* idealizado como sinônimo de arrumação ou adaptação do ambiente foi se transformando a cada “aparição do inesperado”; assim como, a crença em um modelo de atenção clínica centrado, hegemonicamente, na lógica da positividade e do suposto saber do especialista. Tudo isso inaugurou em nós um novo momento formativo, repleto de uma riqueza metafórica que, até então, não havíamos percebido tão explicitamente em outros espaços que já havíamos trabalhado.

Ressaltamos que o rigor com o sigilo, o uso de fones de ouvido e a oferta de espaço com privacidade para os encontros do plantão continuam fazendo parte da contratualidade. Contudo, a “presença”

¹ Em meio a pandemia do Covid-19 foi criada a Rede Cuidar Enfermagem. Esta rede é composta por profissionais voluntários de várias instituições e profissões do estado de Pernambuco. O objetivo principal consiste na oferta de atenção e cuidado em saúde para os profissionais de saúde de todo o país. Com isso, a Rede ofertou o plantão psicológico online, contando com dez psicólogos voluntários que já possuíam experiência nessa modalidade de atendimento presencial. O grupo de psicólogos se reúne semanalmente para discutir os atendimentos por meio de supervisão clínica.

dos bichos nos fez repensar, de modo mais aprofundado, sobre o binômio queixa-demanda; despertando-nos para a importância da possibilidade da emergência de momentos fundamentais da relação que guardam uma aproximação, talvez com o processo de descoberta da verdade (STEFANI; CRUZ, 2019).

Fez-se presente a convocação por um pensamento mediante os plantões; sendo que o conjunto de is (imprevisto, inusitado e inesperado) que apareceram em cada uma das habitações, nos ajudou a fazer pausas. Pausas mais atentas para acolher o que se passava nos encontros. Isso acabou interferindo em nossos modos de estar-com-nosco aproximando da procura pela palavra que liberta para a ação. (POMPÉIA; SAPIENZA, 2004).

Nas aparições repentinas dos animais, houve um episódio onde um de nossos cachorros latia insistentemente atrás da porta e outro, subira no teclado do computador, aparecendo subitamente no atendimento. Nossa tentativa de contê-los ou ignorá-los não funcionou; sendo necessário solicitar a alguns pacientes, a permissão para a entrada deles na sala de atendimento. Somente assim, passamos a incluir, no contrato inicial, o pedido de anuência pela permanência dos cachorros na sala, haja vista que quando ficavam fora da sala, atrapalham com latidos e ranhuras na porta. Com isso, foi possível compreender o quanto nós psicólogos ainda temos muitos *a priori* em torno do que seja um encontro clínico ideal, e, porque não dizer, quase performático.

O trabalho *on-line* em casa, por ocasião da crise pandêmica, nos colocou em situações inéditas e numa ambiência muito próxima daqueles que demandam por atenção psicológica. Tem sido uma imersão inseparável do cotidiano, o qual tem despontado repleto de surpresas, emergências, incertezas, sofrimento. A crise que se apresenta agora não pertence apenas ao horizonte histórico dos pacientes, mas também, nos acompanha; ficando mais explícita pelo compartilhamento de telas direto de nossas habitações.

Poucos são aqueles que se dispõem a narrar suas práticas clínicas a partir do que consideram risco ou acontecimento cotidiano. Outros, tampouco as explicitam. Em nosso caso, optamos por sinalizar a aparição dos is, ilustrando a presença de animais ou de

terceiros no *setting* como uma tentativa de explicitar o modo como fomos tocados em nosso saber-fazer clínico. Por meio dessas experiências, percebemos o quanto ainda havia em nós e em nossos modos de estar no mundo, registros apriorísticos da clínica, as quais nos levavam a querer controlar o tempo e o espaço da ação clínica, por meio de uma contratualidade padrão, centrada na exclusividade do trabalho presencial em instituições. Agora não estávamos mais em hospital, consultório ou serviço-escola, mas em nossas casas e confinados a maioria do tempo devido à pandemia. Ademais, percebemos o quanto estávamos pautados pela formatação padrão de outrora, focados na premissa imperiosa do sigilo, do preparo do *setting* e do trabalho presencial em instituições distintas de nossas habitações.

O acesso aos serviços de plantão *on-line* ocorreu por meio do preenchimento prévio de formulários de inscrições *on-line*, os quais tiveram seus links amplamente divulgados na comunidade por meio de sites, notícias televisivas, mensagens eletrônicas de WhatsApp veiculadas nos canais digitais dos projetos de extensão das instituições supracitadas. Com isso, os dois projetos que ofertam o serviço de modo gratuito, alcançaram um número significativo de pessoas de diferentes regiões do país (BRASIL, 2020). Para isso, vale ressaltar que respeitamos todos os trâmites exigidos pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), cumprindo todas as etapas a seguir: inscrição dos autores no cadastro e-psi/CFP, submissão e aprovação das propostas no formato de projeto de extensão, convite e anuência de dois residentes de psicologia, três docentes e sete psicólogos voluntários inscritos no e-psi-CFP para compor o projeto, reuniões semanais de supervisão clínica, reuniões administrativas para avaliação dos projetos, registro e guarda de prontuários eletrônicos de todos os atendimentos realizados em pasta digital vinculada aos autores psicólogos, e por fim, aprovação de cadastro no epi/CFP de todos os voluntários.

Por fim, tivemos a sistematização de conhecimentos oriundos dessas duas experiências por meio de nossas anotações e discussões de supervisões conjuntas semanais. Nesse relato, selecionamos trechos dessas discussões e tematizamos o que se passou conosco

antes, durante e após a realização de nossos plantões, de modo a refletir sobre os conhecimentos engendrados a partir dessa prática e à luz da Fenomenologia Hermenêutica de Martin Heidegger.

Resultados e discussão

Vale destacar que iniciamos os atendimentos em abril de 2020 e finalizamos em agosto de 2020, juntamente com as supervisões semanais. Nesse mesmo período, construímos esse relato. Portanto, a experiência de atendimento como plantonistas envolve o período de quarentena da Covid-19. A construção desse artigo ocorreu por meio de discussão entre os autores com uso de videoconferências, e-mails e edição compartilhada de arquivo em plataforma digital.

Antes da experiência em questão, não tínhamos noção clara do quanto ainda éramos seduzidos pela ideia de suposto controle na prática clínica. A aparição, por meio do som e/ou presença de animais durante alguns plantões *on-line*, nos alertou para a importância de constantes atualizações do enquadre e da contratualidade. E, aos poucos, fomos nos movimentando no fluir das possibilidades de estranhamentos que se apresentavam e nos convidavam ao pensar mais demorado sobre o que se desvelava a cada encontro.

Com o tempo, compreendemos a importância do imprevisto e do inesperado no aqui-agora do fazer clínico mediado por tecnologias, sobretudo em tempos de pandemia, onde estamos atendendo de nossos espaços pessoais, habitações/moradas.

Demo-nos conta de que experimentávamos a emergência da precariedade do cotidiano em muitos dos atendimentos realizados, e que isso faz parte do mundo e de nossos modos de habitar. Isso foi criando em nós, maior abertura para rever nosso nível de autocrítica, fazendo-nos psicólogos menos apegados ao que havíamos estabelecido como ideal realizador: aquele centrado no ocorrer tudo bem. E convenhamos, tem um certo quê de idealização nessa premissa.

O que nós acreditávamos e chamávamos de tudo bem ou esperado? O tudo bem era o carimbo do enquadre mais atrelado ao que aprendemos na graduação? Isso parecia desvelar alguns

imperativos, como: cuidado, não se mostre! Regule o espaço de modo a garantir o conforto do paciente! Certifique-se que o ambiente está confortável para o outro! Não mostre nada do seu habitar e intimidade! Grande parte disso se deve a herança acadêmica das teorizações em torno de como acreditamos regular o modo de estar com o outro e com a gente mesmo na clínica.

A presença dos animais parece pressupor um terceiro nessa relação terapêutica. Terceiro esse que, antes do atendimento *on-line* em domicílio durante a quarentena, nem sequer tínhamos cogitado. Essas situações nos ajudaram a construir um modo mais leve de estar-com-o-outro e conosco mesmo; uma forma mais afinada ao que chamamos de erupção da precariedade do cotidiano, um convite ao desvelar das moradas: nossas e do outro. Uma espécie de despertar para uma forma de se aproximar da humanidade que habita não só naqueles que atendemos, mas também em nós como profissionais de Psicologia.

A crise experimentada em tempos de pandemia não era ou é unicamente exclusiva daqueles que demandavam por cuidados, mas também, de todos nós em nossas moradas. Isso nos convidou a olhar mais atentamente para aquilo que se apresentava como: a experiência de desenvolver o plantão *on-line* de dentro de casa durante a quarentena.

Pudemos ir além do que a formação universitária nos apresentou como modelo de clínica, tendo em vista a nossa perspectiva de abertura para com as afetações e os desafios apresentados. Isso nos convidou a redimensionar o que já havíamos experimentado em plantões presenciais e em supervisões de estágio. Foi possível visitar a morada do outro em suas configurações próprias de tempo e espaço. Configurações essas bem diferentes daqueles contornos familiares de outrora, com os quais já estávamos acostumados (Hospital, Serviço-escola, UBS).

Antes da pandemia, nossa prática ocorria em espaços que nós não habitávamos como morada, apenas frequentávamos enquanto docentes e trabalhadores. Portanto, essa configuração de antes não nos proporcionava a erupção tão vívida, em tempo real, do cotidiano e da vida privada dos outros dessa forma, nem tampouco da nossa.

É desse lugar que nos sentimos protegidos dos riscos e dos maus encontros. Semelhante a esse pensamento e em uma perspectiva heideggeriana, temos a morada de o humano como um mero encontrar-se concretamente no mundo. Ontologicamente isso coincide com um modo de ser-no-mundo, uma forma de habitar que se constitui em um dado *Ethos* (ALMEIDA, 2018).

Sofrimento e angústia no plantão *on-line*

Há algo que ultrapassa épocas: a experiência desalojadora do sofrimento humano. Com isso, recordamos a tarefa da clínica de inclinar-se para tal experiência de modo a reconectar-se com o diálogo perdido na azáfama da correria diária, onde o tempo pouco era percebido e/ou experienciado em sua inteireza. A partir dos encontros do plantão, fomos tocados, ainda mais, por essa reflexão. E com isso, questionamos: Como aconteceu a nossa ação clínica como plantonistas *on-line* em casa e em tempos de Corona Vírus? Compreendemos que envolve o movimento de se lançar diante de tramas de sentido ainda pouco conhecidas, mas passíveis de serem tecidas, re-tecidas, destecidas, conforme já apontadas por Silva (2018).

O humano é convocado, estimulados a produzir riquezas, a aproveitar tudo, ou quase tudo, ao máximo e sem reservas. Eis aqui algumas marcas da era da técnica, como já diria Heidegger (SHIMABUKURO, 2018). Antes da pandemia estávamos em um ritmo tão frenético que quase não nos permitíamos parar, e nem contemplar serenamente os acontecimentos, ou melhor, mal os percebíamos ou fruíamos do tempo vivido.

Mesmo considerando a dificuldade de reordenar o ritmo desenfreado de ocupações diárias, a falibilidade dos planos humanos e a dificuldade de fazermos pausas, com o distanciamento social provocado pelo corona vírus, tivemos a chance, talvez, de ir mais devagar, dada a avalanche de mudanças e incertezas que se avolumam a cada dia em todas as esferas de vida. Agora, a angústia e a solidão parecem que nos assolam de um modo ainda mais intenso, semelhante a um vento impetuoso que chega e desarruma tudo que estava ali posto, previsto, planejado. Mas será que em meio a essa

tempestade de vento, nos tornamos mais próximos e íntimos uns dos outros, com a gente mesmo? Será que a experiência de privação de ir e vir no mundo fático nos desafiou a estar em contato, e por mais tempo, com o que verdadeiramente nos importa e faz sentido?

O vento é uma metáfora que criamos a partir de um encontro de supervisão clínica, sendo compreendido aqui como sinônimo de angústia, disposição fundamental descrita por Heidegger (HEIDEGGER, 2005). Enquanto vento impetuoso, a angústia é sentida, mesmo não sendo vista. É forte e nos alcança, sobretudo em tempos imprecisos e de muitas crises. A ausência de planos, ou melhor, a destruição ou suspensão deles, trouxe nuances emblemáticas dos modos de ser e de estar-no-mundo, antes sombreados pela suposta garantia das ocupações e realizações cotidianas.

A presença que emana do surgimento de um acontecimento disruptivo fundante durante o encontro clínico aparece, de repente, como uma espécie de presença avassaladora, seja ao som de cada um dos bichos que se fez presente (em alguma medida), seja com os espaços e artefatos compartilhados pelos pacientes (cozinha, banheiro, carro, faca, praça, cama). Ou ainda, aos melindres das conexões em rede e de tudo que ela é capaz de produzir nos encontros: o corte de som da voz, o congelamento de imagem, a queda de sinal com desaparecimento por completo da imagem e som, a distorção da voz, o ressurgimento da conexão e da imagem/som, a experimentação do silêncio e do sofrimento por meio de telas compartilhadas. Todas essas interferências não podem ser interpretadas como meros deslizamentos ou acasos, pois foi a partir delas que acordamos e nos atentamos para desdobramentos da prática clínica *on-line*, até então encobertos.

Para fins de ilustração, discutiremos, a seguir, duas situações clínicas que nos convidaram ao pensamento mais aprofundado acerca de tais desdobramentos. Na primeira situação, a paciente aproximou o rosto da câmera e mudou o tom de voz ao emocionar-se com a sua forma de dar-se conta da própria fragilidade ante a ilusão de um suposto controle da vida, que ela mesma traduzia como excesso de ansiedade e preocupação com os outros. Na segunda situação, a pessoa que no início do atendimento mostrava

apenas metade do rosto via câmera do telefone celular; ao ser indagada sobre uma das demandas percebidas e devolvidas por um de nós (a persistência de se apresentar como inabalável), afasta-se imediatamente da câmera e começa a mostrar o corpo inteiro. Eis aqui uma situação que nos faz entender um processo de desvelamento, de aproximação a partir do afastamento em amplitude.

Destacamos que as entrelinhas desses acontecimentos e as tentativas de leituras do dito e do não dito podem ser comprometidas com a interface das telas. Esse aspecto merece destaque, já que a comunicação humana acontece no plano verbal e não verbal, e nem sempre podemos ver o corpo ou o entorno do paciente em suas habitações. Exemplo disso foi o pedido de uma jovem endereçado a um de nós para desligar a câmera durante o atendimento, e caso a qualidade da conexão de internet dela melhorasse, ela ligaria a câmera e pediria para que ligássemos a nossa em seguida.

Em todas essas situações vividas, é nítido o quanto o suposto saber especializado, o preparo detalhado do *setting* e o seu transfigurar-se, não se configuram como condições necessárias e/ou suficientes para o desvelamento das demandas de sofrimento, e nem tampouco, para o compartilhamento de implicações.

No plantão psicológico, por mais que almejemos o compartilhamento das experiências de sofrimento, ainda assim, não temos nenhuma garantia de que isso acontecerá. Às vezes, as pessoas permanecem em suas narrativas queixosas, mas pouco desvelam de suas demandas.

No início dos plantões era comum que os pacientes nos interpelassem com queixas e pedidos e no decorrer do encontro, o receio inicial dava lugar à entrega e ao compartilhamento da intimidade, ambas bem mais próximas das demandas. Quanto mais conseguíamos aprofundar a reflexão do vivido, mais nos sentíamos próximos das experiências dessas pessoas.

Tal reflexão também fora impulsionada e às vezes, retraída, pela aparição dos animais em ambos os espaços; e ainda, pelo surgimento de terceiros no espaço físico de alguns pacientes. Na maioria dessas situações foi possível fazer a passagem do poder intimidatório da queixa para o compartilhamento de intimidade.

A exceção disso ocorreu no caso de uma mulher que tivera seu atendimento invadido inúmeras vezes por uma de suas crianças e a internet só funcionava em um único cômodo de sua casa (sala), dificultando que ela se deslocasse e explicitasse suas demandas de sofrimento.

Antes, não tínhamos acesso a essas invasões ao vivo de modo tão espontâneo e intenso como agora. Agora com a habitação escancarada, manifesta-se a privacidade e com ela, a precariedade de muitas histórias de vida. Histórias essas submetidas agora aos olhares de diversos especialistas por meio de teleatendimentos, inclusive do psicólogo. Sentimos que conseguimos alcançar as pessoas em situação de sofrimento ao vivo de modo mais original e, ao mesmo tempo, mais distante da técnica; mesmo que paradoxalmente, os encontros só tenham sido possíveis, em alguma medida, devido à técnica presente nas plataformas digitais.

Fomos convidados a pensar profundamente na fratura do que se chamava de cotidiano normal antes da pandemia e nos modos de aparição daquilo que já estava posto, porém, encoberto. Reconhecemos que essa compreensão mais aprofundada dificilmente espontaneia sem que fizemos pausas, interrupções.

O plantão *on-line*, nesse sentido, surgiu como oportunidade catalisadora que engendra novas possibilidades compreensivas acerca do que já estava aí no mundo, mas que passava despercebido por nós, até mesmo, na prática, presencial.

Não sabemos se o desenvolvimento da atividade clínica *on-line* de nossas casas nesse contexto atual é o que nos afetou a ponto de emprendermos as reflexões aqui expostas ou se, as especificidades das habitações em seus modos de demonstração é que nos trouxe uma nova compreensão de nossa prática. As duas possibilidades fazem sentido. É provável que nossas compreensões surjam após pandemia.

Observamos que todo o preparo tecnológico prévio do tempo-espço se diluía a cada encontro. Por mais detalhado que fosse o antes com ensaios e testes de som, luminosidade, espaço, imagem, ainda assim, resvalamos na possibilidade de que, simplesmente, nada acontecesse, nem mesmo o atendimento.

E nisso, vemos algumas semelhanças com o *setting* presencial. E nisso reconhecemos que mesmo estando em nossas próprias habitações, ainda assim não escapamos dos riscos, não podendo ao menos garantir que tempo e espaço se enquadrem numa lógica de estabilidade. Ao passo em que desenvolvemos esse pensamento, conseguimos nos libertar dos apelos performáticos do que seja um bom psicólogo. E assim, fomos nos lançando por caminhos emergentes durante o nosso próprio caminhar.

Esse conjunto de interferências nos convida a pensar sobre o que se passa, nos momentos em que: somos tocados pela alteridade; atravessados pela erupção da precariedade do cotidiano e pela privacidade da vida íntima de cada um em suas casas. Lembrando que ao falarmos de casa estamos nos referindo à concretude do espaço físico. Já o termo morada aqui é compreendido semelhante à noção heideggeriana de modos de habitar, de ocupar um lugar no mundo.

A presença do inusitado surge para nós, como lente de aumento que facilita a leitura e a tessitura de sentidos dos fenômenos apresentados. É como se todas essas situações nos fornecessem pistas para trilharmos caminhos desconhecidos. Para tanto, precisamos estar atentos e presentes aos seus sinais. Podem, esses acontecimentos, ser uma oportunidade que o encontro *on-line* nos oferece para a construção de um diálogo mais aprofundado sobre nossas moradas?

Seriam esses acontecimentos uma via norteadora do pensar que emerge com o reaparecimento de uma situação súbita, inesperada e que desperta estranhamento? Seriam uma oportunidade para acolher processos de rompimento com a familiaridade de nossos cotidianos?

Seriam oportunidades de descobrir o que se encontra no encoberto do espaço e tempo de cada modo de habitar? Ou faróis iluminadores durante a travessia de acompanhamento da tessitura a ser desconstruída/reconstruída nos encontros?

Longe de respostas para tais questionamentos, importa que nos aproximemos dos acontecimentos provocadores de estranhamento, de modo a ampliar compreensões acerca de nossas familiaridades, arrumações e supostas certezas.

Em suma, é relevante tentar se colocar para contemplar, pensar e viver o tempo das pausas, sobretudo em época de profundas crises e interrupções. Gastar tempo com aquilo que faz sentido para nós, eis um grande aprendizado desses dias! Ao examinar aquilo que nos afeta e traz estranhamento podemos descobrir novos modos de lidar e de se posicionar diante de circunstâncias outrora encobertas.

Nossa escuta clínica acontecia guiada não só pela oralidade e historicidade de mundo, mas também, pelas interferências diversas de sons, imagens, aparições de terceiros, quedas de conexão da internet seguidas por retornos ou evasão do atendimento.

Tudo isso parecia se mostrar em um horizonte próprio de desvelamento. Recordamos, assim, do que Silva e Barreto (2015) chamaram de ação clínica e do quanto essa experiência nos aproxima da ação clínica em uma perspectiva heideggeriana; pois requer disponibilidade e abertura para acompanhar o outro em seus modos de habitar o mundo.

Os plantões foram permeados pela possibilidade de se pensar junto-com; desdobrando-se como tempo de pausa. Pausa para a quebra do cotidiano familiar e interrogação acerca do que emerge como estranho e que nos atravessa/comove; e não raro, nos coloca na posição daquele que padece (paciente). Assim, a cada encontro, ficávamos à espera da erupção do pensamento mediante, de um acontecimento disruptivo, de uma fala poética (HEIDEGGER, 2005, 2012).

Habitar o próprio *setting* ou abrigo era algo inédito. Antes da pandemia só havíamos experimentado a experiência como plantonistas em espaços institucionais presenciais. E, agora, em um cômodo da casa preparamos artesanalmente o *setting* com os elementos de nossas casas e modos de habitá-las. No encontro com o outro, levamos conosco, a bagagem do espaço-tempo, mesmo que isso esteja travestido pela polidez, sobriedade, silêncio e ausência de ruídos ou invasões (quando possível).

Trata-se da tessitura de um encontro por meio de uma co-construção dialógica rumo à intimidade com o ainda não ser si próprio, mas agora, a partir do interior de nossas casas e por meio de nossas formas de habitar o mundo em forma de casas. Não que antes não

visitássemos nossas moradas durante os atendimentos presenciais. Mas o que está em jogo agora que é diferente?

É o acontecimento de dentro de nossas intimidades estampadas nos espaços que habitamos. Os espaços que vivemos se tornaram *setting*, ou melhor, abrigo para o encontro clínico, para o desdobrar das possibilidades e das transformações, para o dar-se conta daquilo que nos toca, do que nos atravessa, nos afeta, nos comove.

O sigilo continua sendo primado, mas a quebra desse espaço-tempo, a partir de nossas moradas, trouxe novas conotações para a nossa prática clínica. Agora, experimentamos o estranhamento de estar imersos também na crise da pandemia, tão quanto as pessoas que acompanhamos!

Estranhar, antes atribuído muito mais àqueles acometidos pelo sofrimento psíquico que se achegavam até nós, agora desponta de qualquer uma das casas e moradas envolvidas. Ao sermos visitados pelo inusitado e surpreendidos pelo mistério das moradas, somos afetados pelos modos de habitar no mundo direto e em tempo real de suas moradas.

A clínica do plantão *on-line* em casa proporcionou-nos o encontro com a precariedade e a imprevisibilidade dessas novas formas de habitar em tempos de pandemia, onde mudanças e imprevistos se acumulam a cada dia.

Passamos a ser mais gentis conosco, exercendo a autocrítica com ponderações outrora nem imaginadas. Assim, fomos confrontados com a indeterminação do humano e com a negatividade dos fenômenos com mais serenidade, parcimônia, sossego. Não que a perplexidade, o não-saber e a angústia não continuem nos afetando. Mas passamos a cuidar de ser e a estar-com de forma mais atenta aos modos como temos nos ocupado e preocupado no mundo.

Ademais, o reencontro com antigos colegas de trabalho a cada webconferência de supervisão trouxe conforto afetivo em tempos de solidão, retroalimentando o cuidado solidário e o aprendizado em busca do tornar-se psicólogo.

Vale ressaltar que nem todas as experiências de sofrimento nos deixam sossegados, algumas delas trazem desassossego, espanto, temor, e por que não dizer, algumas são capazes de nos despertar do

sono profundo de nossas ilusões e pré-compreensões de mundo, nos lançando diante das tonalidades afetivas fundamentais (angústia, tédio), como diria Heidegger (BORGES-DUARTE; PÓ, 2019).

Plantão *on-line* em tempos de pandemia

A pandemia e o distanciamento das relações nos aproximaram, ainda mais, daqueles que experimentam restrições em modos de ser e de estar-com-outros. Durante a pandemia, surgiram vários projetos de atenção psicológica *on-line* e gratuita, e isso possibilitou que fôssemos ao encontro do outro. Em nosso caso, isso ocorreu logo no início da quarentena.

Ainda há muito porvir e isso fez brotar em nós, a esperança de que, na precariedade do privado, ressurgissem novas maneiras de encontrar-se e de dialogar com o efêmero, com o espontâneo, com os excessos e faltas, enfim, com tudo aquilo que antes parecia mais “maquiado”, distante, escondido no domínio da era da técnica e do pensamento calculante. Aqui não criticamos a técnica em si, mas os modos utilizados para se extrair os recursos e atingir determinados fins. O que está em jogo, é uma era eminentemente marcada pela extrema exploração de recursos e pelo pensamento planificador desconectado da historicidade do mundo (HEIDEGGER, 2012).

Nesse sentido, realça-se o sentido de técnica em sua originalidade etimológica. Técnica não como supremacia tecnológica, nem tampouco como uma extração de meios para se atingir um dado fim, mas como inventividade que nos convida a criar em tempos precários, a se reinventar diante das incertezas, resguardando os devidos cuidados com nossa historicidade e entorno.

Criticar a era da técnica corresponde também a um convite permanente para se repensar o suposto controle sobre as coisas. Não implica em abandono ou desprezo pela tecnologia e nem tampouco pela técnica. Mas envolve um saber dizer sim e não simultâneos à técnica, a questioná-la. Em sua obra tardia a perspectiva heideggeriana denomina isso de serenidade (NASCIMENTO, 2018).

Essa resposta mais livre e questionadora lançada à técnica pode nos levar a suportar o não-poder-realizar como algo que

simplesmente faz parte da vida. Importa também estarmos atentos àquilo que aparece como singular à cada movimento de aparição das coisas na era técnica.

Prestar a atenção psicológica, a partir dos indicativos formais da fenomenologia existencial heideggeriana, fez-nos ir ao encontro da negatividade com mais serenidade e disposição para recompor a leitura do que se elege como você pode, basta querer, faça isso, evite aquilo, dicas para alcançar o que deseja, dentre outros jargões técnicos muito utilizados pela psicologia. Ou seja, levou-nos a repensar o lugar do excesso de positividade na prática clínica e em suas possíveis repercussões em tempos de restrições ou privações (HAN, 2015).

No início, nos vimos aparando arestas ao nos incomodar com o latir do cão e verificarmos imediatamente com o paciente se ele ouvia e se aquele evento atrapalhava. Atrapalhando o quê e a quem? Na verdade, aquilo nos incomodava e nos fazia perceber a distância do ambiente acadêmico aparentemente mais familiar e previsível. Aos poucos, fomos nos apaziguando com esse despontar do cotidiano das habitações (nossa e dos outros), às vezes precário, súbito, barulhento, diferente. Com o passar do tempo, os plantões foram simplesmente acontecendo de modo mais descolado das características do privado.

Em outras situações, as aparições serviram de ilustração do que se tentava comunicar com o corpo, com o afeto, com a voz. Por fim, fomos nos sintonizando com o despontar do cotidiano, por mais ex-cêntrico que parecesse.

E assim, a leveza, o sossego, voltaram a habitar nosso modo de estar-com, mesmo que tensionado pelo inédito de cada encontro e pela imprevisibilidade do que seria ou não experimentado como desdobramento de possibilidades.

Em suma, é como se a passagem estampada das casas e das moradas despontassem, inicialmente, como marcas de nossa finitude, e aos poucos, tais marcas foram fundamentais para tangenciarmos e compreendermos, de mais perto, aquilo que tendemos a eleger como sinônimo de garantia e estabilidade.

Atender *on-line* rompeu com nossa ideia acerca do que chamamos de atmosfera confortável e segura do *setting*. Aproximou-nos

mais de nós mesmos e do nosso modo singular de co-construir relação de intimidade em prol do cuidado. Atualizou e fortaleceu o nosso movimento de procura pela abertura e disponibilidade de afetar e de ser afetado a cada encontro.

Isso trouxe uma compreensão que não é meramente intelectualizada, mas que desponta no espaço-tempo da presença-ausente e que, aos poucos, nos provoca a apostar na leitura do experimentado, e ainda, a devolver essa leitura a partir do que aparece súbita e espontaneamente no aqui-agora como modo de explicitação do binômio queixa-demanda.

Aos poucos, somos instigados a fazer leitura do que vemos, ouvimos, sentimos e compartilhamos. Inicialmente isso ocorreu de forma tímida, e depois, de modo mais firme e confiante; percebemos que os profissionais de saúde usuários apareciam com mais frequência para o plantão on-line no início da pandemia. E com o passar do tempo, parecem ter normalizado o cotidiano, buscando o serviço com menor frequência.

Enquanto as pessoas que não exercem essa profissão continuaram buscando o plantão com maior regularidade, expondo sua condição permanente de desassossego durante a pandemia. Ainda parecem dispostos a encarar a angústia, a expor a própria fragilidade.

E nesse movimento, aparentam disponibilidade para olhar um pouco mais para aquilo que as afetam, para cuidar de ser, mesmo que para isso, tenhamos juntos que sustentar a negatividade das coisas, o poder não-ser, a não-realização como possibilidade de sentido.

O contrário poderia ser considerado em se tratando dos profissionais de saúde? Resta-nos saber se a nova normalidade atribuída à pandemia passará pela indiferença? Pelo retorno ao falatório? Pelo superinvestimento no excesso de ocupações? Pela fuga do pensamento meditante? Ou será que nunca saímos ou tentamos escapar dessas armadilhas?

Das tarefas do psicólogo plantonista

Hoje, no dia escolhido para registrar, descrever e compreender um pouco mais dessa experiência como plantonistas *on-line*, acon-

teceram muitas coisas memoráveis dentro e fora do nosso espaço de confinamento.

Uma delas foi a prisão de um ex-assessor parlamentar por esquema de corrupção no governo do estado do Rio de Janeiro, Brasil. O dia começou com a quebra do esperado e do que costumamos dar por certo de que por aqui, em se tratando de corrupção, tudo acaba dando em nada.

É assim também que nos sentimos a cada aparição dos bichos e erupção do privado durante os atendimentos. Assim, ocorre a suspensão da familiaridade cotidiana relacionada ao espaço de atendimento clínico institucional. Agora, somos impelidos a recriar o espaço em nossas habitações, e aos poucos, desfazendo-se de antigas e supostas garantias de *setting* como espaço mais ou menos estável. Fica mais claro que o *setting* passa por profundas transformações.

O esquema de crimes e os bastidores da política brasileira tem afetado profundamente nossas condições de vida como brasileiros, sobretudo em tempos de pandemia com um cenário complexo e desafiador.

Esse diálogo com o contexto social faz reverberações com nossas ações no plantão. Pois é assim também que compreendemos nossa experiência de atendimento em casa, a qual tem nos provocado a repensar/escutar cada vez mais, cuidando da nossa fala de modo ainda mais atento.

Sabemos que essas possibilidades de acolhimento e aprendizado são atravessadas pela historicidade de mundo, podendo estar comprometidas em meio às constantes crises provocadas pela liderança política brasileira.

À primeira vista, as quebras do esperado nem sempre são vividas como rupturas ou crises por todos. Algumas dessas quebras são mesmo fabricadas pelo jogo da politicagem. Mas isso não quer dizer que estejamos imunes a elas. Algumas dessas quebras chamaremos aqui de crises fabricadas, as quais podem nos atingir profundamente, modificando condições de pensamento e modos de vida.

E nesse cotidiano volumoso de crises, podemos passar desapercibidos, sendo levados pelas artimanhas de discursos hegemônicos.

E não raro, tais crises, mesmo quando experimentadas como profundas rupturas de sentido, podem ser naturalizadas, banalizadas ou, até mesmo, esvaziadas de sentido.

Com isso, nos questionamos: o que consideramos como quebra de familiaridade de mundo numa nação assolada por milhares de mortos por Corona Vírus, pelo desemprego, pela fome? O que temos como horizonte compreensivo ao apoiar figuras autoritárias e prestar-lhe verdadeiros cultos?

Às vezes, a tendência à naturalização deste contexto hostil nos deixa atordoados, confusos, anestesiados do que verdadeiramente se passa com cada cidadão e nos bastidores de suas moradas. E tomados pela sensação de anestesia, a possibilidade de experimentar, mais profundamente, o questionamento de nossas sedimentações de mundo se encurtam, podendo ser abortadas, violentadas. E assim, assistimos à restrição dos horizontes de possibilidade da experiência das tonalidades afetivas. Somos abruptamente ou até sutilmente levados a não pensar com profundidade, reproduzindo discursos ideologicamente terceirizados, massivos, impróprios.

A naturalização desse processo tem se intensificado a ponto de nem percebermos uma crise como crise. E ainda arriscamos desvirtuarmos o contexto da crise vivida e de confundi-la com um mero espetáculo criado por um grupo para destruição intencional de outro grupo, de um mercado, de uma economia, da vida que não é nossa, enfim.

Passamos a desconfiar do outro, fazendo coro a discursos persecutórios e polarizados, e assim, destila-se intenso ódio e intolerância. E como tudo isso ressoa nos encontros de plantão e na prática clínica!

Considerações finais

Estejamos onde estivermos, acompanhamos pessoas ávidas pelo acolhimento, compreensão e afeto apaziguador. Tudo isso esteve muito presente nos encontros que testemunhamos e pelos quais, somos gratos! Por meio do vínculo voluntário entre pares foi possível

conceber os dois projetos de plantão *on-line* em questão. E é por meio do cuidado que esta prática se sustenta até os dias atuais, desenvolvendo-se no solo fértil da crise provocada pela Covid-19.

Um acontecimento que muito contribui para a realização desse relato foram as ressonâncias do filme “Bacurau” em nós. Trata-se de um filme brasileiro produzido em 2019 dirigido por Kleber Mendonça e Juliano Dorneles, que retrata o cotidiano de um povoado fictício chamado Bacurau, o qual está localizado no sertão brasileiro. Explicita muitos paradoxos vividos pelo povo brasileiro.

Os moradores de Bacurau descobrem que o lugar sumiu do mapa, percebendo com estranhamento a invasão de drones pelos céus daquele lugar. Enquanto isso, estrangeiros chegam à cidade e moradores começam a ser exterminados. Então, a comunidade se organiza coletivamente e executa, secretamente, um plano de enfrentamento dessa situação, vencendo os estrangeiros.

Para isso, escondem-se numa pseudo cova e atacam os estrangeiros com suas armas artesanais; embora tenham tentado salvar e cuidado de uma das estrangeiras invasoras. Após vencimento da batalha, a comunidade conserva todas as marcas de suas lutas no museu.

Esse filme nos tocou profundamente enquanto nordestinos e em tempos tão incertos! Ao final do filme, ficamos mais instigados a desfechar esse relato de experiência fazendo alusões a alguns acontecimentos e modos de se habitar na cidade de Bacurau. Quão diferentes podem ser as moradas, sejam elas ao norte ou ao sul, com sotaque estrangeiro ou linguajar nordestino!

A cada morada apresentada pelos pacientes, é como se fosse um solo sagrado da singularidade, da vida! É um convite ao trânsito sereno em torno do que se apresenta como possibilidades de desvelamento. Às vezes teremos territórios recônditos pouco visitados nessa morada, assim como era o museu de Bacurau, mas de grande relevância para compreendermos a historicidade e os modos de se habitar de cada morador!

Reconhecer a singularidade de cada morada junto-com o outro, sobretudo em situações de fragilidades e desigualdades, é também uma tarefa revolucionária que podemos co-construir e

compartilhar, assim como fora a pseudo cova compartilhada pelos habitantes de Bacurau! Reafirmar as moradas como possibilidade de passagem, descanso, refúgio e pulsar de vida! E não conter a sua composição, acolhendo todos os mistérios do que está porvir! Eis aqui um alento esperançoso e persistente em direção à tarefa de cuidar de ser, que ainda carece de um tempo com mais intimidade, menos indiferença.

Carecemos de densidade em nossos encontros para suportar a dor, a solidão, a (in)diferença, a (in)certeza, a convivência, o mistério! Os modos de viver, o tempo da indiferença nos roubou a intimidade, o amor. Mas o amar nos devolve de volta a possibilidade de singularização, a reconquista dos sentidos, o ânimo em tempos áridos. O amor promove, inclusive no encontro terapêutico, a possibilidade de recobrar forças outrora ocultas (CASANOVA; CABRAL, 2020).

Por fim, a experiência do plantão *on-line* se constitui como momento de pausa. Pausa para acompanhar e refletir junto-com-o-outro, o caráter paradoxal do encontro clínico *on-line*: ora perto, ora distante; ora presente, ora ausente. Ora estranho, ora íntimo.

O caráter paradoxal reside nessa tensão e sustentação do estar presente, mesmo que 'ausente', corporalmente falando. E isso, coincide com o movimento do amor, onde pudemos revisitar nossos modos de estar-no-mundo em diferentes perspectivas: ora nos aproximando, ora nos afastando e respeitando distâncias. Museus, pseudo, covas e armas empreendidos artesanalmente pelos habitantes de Bacurau nos ensinam sobre a importância do desfecho não como um fim, mas como despontar para novos começos, onde o amor pode surgir, ou não; como possibilidade. Assim, também, acontece com a prática do plantão *on-line*.

Se por um lado, o plantão nos ensina sobre esse caráter paradoxal do amor que mantém distâncias, mas resguarda proximidades; por outro, desponta-se com uma experiência que aponta para a abertura de recomeços, ou seja, para desfechos. Caberia a clínica psicológica, então, a tarefa de empreender recomeços, respeitando o caráter paradoxal do amor?

Referências

ALMEIDA, D. W. S. *Da Ética ao Ethos: o habitar na morada originária segundo Heidegger*. 2018. 120 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

BORGES-DUARTE, I.; PÓ, G. O tédio como fenômeno cultural: aspectos do mal-estar do homem moderno. In: PASSOS, M.C.; SAMPAIO, M. A. (orgs.). *Psicologia clínica nas Fronteiras Saúde, Educação e Cultura*. Curitiba: CRV, 2019. p. 43-62.

BRANCO, R. A. C. Tonalidades afetivas fundamentais e o deslocamento humano em Heidegger. *Ekstasis: revista de hermenêutica e fenomenologia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 64-83, 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pernambuco. *Panorama*, 2020.

CASANOVA, M.; CABRAL, A. O amor em tempos de indiferença. [S. l.: s. n.], 2020. 1 vídeo (2h44min34s). Publicado pelo Canal do Instituto Dasein. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=4vyX93MPLKE&t=8223sHAN>. Acesso em: 2 ago. 2020.

HAN, B. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes, 2015. 80 p.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Volume 1. São Paulo: Vozes, 2005.

HEIDEGGER, M. *Ensaio e conferências*. 8 ed. Petrópolis: Vozes. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2012.

KAHLMAYER-MERTENS, R. S.; SANTOS, G. A. *Befindlichkeit e Stimmung*, das tonalidades afetivas na analítica existencial de Heidegger. *Ekstasis: revista de hermenêutica e fenomenologia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 179-194, 2020.

NASCIMENTO, J. V. V. *A questão da linguagem em Martin Heidegger: entre a técnica e a serenidade*. 2017. 107 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, 2017.

POMPEIA, J.A; SAPIENZA, B.T. Características da Psicoterapia. In: POMPEIA, J. A; SAPIENZA, B.T. *Na presença do sentido*. Uma aproximação fenomenológica a questões existenciais básicas. São Paulo: Educ Paulus, 2004. p. 153-170.

SHIMABUKURO, F. A questão da técnica no pensamento de Heidegger. *Ekstasis: revista de hermenêutica e fenomenologia*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 38-60, 2019.

SILVA, E. F. G. A ação clínica do psicólogo diante do desabrigo da angústia. 2018. 165 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2018.

SILVA, E. F. G; BARRETO, C.L.T. A ação clínica e a era da técnica moderna: uma compreensão fenomenológica existencial da prática psicológica. *Revista Perspectivas em Psicologia*, Uberlândia, v. 9, n. 1, p. 79-92, 2015.

STEFANI, J.; CRUZ, N. O. Compreensão e linguagem em Heidegger: existência, abertura ontológica e hermenêutica. *Bakhtiniana – Revista de Estudos do Discurso*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 112-127, 2019.

8.

Internações por condições sensíveis à Atenção Primária e à Estratégia de Saúde da Família: uma revisão sistemática com metanálise

Valdecir Barbosa da Silva Júnior

Natália Borba de Melo

Antônio Flaudiano Bem Leite

Maria Tatiane Alves da Silva

Gabriela da Silveira Gaspar

Introdução

A APS configura-se como o primeiro nível assistencial de um sistema de saúde, atuando como base estruturante para a organização de suas ações e serviços. Nesse contexto, a APS se caracteriza como uma estratégia indispensável para o efetivo funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que apresenta potencial de proporcionar uma resolutividade de, aproximadamente, 85% dos problemas de saúde da população (SOUZA; PEIXOTO, 2017).

O Brasil tem conseguido avançar na cobertura da APS, devido à expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), um dos principais serviços de saúde responsável por operacionalizar a APS no país (SOUZA; PEIXOTO, 2017). A ESF tem causado impactos positivos na saúde da população brasileira, possibilitando maior acesso aos serviços, tornando-se o modelo mais equânime no direcionamento do cuidado e atendimento às necessidades de saúde da população (BRASIL; COSTA, 2016).

A resolutividade da APS é um indicador de qualidade, representado pela capacidade de prevenir doenças e prestar assistência a casos agudos nesse nível de atenção à saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2018). Contudo, vale salientar que altos percentuais de cobertura populacional da APS não significam necessariamente a qualificação desse serviço, tornando necessária a avaliação do seu impacto na saúde da população (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; SOUZA; PEIXOTO, 2017).

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são um indicador indireto de avaliação da qualidade da APS, pois se trata de um tipo de internação evitável no nível primário de atenção à saúde (COSTA; PINTO JÚNIOR; SILVA, 2017; PINTO *et al.*, 2019). Nesse sentido, a excessiva frequência desse tipo de internação revela fragilidades da APS, uma vez que o adequado acompanhamento de determinadas doenças e a intervenção em tempo oportuno evitariam o agravamento dessas doenças e as consequentes internações (SOUZA; PEIXOTO, 2017).

As ICSAP representam agravos frequentes no país, ocorrendo de forma heterogênea entre as regiões, estados e municípios, sendo um reflexo de que alguns aspectos podem ser melhorados neste primeiro nível de atenção à saúde (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014; NUNES, 2018). A partir disso, é substancial investigar se a cobertura da ESF, o principal modelo de APS no país, tem causado impactos positivos na redução das ICSAP, como forma de avaliação da resolutividade deste serviço no atual cenário.

Destarte, o presente estudo realizou uma revisão sistemática e metanálise com o objetivo analisar a associação entre a cobertura da ESF e as ICSAP no Brasil.

Aspectos teóricos e metodológicos

Trata-se de uma revisão sistemática e metanálise de estudos ecológicos, a qual seguiu as recomendações dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA). O PRISMA foi construído pela Colaboração Cochrane e é um checklist composto por 27 itens essenciais para guiar os autores na elaboração de uma boa redação nesse tipo de pesquisa. O protocolo deste estudo

foi publicado na plataforma PROSPERO com o seguinte número: CRD42020167794.

A questão de pesquisa desde estudo foi: o aumento da cobertura da ESF contribuiu para a diminuição das ICSAP no Brasil? Foram considerados elegíveis os artigos científicos que estiveram conforme os seguintes critérios: (i) abordou associação entre a cobertura da ESF e as ICSAP com testagem de correlação estatística; (ii) foi publicado a partir de 2008, ano de lançamento da lista brasileira de condições sensíveis a APS; (iii) considerou na pesquisa todos os subgrupos de causas das ICSAP da lista brasileira; e (iv) tratou-se de pesquisas originais a partir de dados primários ou secundários, desconsiderando, assim, as revisões de literatura. Não foram inclusos artigos não apresentaram testagem de associação por meio de correlação estatística entre cobertura da ESF e as ICSAP.

A base de dados selecionada para a coleta dos artigos científicos foi o Portal de Periódicos da Capes e a Biblioteca Virtual em Saúde que são plataformas virtuais de pesquisa científica que integram diversos acervos e outras bases de dados, entre elas: Scielo, Medline e Lilacs. O portal da Capes foi acessado pela Universidade Federal de Pernambuco que permite encontrar além dos conteúdos gratuitos, conteúdos privados, garantindo a identificação de maior número de pesquisas.

Foi utilizada a mesma estratégia de busca em três idiomas (português, inglês e espanhol) nas duas bases de dados para identificação dos artigos científicos, executando-as uma por vez em cada idioma: (“*internações*” OR “*hospitalização*”) AND “*condições sensíveis*” AND (“*saúde da família*” OR “*Atenção Primária*”) AND “*correlação*”; (“*hospitalizations*” OR “*hospitalization*”) AND “*sensitive conditions*” AND (“*family health*” OR “*primary health care*”) AND “*correlation*”; (“*hospitalizaciones*” OR “*hospitalización*”) AND “*condiciones sensibles*” AND (“*salud de la familia*” OR “*atención primaria de salud*”) AND “*correlación*”.

Dois revisores independentemente realizaram a leitura dos títulos e resumos de cada artigo identificado nas buscas das bases de dados, após a exclusão das duplicatas. Os artigos que satisfizeram os critérios de elegibilidade foram lidos o texto completo e

selecionados para a revisão sistemática. Após a seleção dos estudos, pelos revisores independentes, as divergências foram resolvidas em reunião por meio de consenso, levando em consideração os critérios de elegibilidade.

A extração dos dados foi realizada, igualmente, por dois revisores de forma independente usando o mesmo formulário de extração contendo as seguintes variáveis: título do artigo; ano de publicação; sobrenome do primeiro autor; tipo de estudo; abrangência populacional do estudo; período de análise dos dados; tipo de dados (primários ou secundários); tipo de correlação estatística e valor de correlação; intervalo de confiança e/ou significância estatística (p valor); quantidade da unidade observacional; e principais resultados do estudo.

Foi utilizado o índice de Downs e Black adaptação por Nedel e outros (2010) para a avaliação da qualidade de estudos que abrangem indicadores de saúde de dados agregados, possibilitando avaliar estudos ecológicos e transversais utilizados para análise de sistemas de saúde. A avaliação da qualidade não foi considerada um critério de exclusão dos estudos, mas foi utilizada para demonstrar a qualidade das evidências encontradas nos mesmos.

Os seguintes critérios de pontuação foram considerados, segundo a clareza na descrição dos itens: 1 – hipótese ou objetivo; 2 – conter no método ou introdução os principais resultados a serem medidos; 3 – abrangência populacional (município, estados ou nacional); 4 – fatores de confusão nos grupos de comparação; 5 – principais resultados do estudo; 6 – real valor-p ou o intervalo de confiança encontrado; 7 – as unidades observacionais são representativas de toda a população; 8 – adequabilidade dos testes estatísticos utilizados; 9 – a acurácia (validade e precisão) na medida dos principais desfechos; 10 – se existe no estudo adequado ajuste para as variáveis de confusão.

Cada critério de pontuação soma um ponto ao escore, exceto o quarto critério, pois, quando os fatores de confusão foram descritos para todos os grupos de comparação, somou-se dois pontos, em caso de ser descrito parcialmente acrescentou-se um ponto. Dessa forma, o escore de pontuação poderá variar de 0 a 11 pontos.

Os estudos identificados foram sistematizados a partir do programa gratuito STaRt versão 3.4 Beta da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), que permite criar uma sumarização com os estudos identificados, caracterizado como uma importante ferramenta para construção de revisões sistemáticas. A sumarização permitiu a exclusão das duplicidades encontradas com as diferentes estratégias de busca em cada base de dados.

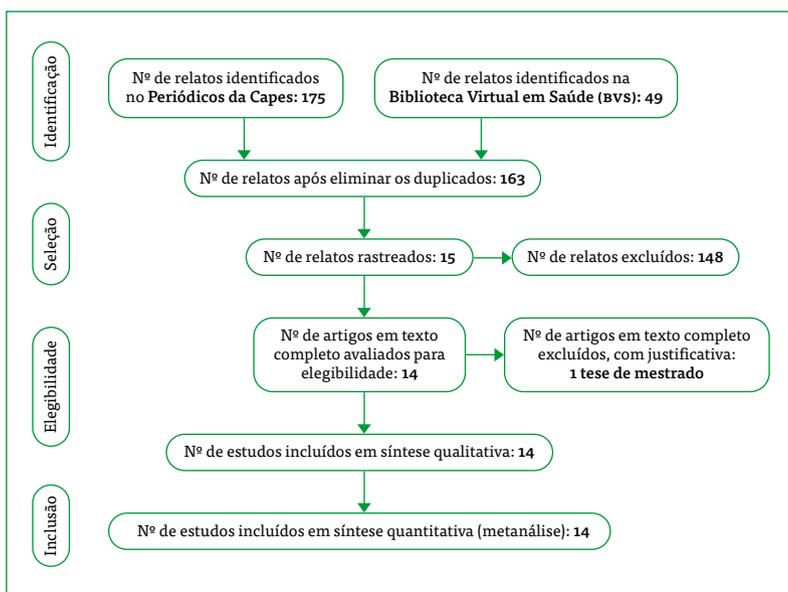
A metanálise das evidências encontradas foi realizada utilizando o programa estatístico gratuito R versão 4.0.2 com a utilização do pacote metacor. Este estudo considerou a cobertura da ESF como intervenção e a ocorrência ou diminuição das ICSAP como desfecho. Adotou-se o modelo de análise de efeito aleatório recomendado para a construção de metanálises com a existência de heterogeneidade entre os estudos inclusos. Esta análise equilibra os pesos dos efeitos dos estudos, calculando-os a partir do inverso da variância com tau-quadrado.

A metanálise permitiu a construção de um coeficiente síntese de correlação entre os estudos incluídos, a partir dos coeficientes de correlação disponibilizados. Para os estudos que não disponibilizavam o valor geral da correlação, esta foi calculada a partir dos dados disponibilizados nos próprios estudos. As correlações foram consideradas segundo a classificação: fraca (menor que 0,40), moderada (entre 0,40 e 0,69) e forte (a partir de 0,70).

A fim de compatibilizar as correlações de Pearson e Spearman encontradas nos diferentes estudos foi realizado a transformação de Z de Fisher e após a transformação calculados os respectivos intervalos de confiança (IC) (CHALKIDOU, 2012). A heterogeneidade dos estudos foi observada segundo o teste Q da Cochrane e do teste I^2 .

As buscas nas bases de dados resultaram no total de 224 registros identificados, após a exclusão das duplicatas, foram lidos 163 títulos e resumos. Destes, 15 satisfizeram os critérios de elegibilidade e foram lidos o texto completo e 1 deles foi excluído por não se tratar de um artigo científico revisado por pares. Assim, 14 artigos foram incluídos, tanto na revisão sistemática quanto na metanálise. A figura 1 apresenta o fluxograma dos estudos incluídos.

FIGURA 1 | Fluxograma dos estudos incluídos



FONTE: elaboração própria, 2020.

Resultados e discussão

Todos os estudos incluídos são do tipo ecológico, realizados a partir de dados secundários e buscaram investigar a relação entre dois indicadores de saúde ao longo do tempo, o de cobertura da ESF e a taxa ou proporção de ICSAP. Sendo um importante aspecto em comum entre os artigos inclusos na revisão sistemática e metanálise. Este tipo de estudo é amplamente utilizado na investigação dos impactos de serviços e intervenções de Saúde Pública, por permitir a utilização de dados secundários disponibilizados nos sistemas de informação de saúde (PINTO JÚNIOR *et al.*, 2018; PINTO *et al.*, 2018).

Além de monitorar o comportamento dos indicadores de saúde (cobertura da ESF e taxa ou proporção de ICSAP), os estudos selecionados construíram o teste estatístico de correlação que demonstra o grau de associação entre duas variáveis. Foi possível observar que apenas 1 das correlações apresentadas nos 14 estudos é positiva ou

relação direta (sinal +), enquanto os demais 13 possuem correlação negativa ou relação inversa (sinal -).

A totalidade dos estudos incluídos é de abrangência populacional brasileira, com variação na unidade de análise entre municipal ou um conjunto de municípios, estadual e nacional. O período anual analisado em cada estudo variou, sendo o ano menos recente, 1998, e o mais atual, 2016. As principais características dos estudos incluídos na revisão sistemática e metanálise são apresentados na tabela 1.

Avaliação da qualidade dos estudos

O score de qualidade dos estudos incluídos apresentou pouca variação, estando todos eles entre sete ou oito pontos, considerado uma avaliação positiva por estar acima da média do score (5,5). Nenhum dos estudos conseguiu a avaliação máxima de 11 pontos. A baixa variação entre a avaliação dos estudos aponta para uma similaridade qualitativa. O score de qualidade dos estudos inclusos na revisão sistemática e metanálise são apresentados na tabela 1.

Todos os estudos incluídos apresentaram dados suficientes para a construção da síntese metanalítica, mas quatro dos estudos (CASTRO *et al.*, 2015; PINTO *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018b; RODRIGUES-BASTOS *et al.*, 2014) necessitaram a imputação do valor geral da correlação.

A maioria dos estudos demonstrou correlação forte e negativa, sendo um total de 9 (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; CASTRO *et al.*, 2015; CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; COSTA *et al.*, 2016; MAIA *et al.*, 2019; PINTO *et al.*, 2018; OLIVEIRA; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2017; SANTOS *et al.*, 2018a; SCUDESE *et al.*, 2017) e moderada e negativa dois (BRASIL; COSTA, 2016; SANTOS *et al.*, 2018b). Apenas três estudos (ARRUDA; COSTA, 2017; MORIMOTO; COSTA, 2017; RODRIGUES-BASTOS *et al.*, 2014) obtiveram correlações fracas, sendo um deles negativa e outra positiva. Os respectivos intervalos de confiança e correlações dos estudos incluídos na metanálise são apresentados na figura 2.

TABELA 1 | Principais características dos estudos incluídos na revisão sistemática e metanálise

Autores	Tipo de Estudo	Tipo de dados	Abrangência populacional do estudo	Período analisado	Tipo de correlação estatística	Valor da correlação estatística	Score de qualidade
Campos; Theme-Filha (2012)	Ecológico	Secundários	Município Campo Grande-MS	2000 a 2009	Correlação de Pearson	-0,97	8
Ceccon; Meneghel; Viecili (2014)	Ecológico	Secundários	Brasil	1998 a 2006	Correlação de Pearson	-0,87	8
Rodrigues-Bastos <i>et al.</i> (2014)	Ecológico	Secundários	Estado de Minas Gerais	2000 e 2010	Correlação de Pearson	-0,03	7
Castro <i>et al.</i> (2015)	Ecológico	Secundários	Municípios brasileiros com população acima de 50 mil habitantes (n = 614)	1998 e 2012	Correlação de Pearson	-0,70	7
Brasil; Costa (2016)	Ecológico	Secundários	Município Florianópolis-SC	2001 a 2011	Correlação de Spearman	-0,59	8
Costa <i>et al.</i> (2016)	Ecológico	Secundários	Município Porto Alegre-RS	1998 a 2012	Correlação de Spearman	-0,78	8
Arruda; Costa (2017)	Ecológico	Secundários	Município Novo Hamburgo-RS	1998 a 2012	Correlação de Spearman	0,19	8
Morimoto; Costa (2017)	Ecológico	Secundários	Município São Leopoldo-RS	2003 a 2012	Correlação de Spearman	-0,38	8
Oliveira; Oliveira; Caldeira (2017)	Ecológico	Secundários	Estado de Minas Gerais (pop. entre 20-79 anos)	1999 a 2007	Correlação de Pearson	-0,96	8
Scudese <i>et al.</i> (2017)	Ecológico	Secundários	Município Petrópolis-RJ	1999 a 2013	Correlação de Pearson	-0,85	7
Santos <i>et al.</i> (2018a)	Ecológico	Secundários	Município Rio de Janeiro-RJ	1998 a 2015	Correlação de Spearman	-0,41	7
Pinto <i>et al.</i> (2018)	Ecológico	Secundários	Estado do Paraná	2007 a 2016	Correlação de Pearson	-0,93	7
Santos <i>et al.</i> (2018b)	Ecológico	Secundários	Município Rio de Janeiro-RJ	2008 a 2015	Correlação de Spearman	-0,89	8
Maia <i>et al.</i> (2019)	Ecológico	Secundários	Estado de Goiás	2005 a 2015	Correlação de Pearson	-0,92	8

FONTE: elaboração própria, 2020.

Observa-se a similaridade entre as evidências encontradas nos diferentes estudos inclusos na revisão sistemática e metanálise, estas apontam para correlação inversa entre as ICSAP e a ESF (BRASIL; COSTA, 2016; CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; CASTRO *et al.*, 2015; CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; COSTA *et al.*, 2016; MAIA *et al.*, 2019; MORIMOTO; COSTA, 2017; OLIVEIRA; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2017; PINTO *et al.*, 2018; RODRIGUES-BASTOS *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2018a; 2018b; SCUDESE *et al.*, 2017). Apenas um dos autores, Arruda e Costa (2017), encontrou resultado discordante, mas, com fraca correlação estatística. Assim, pode-se dizer que a expansão dos serviços de ESF no Brasil está associada a diminuição das ICSAP quando estudada nas diferentes partes do país.

O modelo de efeito aleatório da metanálise resultou em um coeficiente síntese de correlação entre a cobertura da ESF e as ICSAP no valor de $r = -0,75$ (95% CI $-0,88 - -0,53$, $p < 0,01$), classificado como correlação forte e negativa, relacionando que conforme a cobertura da ESF aumenta as ICSAP tendem a regredir conseqüentemente. O coeficiente síntese de correlação é apresentado na figura 2.

O teste Q resultou em $p < 0,01$ que afirma a existência de heterogeneidade entre os estudos inclusos na metanálise e o I^2 apontou um grau de 80% de heterogeneidade. O resultado do teste Q e I^2 são apresentados na figura 2, além disso, também apresenta o tau-quadrado, os pesos dos estudos na síntese metanalítica e a quantidade de unidades observacionais de cada estudo.

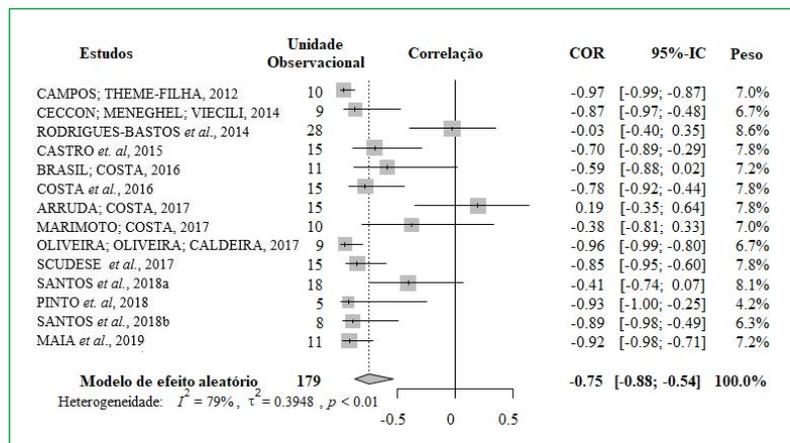
A presença de grande heterogeneidade (80%) entre os estudos inclusos na revisão sistemática e metanálise reforça a existência de condições diferentes na realização deles, como, por exemplo, o universo populacional, o período de análise e principalmente o contexto socioeconômico e a organização dos serviços de saúde em cada uma das localidades estudadas. Contudo, todos os estudos obtiveram bons resultados na avaliação de qualidade.

Após quatro anos da sua criação (1994) o modelo de saúde da família possuía uma cobertura populacional de 6,6% em 1998, até então chamado Programa de Saúde da Família (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014). Posteriormente, com os incentivos financeiros do

Ministério da Saúde a este modelo e mais tarde a sua adoção como prioridade para prestação dos serviços de APS no país em 2006, a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica, a cobertura da ESF é fortemente impulsionada e se expande em todo território nacional (BRASIL, 2006). Em 2015 a cobertura nacional da ESF atingiu cerca de 61%, sendo o Nordeste a região com maior proporção de cobertura (77%) e o Sudeste a menor (50%) (SILVA JÚNIOR; SILVA; CRUZ, 2018).

O considerável avanço da ESF no Brasil alcançou de maiores níveis de cobertura nos municípios de pequenos e médios portes. Mas, atualmente, o país ainda vivencia dificuldades na expansão deste serviço nos grandes municípios (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014;). Em contrapartida, Pinto Júnior e outros (2018) estimam que mesmo baixos percentuais de cobertura da ESF são capazes de produzir algum efeito positivo com redução nas ICSAP. Uma vez que, este serviço se concentra nas áreas mais vulneráveis socialmente dos municípios e piores condições de vida com baixo acesso à saúde estão associadas com a maior ocorrência das ICSAP (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; RODRIGUES-BASTOS *et al.*, 2014).

FIGURA 2 | Metanálise dos estudos incluídos



FONTE: elaboração própria, 2020.

No que diz respeito ao panorama nacional das ICSAP, em 1998 estas representavam 24,1% do total de internações do país e em 2012 regrediu para 20,4% (CASTRO *et al.*, 2015).

A diminuição das ICSAP nos últimos anos, corroborada pelo do avanço da cobertura da ESF, significa uma melhora progressiva no desempenho da APS. Nesse sentido, é importante reconhecer na saúde da família um modelo de atenção à saúde capaz de causar, além da ampliação do acesso aos serviços de saúde, (BRASIL; COSTA, 2016) modificações positivas no perfil de internações e adoecimento da população (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014).

Os sistemas universais de saúde possuem como característica em comum serem organizados a partir da APS e tendem a serem mais efetivos quando comparado a outros sistemas baseados na atenção especializada (CASTRO *et al.*, 2015; CAMPOS; THEME-FILHA, 2012). No entanto, mesmo com a gradual redução durante os anos, as ICSAP ainda representam valor proporcional alto no Brasil quando o comparado a outros países com sistemas de saúde universais, exemplo Espanha e Austrália, que apresentam 7% e 13%, respectivamente (CASTRO *et al.*, 2015).

Para Maia e outros (2019), a manutenção da prevalência das ICSAP no Brasil é um reflexo da fragmentação do sistema de saúde e da ineficiente comunicação entre os níveis de atenção. Por ser um indicador indireto da qualidade, das altas taxas de ICSAP apontam para a existência de falhas na prevenção e no diagnóstico precoce, deficiências de cobertura e baixa resolutividade do nível primário de atenção à saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; CAMPOS; THEME-FILHA, 2012;).

Castro e outros (2015) investigaram a associação entre diversos fatores e a ocorrência das ICSAP em municípios brasileiros com mais de 50mil habitantes, entre eles se destacaram as condições socioeconômicas da população, oferta de serviços de saúde e disponibilidade de médicos. No entanto, tais aspectos são observados de forma heterogenia no Brasil e assim influenciando em graus diferentes em cada região do país.

Um dos principais indicadores que mensuram as condições socioeconômicas é o IDHM, este indicador apresentou uma

considerável melhora no último censo demográfico. Castro e outros (2015) verificou que existe correlação inversa e de força moderada entre o IDHM e as ICSAP, indicando que a redução das ICSAP também sofreu influência da melhoria das condições de vida da população (CASTRO *et al.*, 2015).

Morimoto e Costa (2017) e Costa e outros (2016), que pesquisaram a relação entre o investimento financeiro em saúde e as ICSAP no estado de Mato Grosso do Sul e na cidade de Porto Alegre, RJ, respectivamente, encontraram correlações inversas e de força moderada entre as variáveis. No entanto, os dois lugares não apresentaram modificações na tendência da taxa de ICSAP no período estudado. Além disso, até o último ano analisado (2012) apresentaram coberturas da ESF insatisfatórias, sendo Mato Grosso do Sul apenas 14,4% e Porto Alegre 31,5% (COSTA *et al.*, 2016; MORIMOTO; COSTA, 2017).

Em contraposição, Brasil e Costa (2016) também pesquisaram a relação entre o investimento em saúde e as ICSAP em Florianópolis e constatou que o aumento do investimento financeiro foi acompanhado de redução das ICSAP.

A fim de eliminar a possibilidade de que a redução das ICSAP fosse apenas um reflexo da tendência de diminuição de todos os tipos de internações no município em questão, os autores compararam as duas taxas ao longo dos anos. Logo, apresentaram que houve uma redução consideravelmente maior entre as ICSAP e atribuíram possível causalidade a adoção do modelo de saúde da família como estratégia prioritária no sistema municipal de saúde, com coberturas percentuais acima de 50% a partir de 2005 (BRASIL; COSTA, 2016).

Os estados do Paraná, Minas Gerais e Goiás foram populações estudadas sobre a associação das ICSAP com a cobertura da ESF. Os três estados apresentaram correlações negativas e de relação inversa e demonstraram que a ampliação dos serviços da ESF implicou na diminuição dessas internações (MAIA *et al.*, 2019; E. C. P. PINTO *et al.*, 2018; L. F. PINTO *et al.*, 2019; OLIVEIRA; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2017).

Santos e outros (2018b) concluem, a partir de uma pesquisa com abrangência a cidade do Rio de Janeiro-RJ, que é necessário padronizar os serviços de APS e qualificar os profissionais de saúde para se atingir impactos ainda maiores sobre a redução das ICSAP.

Além disso, demonstrou que mesmo com a factual influência do aumento da cobertura da ESF sobre estas internações, a modificação neste indicador não acontece de forma imediata, mas, gradual e continuamente.

Um aspecto relevante a ser considerado neste estudo é que por se tratar de uma revisão sistemática, a fonte de dados se limita aos artigos já publicados anteriormente e que respondam a uma pergunta de pesquisa específica, restringindo o escopo de dados analisados. Outro aspecto a ser considerado é que todos os artigos inclusos foram realizados a partir de dados secundários, ou seja, nenhum deles possuiu análise de dados primários e/ou qualitativos.

A principal fonte de informações sobre as internações do SUS é proveniente do Sistema de Informações Hospitalares. Este tipo de sistema está sujeito a ausência de informações durante o preenchimento das autorizações de internação hospitalares, no entanto, diversos autores vêm reforçando a melhoria desse preenchimento de informações e que estas possuem potencial para refletir satisfatoriamente a realidade (BRASIL; COSTA, 2016; CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

Considerações finais

Este estudo permitiu a categorização de diferentes experiências da ESF e sua relação com as ICSAP em diferentes localidades do Brasil. A síntese metanalítica e os estudos inclusos na revisão sistemática evidenciam o impacto positivo do crescimento da cobertura da ESF na redução das ICSAP no país ao longo das duas últimas décadas. Demonstrando, assim, uma melhoria progressiva na APS e sua capacidade de causar modificações sobre o perfil epidemiológico da população.

Logo, a ESF se caracteriza como um importante modelo de atenção à saúde com capacidade de enfrentamento das ICSAP no Brasil. Entretanto, estas internações ainda permanecem em valores percentuais consideráveis, indicando a necessidade do contínuo fortalecimento e aprimoramento da APS. Além disso, aponta-se a necessidade de estudos que investiguem quais aspectos e atributos APS podem contribuir positivamente no controle das ICSAP.

Referências

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

ARRUDA, J. C.; COSTA, J. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-1118, 2017.

BRASIL, V. P.; COSTA, J. S. D. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011. *Epidemiologia dos Serviços de Saúde*, Brasília, v. 25, n. 1, p. 75-84, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.

CASTRO, A. L. B. *et al.* Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2353-2366, 2015.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 968-977, 2014.

CHALKIDOU, A. *et al.* Correlation between Ki-67 immunohistochemistry and 18F-Fluorothymidine uptake in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer*, [S. l.], v. 48, n. 18, p. 3499-3513, 2012.

COSTA, J. S. D. *et al.* Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1289-1296, 2016.

COSTA, L. Q.; PINTO JÚNIOR, E. P.; SILVA, M. G. C. Tendência temporal das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de cinco anos de idade no Ceará, 2000 a 2012. *Epidemiologia dos Serviços de Saúde*, Brasília, v. 26, n. 1, p. 51-60, 2017.

MAIA, L. G. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 1-11, 2019.

MORIMOTO, T. C.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 891-900, 2017.

NEDEL, F. B. *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiologia dos Serviços de Saúde*, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010.

NUNES, R. P. Estratégia Saúde da Família e internações por condições sensíveis à atenção primária: uma revisão sistemática. *Revista de Atenção Primária em Saúde*, Juiz de Fora, v. 21, n. 3, p. 450-460, 2018.

OLIVEIRA, É. S. B. E.; OLIVEIRA, V. B.; CALDEIRA, A. P. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais, entre 1999 e 2007. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 41, n. 1, 2017.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 331-342, 2014.

PINTO JÚNIOR, E. P. *et al.* Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2018.

PINTO, E. C. P. *et al.* A Estratégia de Saúde da Família e as internações por condições sensíveis à atenção primária no Paraná. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 35-47, 2018.

PINTO, L. F. *et al.* Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2105-2114, 2019.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 958-967, 2014.

SANTOS, L. *et al.* Analysis of conditions sensitive to primary care in a successful experience of primary healthcare expansion in Brazil, 1998-2015. *Public health*, [S.l.], v. 162, p. 32-40, 2018a.

SANTOS, L. P. R. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 178-183, 2018b.

SCUDESE, C. Z. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária após a implantação da estratégia saúde da família no município de Petrópolis/RJ. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 811-817, 2017.

SILVA JÚNIOR, V. B.; SILVA, M. T. A.; CRUZ, D. F. Interface entre as Doenças Infecciosas e Parasitárias e a Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 325-332, 2018.

SOUZA, D. K.; PEIXOTO, S. V. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. *Epidemiologia dos Serviços de Saúde*, Brasília, v. 26, n. 2, p. 285-294, 2017.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Avaliação da resolutividade e da efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. *SANARE*, Sobral, v. 17, n. 1, p. 65-73, 2018.

9.

Internações por condições sensíveis à Atenção Primária na infância: situação epidemiológica no estado de Pernambuco

Beatriz da Silva Aguiar

Amanda Priscila de Santana Cabral Silva

Introdução

A atenção à saúde da criança no Brasil vem sofrendo transformação no decorrer dos anos, fruto de avanços técnico-científicos, de políticas públicas e de participação de vários sujeitos da sociedade (SALES *et al.* 2013). No mundo, no ano de 2018, ocorreram cerca de 5,3 milhões de óbitos de crianças menores de cinco anos de vida, enquanto, no ano de 2017, 290 mil mulheres morreram em decorrência de complicações no parto (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2019). Nas duas situações, as causas evitáveis são protagonistas.

O acompanhamento do desenvolvimento e crescimento infantil é a principal estratégia de linha de cuidado para a atenção à saúde da criança, como sugerido pelas políticas públicas. Trata-se de investimento em estratégias de melhor custo-benefício em práticas para a promoção em saúde, como na imunização e na assistência às doenças prevalentes na infância (GAÍVA *et al.*, 2018).

Na população infantil, diferentemente de adultos, há um predomínio de doenças agudas que fazem parte da lista brasileira de internações por causas sensíveis à atenção primária (ICSAP),

portanto evitáveis com a assistência oportuna dos serviços da APS (PEDRAZA *et al.*, 2017).

A APS é a porta de entrada preferencial das redes de atenção à saúde. Refere-se a um conjunto de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, impactando no bem-estar e acréscimo da população (RIBEIRO; ARAÚJO FILHO; ROCHA, 2019). É esperado que a APS seja ordenadora do cuidado, resolutiva em média de 75 a 85% e que contemple a maioria dos agravos à saúde, salvo agravos incomuns ou raros (SANTOS; LIMA; FONTES, 2019).

As causas sensíveis à atenção primária (CSAP) são agravos à saúde que tendem a se reduzir quando ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças agudas, controle e acompanhamento das doenças crônicas são desenvolvidas de forma adequada em tempo e maneira oportunos (FARIAS *et al.*, 2019). A taxa de hospitalizações por CSAP representa um indicador do desempenho da APS, tanto de acesso como de qualidade dos serviços primários de saúde (AMARAL *et al.*, 2020).

Especificamente, a faixa pediátrica tem destaque nas altas taxas de ICSAP. Nas últimas décadas, as doenças respiratórias, as doenças infecciosas/parasitárias e as doenças originadas no período perinatal, que estão entre as causas de ICSAP, foram as principais determinantes de hospitalização de crianças no Brasil e no mundo (LÔBO *et al.*, 2019, p.3214).

No Brasil foi observada a necessidade de uma lista que atendesse as particularidades regionais e a possibilidade de inclusão do indicador como medida qualitativa da APS. Assim, para a validação da ferramenta avaliativa de impacto foi criada a Lista brasileira das ICSAP (ALMEIDA *et al.*, 2019).

A Lista brasileira de ICSAP é composta por 19 grupos de causas de hospitalização e diagnósticos (BRASIL, 2008). Segundo Bragato (2020), pesquisas brasileiras sobre as ICSAP na população infantil passaram a ter maior visibilidade a partir de 2008, quando o Ministério da Saúde adaptou e regulamentou a lista brasileira de ICSAP.

Para a consolidação de um sistema de saúde efetivo, o processo avaliativo é de grande importância para a resolutividade da saúde de uma determinada população. Mesmo diante da ascensão APS no

país, persistem as dificuldades no acesso, na qualidade e resolutividade dos serviços ofertados (CAMELO; REHEM, 2019).

Desta forma, sabendo-se que as ICSAP guardam estreita relação com as ações e serviços ofertados pela APS, representando um desafio a Política Nacional de Atenção Básica, pergunta-se: Qual o perfil epidemiológico das ICSAP em menores de cinco anos em Pernambuco, no período de 2009 a 2018?

Aspectos teóricos e metodológicos

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal. A principal característica desse desenho é que a observação das variáveis é realizada em um único momento, quando o pesquisador registra uma fotografia dos fatos (variáveis) de interesse. Tem como vantagens o fato de permitir a observação direta pelo pesquisador dos fenômenos a pesquisar, de realizar a coleta de informações em curto espaço de tempo, sem necessidade de acompanhamento dos participantes, e de produzir mais rapidamente resultados, portanto, com um custo inferior ao dos demais desenhos. Estes estudos, mesmo que puramente observacionais e descritivos, são muito úteis no campo da Saúde Pública (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018).

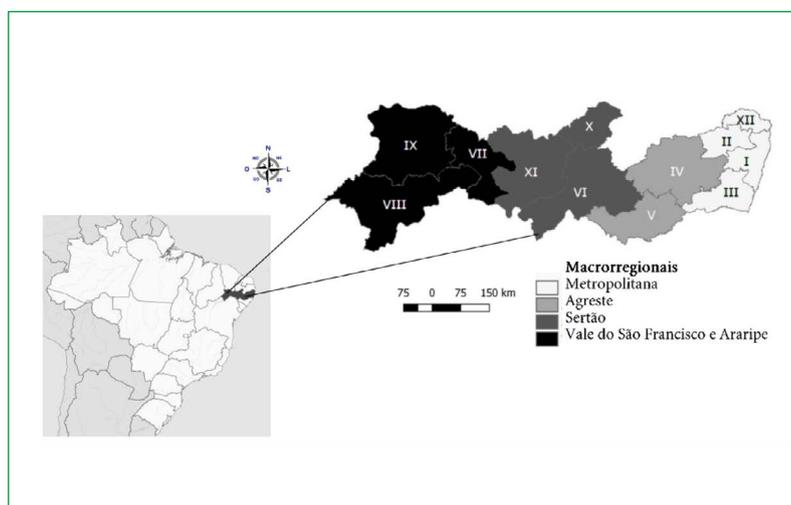
O local de estudo é o estado de Pernambuco, situado na região nordeste do Brasil. Apresenta 185 municípios distribuídos em 12 regionais de saúde agrupadas em 4 macrorregionais de saúde, sendo estas: metropolitana (quatro regionais e 72 municípios); agreste (duas regionais e 53 municípios); sertão (três regionais e 35 municípios) e Vale do São Francisco e Araripe (três regionais e 25 municípios) (figura 1) (PERNAMBUCO, 2011). No estado, a população estimada para o ano de 2019 foi de 9.496.294 habitantes, sendo 694.805 menores de 5 anos (BRASIL, 2020).

A população de estudo são os menores de 5 anos residentes no estado de Pernambuco com internação por CSAP, registrada no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH - SUS), durante o período de estudo, 1 de janeiro de 2009 e 31 de dezembro de 2018.

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis sexo, raça/cor, idade e macrorregião de residência e tipo de ICSAP segundo CID-10.

Conforme o CNS, Resolução nº. 510 de 7 de abril de 2016, a submissão ao CEP foi dispensada por se tratar de um estudo a partir do banco de dados secundários e de domínio público do Sistema de Informação em saúde do departamento de informática do SUS (DATASUS), cujas informações são agregadas e não possibilitam a identificação individual (BRASIL, 2016).

FIGURA 1 | Macrorregionais e Regionais de Saúde. Pernambuco, Brasil. 2020



FONTE: Silva, Maia e Souza (2020).

Resultados e discussão

Os resultados permitem demonstrar que entre 2009 e 2018, foram registrados um total de 594.122 internações em menores de cinco anos no estado de Pernambuco, sendo que destas, 214.141 (36,1%) foram internações por CSAP, uma média de 21.444 internações/ano e de 2.981,5 internações/100 mil habitantes.

No primeiro quinquênio, entre 2009 e 2013, ocorreram 122.210 internações por ICSAP (3.339,8/100 mil habitantes), enquanto no

segundo quinquênio, entre 2014 e 2018, 91.931 crianças menores de 5 anos foram internadas por ICSAP (2. 609/100 mil habitantes), o que configura uma redução absoluta de 24,8% (tabela 1).

Seguindo o padrão estadual, observa-se uma redução de ICSAP em todas as Macrorregiões de saúde (tabela 1). Entretanto, observa-se que a Região Metropolitana permanece com o número maior de hospitalizações, seguida do Sertão.

TABELA 1 | Evolução das ICSAP em crianças menores de cinco anos segundo Macrorregionais de Residência. Pernambuco, 2009 a 2018

Macrorregiões de Saúde	1º Quinquênio (2009 a 2013)	2º Quinquênio (2014 a 2018)	Variação (%)
Metropolitana	68.224	57.008	-16,4
Agreste	16.035	11.383	-29,0
Sertão	20.425	12.478	-38,9
Vale do São Francisco e Araripe	17.526	11.062	-36,9
Total	122.210	91.931	-24,8

FONTE: elaboração própria a partir do SIH/SUS, Ministério da Saúde (BRASIL, 2023).

Destacou-se a maior proporção de casos no sexo masculino (n= 118.430; 55,3%); a faixa etária entre um e quatro anos, superior a 50% nos dois períodos analisados; a concentração de casos na macrorregional Metropolitana, seguida da Macrorregional Sertão. A análise pela raça/cor foi comprometida por ter mais de 50% de informações ignoradas; dentre os válidos está a maior concentração de internações entre as crianças pardas (tabela 2).

Estudo que abordou o comportamento das ICSAP no Brasil identificou esse decréscimo no país e o relacionou sobretudo a expansão da Estratégia de Saúde da Família à diminuição da frequência de internações (PINTO JUNIOR *et al.*, 2020).

Dentre os subgrupos das faixas etárias, as internações por CSAP concentram-se nas crianças entre um e quatro anos, 119.047 (55,6% dos casos). Achados semelhantes foram encontrados no Mato Grosso do Sul, onde, de um a quatro anos, o quantitativo foi de 34.962 (60,53%) (BRAGATO, 2020).

TABELA 2 | Características do perfil epidemiológico das ICSAP em crianças menores de cinco anos, Pernambuco, 2009 a 2018

Variáveis	2009 a 2013		2014 a 2018		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Sexo*						
Masculino	67.452	55,2	50.978	55,5	118.430	55,3
Feminino	54.758	44,8	40.953	44,5	95.711	44,7
Raça/cor*						
Branca	11.133	9,1	5882	6,4	17.015	7,9
Preta	1.016	0,8	417	0,5	1.433	0,7
Parda	37.387	30,6	44.062	47,9	81.449	38,1
Amarela	780	0,6	397	0,4	1.177	0,5
Indígena	198	0,2	115	0,2	313	0,2
Sem informação	71.696	58,7	41.058	44,6	112.754	52,6
Idade*						
Menores de 1 ano	51.069	41,8	44.025	47,9	95.094	44,4
1 a 4 anos	71.141	58,2	47.906	52,1	119.047	55,6
Macrorregiões de Saúde*						
Vale do São Francisco e Araripe	17.526	14	11.062	12,1	28.588	13,3
Sertão	20.425	16,8	12.478	13,5	32.903	15,4
Metropolitana	68.224	55,9	57.008	62,1	125.232	58,5
Agreste	16.035	13,3	11.383	12,3	27.418	12,8

FONTE: elaboração própria a partir do SIH/SUS, Ministério da Saúde (BRASIL, 2023).

Quanto as causas de internação por ICSAP em Pernambuco, a pneumonia foi a causa mais frequente entre as crianças menores de cinco anos, tanto no primeiro (46,4%) quanto no segundo (52,9%) quinquênio (tabela 3). As internações por diarreia e gastroenterites 34,7% e 12,9% e asma 15,7% e 12,9% foram as causas que mais reduziram ao decorrer dos anos, tendo a diarreia e gastroenterite uma maior redução quando comparada as demais causas. Por outro lado, a bronquite/bronquiolite 1,9% e 11,4% e sífilis congênita 1,3% e 9,9%, tiveram tendência de aumento (tabela 3).

TABELA 3 | Principais causas de Internações por CSAP na Infância. Pernambuco. 2009 a 2018

Principais ICSAP	2009 – 2013 (%)	2014 – 2018 (%)
Pneumonia	46,4	52,9
Diarreia e Gastroenterite	34,7	12,9
Asmas	15,7	12,9
Bronquite e Bronquiolite	1,9	11,4
Sífilis Congênita	1,3	9,9

FONTE: elaboração própria a partir do SIH/SUS, Ministério da Saúde (BRASIL, 2023).

As especificidades do processo saúde doença de cada região acarretaram diferentes resultados encontrados nas macrorregiões de saúde. No estado de Pernambuco a pneumonia foi a principal causa em menores de cinco anos, seguindo a tendência observada em todo o país. Segundo Hatisuka e outros (2015), a pneumonia apresenta-se como uma das principais causas de internações, sendo o reflexo da influência das condições ambientais a que é submetida a população infantil.

Crianças menores de cinco anos tendem a apresentar maior susceptibilidade a doenças do aparelho respiratório também em decorrência da sua vulnerabilidade biológica. Estudo realizado por Pedraza e outros (2017) evidenciou que doenças do aparelho respiratório era comum entre as crianças brasileiras, e que entre os anos de 1998 e 2007 40% das internações em menores de cinco anos foram procedentes a doenças do aparelho respiratório.

A macrorregião Metropolitana concentra o maior quantitativo das hospitalizações, apresentando semelhanças ao sertão no processo de adoecimento, porém tem em seu território o maior número de internações por sífilis congênita, com quantitativo de 6.959, representando 6,5% do ranking das internações.

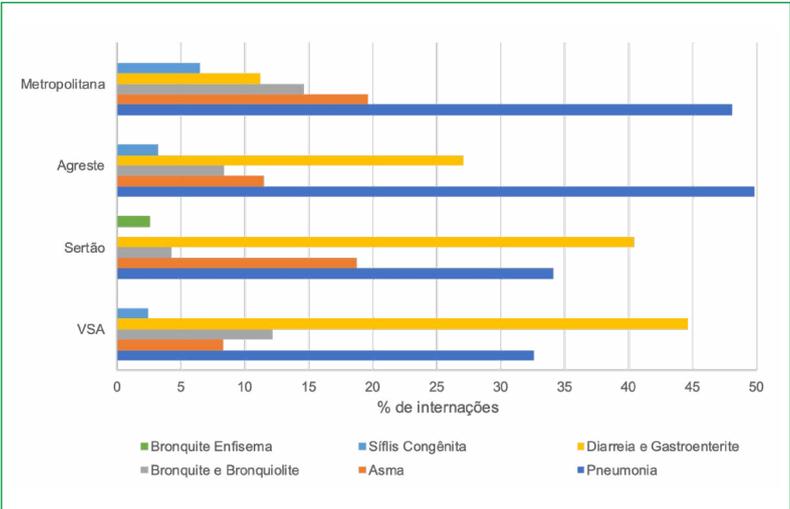
O Agreste tem como principal morbidade a pneumonia com um total de 12.132 casos, representando 49,8%, já o Vale do São Francisco e Araripe tem como principal morbidade a diarreia e gastroenterites com um total de 11.562 hospitalizações, representando 44,6% das internações.

O baixo índice socioeconômico, demográfico (esgotamento sanitário, educação entre outros), desencadeia maiores números

de internações e complicações por diarreia e gastroenterites em regiões onde se concentra o maior nível de pobreza (AMARAL *et al.*, 2020; MOURA *et al.*, 2010).

A sífilis congênita, doença que apresenta uma estreita relação com a não oferta de um pré-natal de qualidade, se fez presente como umas das principais causas em três das quatro Macrorregiões de saúde (Vale do São Francisco e Araripe, Agreste e Metropolitana). A situação de (des)controle da Sífilis Congênita no Brasil representa um sério problema de saúde pública, que incide de maneira negativa a morbimortalidade perinatal e neonatal e requer medidas efetivas de planejamento à saúde (SILVA *et al.*, 2019; MELO; DAN; FERREIRA, 2011).

FIGURA 1 | Ranking das principais causas de internações nas macrorregiões de saúde, Pernambuco, 2009 a 2018



FONTE: elaboração própria a partir do SIH/SUS, Ministério da Saúde (BRASIL, 2023).

Considerações finais

O presente estudo permitiu caracterizar o perfil das ICSAP em crianças menores de cinco anos no estado de Pernambuco, no período de 2009 a 2018, a partir das variáveis selecionadas. Observou-se

redução das internações por CSAP em crianças menores de cinco anos ao decorrer da década estudada. Contudo, destaca-se a que mais de 35% das internações na faixa etária analisada são devido a CSAP.

Diante desse valor impactante, cabe os seguintes questionamentos: a APS tem sido resolutiveira como deveria? Até quando a implementação, no ano de 2017, da “nova” Política Nacional de Atenção Básica, com visível descaracterização da Estratégia da Saúde da Família, contribuíram para o estacionamento ou alavancamento da magnitude da ICSAP?

Estudos acadêmicos e ações de monitoramento e avaliação sobre ICSAP nos serviços de saúde são indispensáveis para a gestão pública de saúde, para melhoria de estratégias de prevenção e controle para redução do volume de futuras internações.

Referências

ALMEIDA, L. M. L. *et al.* As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de um município do interior de Minas Gerais, Brasil. *Enfermagem Atual In Derme*, [S. l.], v. 90, n. 28, 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/417>. Acesso em: 5 ago. 2023.

AMARAL, J.V. *et al.* Child hospitalizations by sensitive conditions to primary care. *Revista de Enfermagem da UFPI*, Teresina, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 41-46, 2020.

BRAGATO, E. E. T. F. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças menores de cinco anos no Mato grosso do Sul no período de 2008 a 2017. In: BRAGATO, E. E. T. F. M. (org.). *Internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças menores de cinco anos no Mato grosso do Sul no período de 2008 a 2017*. Campo Grande: Fundação Oswaldo Cruz / Fiocruz, 2020. p. 13-70.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pernambuco. *Panorama*, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS). 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/>. Acesso em: 5 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 221, de 17 de abril de 2008. Lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMELO, M. S.; REHEM, T. C. M. S. B. Hospitalizations due to primary pediatric care sensitive conditions in the Distrito Federal: an exploratory ecological study. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 23, p. 18, 2019.

FARIAS, Y. N. et al. Iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações por causas evitáveis em menores de cinco anos no Brasil, 2009-2014. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. Sup. 3:e00001019, 2019.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Mortalidade Materna e na Infância – Mulheres e crianças estão sobrevivendo cada vez mais. Brasília: Unicef Brasil, 2019.

GAÍVA, M. A. M. et al. Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Avances em Enfermería*, Bogotá, v. 36, n. 1, p. 9-21, 2018.

HATISUKA, M. F. B. et al. Análise da tendência das taxas de internações por pneumonia bacteriana em crianças e adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, p. 294-300, 2015.

LÔBO, I. K. V. et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de Menores de um ano, de 2008 a 2014, no estado de São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3213-3226, set. 2019.

MELO, N. C. D.; DAN, A. M.; FERREIRA, L. O. C.; Diferenciais intraurbanos de Sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). *Epidemiologia dos Serviços de Saúde*, Brasília, v. 20 n. 2 p. 213-222, 2011.

MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Revista Brasileira de Saúde de Materno Infantil*, Recife, v. 10, Supl. 1, p. s83-s91, 2010.

PEDRAZA, D. F. et al. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 26, n. 1, p. 169182, 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. 2011. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrcconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf. Acesso em: 13 ago. 2021.

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em crianças menores de 1 ano no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 2883-2890, 2020.

RIBEIRO, M. G. C.; ARAUJO FILHO, A. C. A.; ROCHA, S. S. Children's hospitalizations by sensitive conditions in primary care in the Northeast of Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 19, n. 2, p. 491-498, 2019.

SALES, M. L. H. et al. Qualidade da atenção à saúde da criança na estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 151-156, 2013.

SANTOS, B. V.; LIMA, D. S.; FONTES, C. J. F. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 28, n. 1, p. 1-12, 2019.

SILVA, A. P. S. C.; MAIA, L. T. S.; SOUZA, W. V. Síndrome Respiratória Aguda Grave em Pernambuco: comparativo dos padrões antes e durante a pandemia de Covid-19. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 4141-4150, 2020.

SILVA, I. M. D. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis congênita. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v. 13, n. 3, p. 604-613, 2019.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018.

10.

O ato injusto da Justiça: percepções dos gerentes da regulação em saúde sobre a judicialização e seus efeitos

Raissa Alves Ferreira

Roseli Joseli da Silva

Manoel Clemente da Silva Neto

José Marcos da Silva

José Ronaldo Vasconcelos Nunes

Introdução

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabeleceu a saúde como um direito social fundamental que ampliou a condição de cidadania, por meio da determinação da prestação pelo Estado da oferta de bens e serviços de saúde. O artigo 196 deste documento tornou-se emblemático na relação entre o Estado brasileiro e seus cidadãos (MORAES, 2009, p. 206). Segundo Delduque e Oliveira (2009), a conquista do direito à saúde não terminou no texto constitucional, pois, enquanto existirem indicadores que apresentem injustiças sociais e quadros epidemiológicos não favoráveis, permanecerá o desafio de efetivação do direito à saúde.

A Lei n.º 8.080/1990, que regulamentou o SUS, adotou, como princípios doutrinários, universalidade, equidade e integralidade, e, como diretrizes de cunho organizativo, a regionalização, a descentralização e a hierarquização. Esse arcabouço legal induziu

determinações políticas, operacionais e de gestão que estruturaram a implantação e implementação do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1990). Para além desse instrumento legal, um vasto conjunto normativo permitiu que o SUS promovesse conquistas sociais nas últimas décadas.

Um conjunto de políticas e programas evidenciou avanços em relação à saúde pública que vão desde programas específicos como o PNI, que tem demonstrado resultados significativos para a população, até políticas abrangentes como a Política Nacional de Atenção Básica. Apesar desses e de vários outros avanços no campo da saúde pública, bem como de um constante empenho institucional para a efetivação dos princípios do SUS, a assistência à saúde, conforme se pretendia na interpretação autêntica do texto constitucional, não se consolidou em sua plenitude (GUEDES, 2020; SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2010).

Para dar conta disso, o financiamento sempre foi um desafio. Os governos não asseguram os investimentos adequados e estáveis para a manutenção da estrutura do sistema (PAIM *et al.*, 2011). Essa realidade, atrelada a condição de direito subjetivo da saúde, tem provocado nas últimas décadas o fenômeno da judicialização, com um crescente volume de ações judiciais contra o SUS, que demandam o fornecimento de tratamentos médicos, medicamentos e outros bens e serviços de saúde (CONASEMS, 2021).

Essas decisões do Poder Judiciário, muitas vezes, determinam a realização de tratamentos, ignorando a realidade de escassez financeira. E acabam promovendo outros problemas, quando direcionam parte considerável dos recursos públicos para demandas judiciais sem considerar adequadamente para as evidências científicas, prioridades de saúde pública, eficiência do gasto público e a sustentabilidade do sistema (CONASEMS, 2021). Bem como, sem considerar os processos gerenciais que são responsáveis pela operacionalização da macroestrutura do SUS.

Dentre os setores gerenciais do sistema de saúde, a regulação em saúde sofre os impactos da judicialização por seu papel de controle dos serviços, realizando correções que visam ajustar, facilitar,

limitar alguns processos para a satisfação ou atendimento da população e de suas necessidades (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

O papel da regulação é o de promover a integração e a articulação dos serviços com as ações de fiscalização, avaliação e auditoria nos distintos níveis de complexidade da assistência, numa rede organizada hierarquicamente. A realização de fiscalizações eficazes desses serviços pode conter a crescente judicialização das questões da saúde (OTONI, 2021). Ademais, promove a equidade do acesso e garante, de modo ordenado e universal, a integralidade da assistência, sendo o setor da gestão necessário para garantir efetividade aos serviços desenvolvidos pelos sistemas de saúde (VILARINS; SHIMIZUI; GUTIERREZ, 2012).

O conhecimento sobre a relação entre o fenômeno da judicialização e a gestão da regulação do acesso aos serviços de saúde torna-se relevante enquanto as determinações judiciais inferem no cotidiano do serviço de regulação. Essa relação é pouco estudada e a literatura científica ainda é incipiente, embora os estudos voltados à compreensão do fenômeno da judicialização da saúde estejam em desenvolvimento.

A judicialização promove a interdisciplinaridade dos campos das Ciências Jurídicas e da Saúde Coletiva, por isso, o presente artigo apresenta uma análise da percepção dos profissionais que atuam a gerência de regulação em saúde sobre a judicialização por serviços de saúde no estado de Pernambuco.

Aspectos teóricos e metodológicos

O estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. A partir da dimensão do campo de estudo, o estado de Pernambuco, foram entrevistados sanitaristas de diferentes profissões que trabalharam na gerência da Secretaria Executiva de Regulação em Saúde (SERS), da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), entre os anos de 2019 e 2021. Buscou levantar informações a partir da compreensão de técnicos da gestão que possuem conhecimento específico sobre a regulação em saúde na SES-PE.

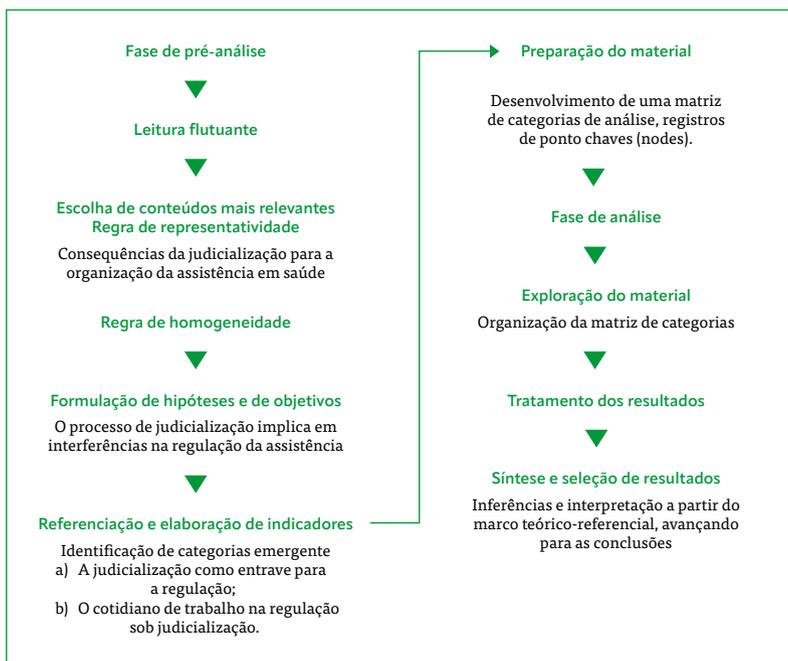
A SERS é responsável pela coordenação das políticas de regulação de fluxos assistenciais do SUS no estado, credenciamentos, controle, monitoramento, avaliação da rede complementar, auditoria da gestão do SUS e apoio à regionalização. Sua estrutura conta com a Central Estadual de Regulação Hospitalar e Ambulatorial, que interliga em rede, com um suporte de um serviço de *Call Center*, todas as unidades de saúde do estado que prestam serviços ao SUS; além de regular a estrutura relacionada à Central Estadual de Transplantes (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2022).

Estabeleceu-se a saturação de sentidos como técnica de amostragem cuja finalidade é estabelecer limites para a realização de entrevistas quando o sentido de um determinado tema foi definido pela repetição nas falas dos sujeitos. Dessa forma, os informantes-chave foram o total de quatro sujeitos entrevistados cujo recrutamento esteve relacionado à função exercida pelo profissional, ou seja, funcionário público responsável pela gestão do serviço de regulação, pela tomada de decisão, pelo controle de serviço, pelo monitoramento da implementação e operacionalização das centrais de regulação em saúde, e pelo estímulo e apoio a implementação de complexos reguladores.

Utilizou-se a ferramenta eletrônica remota *Google Meet* para aplicação do instrumento de pesquisa com entrevista semiestruturada contendo cinco perguntas abertas com foco no objetivo proposto. As entrevistas aconteceram durante o mês de outubro de 2021, em acordo com as recomendações éticas vigentes (BRASIL, 2021).

Após transcrição, o material foi submetido à análise de conteúdo, com análise temática, conforme sinaliza Minayo (2014). Nesse sentido, seguiu-se a pré-análise, na fase de exploração, com a identificação de conteúdo mais relevantes, referência e formulação de indicadores; a fase de análise com a elaboração da matriz de categorias e a fase de tratamento dos resultados. Nessa perspectiva, identificaram-se os núcleos de sentido evidenciados mediante a frequência e forma de exposição (figura 1).

FIGURA 1 | Fluxograma das etapas da análise de conteúdo



FONTE: elaboração própria.

Foi estabelecida a categoria de análise, *a priori*, percepções sobre a judicialização e seus efeitos sobre a gerência da regulação em saúde e as consequências na regulação do sistema de saúde. Emergiram das entrevistas as seguintes categorias de análise: a) a judicialização como entrave para a regulação em saúde; b) o cotidiano de trabalho na regulação em saúde sob efeito da judicialização. Desse modo, estabeleceu-se uma matriz de análise com categorias de análise e categorias operacionais.

A pesquisa seguiu as recomendações da Conep, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CAV da UFPE, sob o CAE 48899121.6.0000.9430.

Os resultados são apresentados em corpus textuais retirados de fala dos entrevistados identificados com o pseudônimo de Entrevistado, acompanhado no algarismo arábico correspondente a ordem das entrevistas.

Diante da definição das duas categorias de análise: a judicialização como entrave para a regulação em saúde e o cotidiano de trabalho na regulação em saúde sob efeito da judicialização, apresenta-se a seguir os resultados e discussões do estudo.

QUADRO 1 | Matriz de análise sobre as percepções sobre a judicialização e seus efeitos sobre a gerência da regulação em saúde e as consequências na regulação do sistema de saúde, Recife, 2022

Categoria de análise	Categorias operacionais
a) a judicialização como entrave para a regulação em saúde;	Critérios de acesso aos serviços Lista de espera Equidade Planejamento da oferta de serviços adscritos Impacto das ações judiciais sobre o planejamento, critérios de acesso e lista de espera
b) o cotidiano de trabalho na regulação em saúde sob efeito da judicialização.	Descumprimento de protocolos Necessidade de transparência nas decisões judiciais [des]organização da regulação para atender às ações judiciais

FONTE: elaboração própria.

Resultados e discussão

Os resultados são discutidos de acordo com as categorias de análise a seguir:

A Judicialização como entrave para a regulação em saúde

Para garantir o direito à saúde, a regulação se constitui como uma importante etapa do processo de gestão. Porém, as consequências advindas da judicialização podem modificar o formato de implementação e organização da regulação, alterando os critérios e os fluxos pré-estabelecidos. Conforme os entrevistados, ocorre uma interferência do Poder Judiciário no processo de regulação do acesso à assistência em saúde. A partir do momento que o serviço recebe uma demanda judicial, acontece uma desestruturação do fluxo estabelecido na central reguladora.

Na gestão da saúde pública, os instrumentos regulatórios são estruturados em complexos reguladores que organizam o fluxo da assistência na ABS, na média e alta complexidade. Estes integram

os dispositivos responsáveis pelo acesso nas centrais reguladoras, tanto nas ambulatoriais (consultas e exames) quanto nas de internações; e atuam como centro estratégico-operacional entre oferta e demanda no SUS; formando uma estrutura que articula e integra as centrais de internação, cirurgias eletivas, urgências, consultas, exames especializados, entre outros (BASTOS *et al.*, 2020).

A regulação é imprescindível para o SUS, pois direciona a oferta dos serviços públicos de saúde que integram o sistema em redes assistenciais, e precisam estar organizados de forma que consigam prestar ao usuário qualidade no acesso. O processo regulatório é um instrumento de gestão que visa diminuir as possíveis desigualdades no atendimento da saúde. Regular pressupõe olhar para todos os setores da saúde e pensar, em conjunto, o melhor a se fazer.

Segundo a OMS, a regulação é uma função de governança dos sistemas de saúde, relaciona-se à função do Estado de ordenar as relações de produção e distribuição de recursos, bens e serviços de saúde (WHO, 2000). Ela surge, no SUS, como um intermediador entre necessidades dos usuários e a capacidade de oferta das redes de atenção e dos serviços de saúde, de forma ordenada, qualificada e equânime (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016). Essa prática de gestão que busca uma qualificação constante tem encontrado diversos entraves para a sua efetivação; nas últimas décadas, uma das principais dificuldades é o fenômeno da judicialização das questões da saúde.

É possível perceber que o crescimento das demandas judiciais a partir da reivindicação do direito à saúde vem sendo uma permanente preocupação dos gestores do SUS. O debate aponta para a necessidade de implementar critérios que contribuam no balizamento das decisões advindas do Poder Judiciário (BORGES; LEÃO, 2020). Bem como a consideração que se trata de serviços desenvolvidos a partir de políticas públicas, que estão sujeitos a interferências que ultrapassam os limites da gestão.

A percepção dos entrevistados é de que a judicialização desarmoniza a dinâmica do serviço e interfere no bom desenvolvimento do processo de trabalho. Eles concordam que as regras de prioridade dos pacientes, acordadas por critérios pré-estabelecidos com os

serviços, que contemplam aspectos como o nível de gravidade do quadro clínico e o tempo de espera, são ignoradas. Chegam a acreditar que muitas vezes a prioridade determinada pela Justiça se dá por meio de uma lógica injusta, por priorizar usuários que conseguem acessar o Poder Judiciário.

Na fala desses profissionais ficou evidenciado um sentimento de injustiça. Até porque não existe outro encaminhamento, a não ser cumprir a ordem judicial. O direito à saúde no Brasil é universal, embora nem todos tenham acesso; a escassez de recursos na organização de saúde ao distribuir vagas na área da saúde gera desgastes entre os profissionais da gestão. Quando uma situação se apresenta como uma injustiça, o indivíduo consegue reconhecê-la como injusta, antes mesmo de se questionar sobre o porquê de ela ser injusta. Além disso, as emoções ocasionadas pela injustiça, como raiva e decepção, por exemplo, são conhecidas por todos, na iminência de gerar os referidos sentimentos de injustiça.

Assim que um trabalhador profissional de saúde sente uma injustiça, tenta intervir no sentido de transformar a situação. Quando assiste uma situação injusta com um usuário, ele sente raiva, nervosismo e tristeza. Esses sentimentos são potencializados, promovendo a tomada de atitude no sentido de fazer algo para corrigir as injustiças (LEMES *et al.*, 2016).

Diante de uma ordem do Poder Judiciário para que se cumpra alguma demanda, além de comprometer o processo, é colocado um usuário na frente de pacientes que estavam aguardando há mais tempo, causando desgaste físico e emocional para os gerentes em saúde e profissionais reguladores. O sentimento de tirar a vida de um, e dar a vida ao outro (*Entrevistado 2*) é de responsabilidade do Estado, e deixa de estar ao alcance das suas ações.

A prática dos trabalhadores da regulação é permeada por outro sentimento; o de contradição. Isso foi expresso diante dos desdobramentos do fenômeno da judicialização. Analisando as respostas, eles afirmaram que a intervenção judicial atrapalha, injusta, mas que é um direito do cidadão.

Considerando o crescimento de demandas judiciais relacionados à saúde pública, o fenômeno da judicialização é uma questão

preocupante, até porque a busca dos tribunais tornou-se o caminho para dispensar as omissões e falhas do sistema (BORGES; LEÃO, 2020). O sistema apresenta-se muitas vezes lento e as vagas são insuficientes para a demanda. Os usuários acabam por considerar a judicialização como o caminho mais fácil para seu direito ser efetivado; consolidando uma porta de entrada informal ao sistema.

Também foi evidenciada a questão dos pacientes que vêm de planos de saúde e acessam os serviços do SUS por intermédio da judicialização. O pouco conhecimento e entendimento das normas e técnicas atuais que regem o SUS, por parte dos advogados dos planos de saúde, dos contratos e conceitos que baseiam os planos de saúde, ainda que de boa-fé, motivam demandas inapropriadas (CECHIN, 2021). Para os gerentes da regulação, a judicialização contribui para desarticular o fluxo da assistência, embora seja um direito subjetivo do cidadão.

Emerge como percepção dos entrevistados que apesar de a lei prever o direito individual, há repercussão negativa sobre o direito coletivo produzido pela ação judicial. Desse modo, compreende-se o ato judicial como injusto, por proporcionar, no dia a dia da gestão de regulação assistencial, considerável desorganização do planejamento das ações previstas nos instrumentos de gestão do SUS. Torna-se uma ação externa ao planejamento e gestão, com efeitos negativos para a saúde mental dos trabalhadores responsáveis pela regulação, nos seus cotidianos de trabalho.

O cotidiano de trabalho na regulação sob os efeitos da judicialização

A regulação se refere aos serviços que funcionam sob concessão do Estado para suprir necessidades da população (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006). No setor da saúde, a regulação ocorre para “proteger” os cidadãos de possíveis falhas na organização da prestação dos serviços e acesso aos bens de saúde. Os profissionais reguladores em saúde se posicionam como agentes responsáveis pelo trabalho burocrático de garantia de acesso aos serviços (BASTOS *et al.*, 2020).

Como ficou claro na discussão da categoria anterior, a judicialização provoca um efeito subjetivo nos reguladores, mas primeiro, resulta na desorganização das suas atividades.

QUADRO 2 | A judicialização como entrave para a regulação da assistência em saúde, Pernambuco, 2022

Categorias de análise	Categorias operacionais	Corpus textual
<p>a) a judicialização como entrave para a regulação em saúde;</p>	<p>Crítérios de acesso aos serviços; Lista de espera; Equidade; Planejamento da oferta de serviços adscritos; Impacto das ações judiciais sobre o planejamento, critérios de acesso e lista de espera.</p>	<p>[...] nós trabalhamos com obtenção de leito, com alguns critérios: tempo de espera, gravidade do paciente, a unidade que o paciente está; se é uma unidade de menor porte (entrevistado 4).</p> <p>[...] sempre colocávamos nas vagas os pacientes a partir dos critérios de prioridade que eram: gravidade, local onde o paciente estava, idade. E a Justiça fez com que a gente mudasse o fluxo. Porque independente da lista de espera e desses outros critérios que citei, a gente tinha que colocar aquele paciente (indicado pela Justiça) (entrevistado 3).</p> <p>[...] a partir do momento que é judicializada uma ação para conseguir um leito, todos esses critérios são abandonados, a gente termina colocando um paciente que não teria, naquele momento, o critério de escolha como prioridade; e o impacto é muito grande. Pode-se chegar a perceber, por exemplo, que alguns casos chegam a ser uma injustiça realmente (entrevistado 4).</p> <p>[...] de fato, impacta muito! Porque você tem uma fila, um conjunto de critérios de risco, e na verdade acaba “furando a fila” quando chega uma demanda judicial (Entrevistado 2).</p> <p>[...] a culpa é do Estado que não garante assistência para todos. Agora, tem algo que a Justiça faz que atrapalha! Tem! Ela dá indicação [de vaga hospitalar] para paciente de indicação de palição (entrevistado 3).</p> <p>[...] quando se tinha demanda judicial vinda de plano de saúde aceitava-se mesmo assim. Nós tínhamos um olhar diferente, porque os pacientes tinham planos de saúde, mas, estavam na carência, ou a unidade hospitalar não tinha leito de UTI; então, como somos uma Central de Regulação Estadual, entravam na nossa lista [...]. As famílias iam atrás da instituição e ela mandava para Justiça; e entrava com a causa, peticionando que a gente garantisse o leito de UTI, que é o direito do cidadão (entrevistado 4).</p>

FONTE: elaboração própria.

A atuação da gerência em saúde é limitada diante da obrigatoriedade de cumprir a demanda judicial. Estabelecer diretrizes de resposta, descritas em protocolo, é uma importante tomada de decisão, que além de assegurar suporte técnico à equipe de regulação, facilita a capacidade de resposta às demandas recebidas (SILVEIRA *et al.*, 2018). O protocolo pode melhorar o planejamento do serviço, dando uma orientação mais adequada, contribuindo com a organização do processo de regulação.

Os protocolos são ferramentas dos serviços e da gestão que visam reduzir problemas. Diante da necessidade de organizar as ações, considera-se que a ausência de sistematização significa fragilidade da gestão, podendo levar a uma grande variação nos modos de fazer sem regras (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Protocolos de resposta às ações judiciais, implantados nos serviços de saúde, ajudam os gerentes sobre como agir. A sua ausência interfere no processo de trabalho dos profissionais do serviço, que ficam desnorreados, sendo obrigados a acatar o cumpra-se de qualquer maneira.

Para além da ausência de instrumentos de apoio, os profissionais reguladores usam outras estratégias na tentativa de amenizar o impacto no fluxo do serviço. Uma delas é o contato informal com membros do Poder Judiciário, que pode acontecer por ligações telefônicas entre o responsável técnico pela regulação e o magistrado, para dialogarem sobre a viabilidade da decisão judicial, como, por exemplo, uma vaga de internação para um determinado paciente.

Os reguladores entrevistados referiram, como estratégia, a ênfase na transparência de dados como uma ferramenta incorporada ao cotidiano de trabalho, na perspectiva de diminuir os efeitos da judicialização na regulação da saúde. A partir do momento em que são disponibilizados; a quantidade de leitos disponíveis, o volume de vagas que estão à disposição para os usuários, todos os dados e critérios pré-estabelecidos pela regulação em saúde; existirão condições para o Judiciário entender que há uma organização do fluxo de acesso aos serviços, aos leitos de alta complexidade.

Vários estudos e conceitos sobre o acesso à informação no setor público estatal demonstram a efetividade que a transparência pública tem em promover a aproximação entre Estado e sociedade,

além da contribuição para a manutenção e garantia da democracia (NOCETI, 2018). Essa experiência, que deve ser cotidiana na condução da administração pública, é vivenciada na efetivação do controle social da saúde, por exemplo. A prestação de contas dos resultados e decisões que o governo possa desenvolver é o reconhecimento que tanto a população quanto os demais órgãos e instâncias do poder público têm interesse, seja para a definição de metas, o processo de planejamento, ou o acompanhamento do alcance dessas metas (ABDALA; TORRES, 2016). As instituições públicas têm como princípio a responsabilidade de serem transparentes nos seus processos administrativos, inclusive para concretizar a cidadania (FIGUEIREDO; SANTOS, 2014).

Os sistemas informatizados são ferramentas que contribuem para essa transparência, pois, permitem aos gestores conhecer e compartilhar informações sobre o tamanho real das filas de espera, monitorá-las; garantindo uma maior imparcialidade e gerando transparência em seu controle (ALMEIDA; GÉRVAS, GIOVANELLA, 2013). Dar transparência aos dados é de suma importância para serem conhecidas as fragilidades e necessidades do sistema. Segundo os entrevistados, essa transparência, que serve para consolidar a relação entre Estado e sociedade e para qualificar a gestão dos serviços públicos, é suficiente para aprimorar a tomada de decisão dos juízes, deixando-os mais conscientes da estrutura dos serviços e da dimensão organizacional da regulação em saúde. Espera-se, portanto, que essa percepção possa inferir na busca de outros caminhos pelo Judiciário.

Observam-se outras estratégias institucionais utilizadas na relação entre a judicialização e as questões da saúde. Uma delas é a implantação do NATJUS (Núcleos de Apoio Técnico Judiciário), baseada na Resolução do Conselho Nacional de Justiça, n.º 238, de 6 de setembro de 2016. Trata-se de um suporte técnico aos juízes no sentido de suprir e contribuir, por pareceres técnicos, para soluções fundamentadas em evidências, nas questões de saúde levadas aos Tribunais de Justiça (MARIANO *et al.*, 2018), principalmente, nas ações que dizem respeito às solicitações de medicamentos. Em Pernambuco foi implantado, em 2012, o Núcleo de Assistência

Técnica em Saúde (NATS), fruto de uma parceria entre o Poder Executivo e o Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE). O NATS/PE é composto atualmente por uma equipe técnica formada por uma advogada, uma médica e uma farmacêutica, e funciona como um instrumento de apoio aos magistrados, permitindo maior explanação das demandas judiciais da saúde (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO, 2022).

Na estrutura organizacional da Secretaria de Saúde Estadual de Pernambuco, todas as ações do âmbito jurídico são de competência do Núcleo de Assuntos Jurídicos (NAJ/SES-PE); que tem a função de analisar os atos e processos dos órgãos de saúde legalizados da rede estadual, ficando responsável pela análise dos editais, dispensas de licitações e processos (SES, 2014).

QUADRO 3 | O cotidiano de trabalho na regulação em saúde, impacto da judicialização, Pernambuco, 2022

categorias de análise	categorias operacionais	Corpus textual
b) o cotidiano de trabalho na regulação em saúde sob impacto da judicialização.	<p>Descumprimento de protocolos</p> <p>Necessidade de transparência nas decisões judiciais</p> <p>[des]organização da regulação para atender às ações judiciais.</p>	<p>[...] dar transparência aos dados e ter critérios, também. Ter acesso a decisão, o parecer do médico regulador que priorizou aquele paciente e com isso criar esse clima de respeito à fila (entrevistado 2).</p> <p>[...muitas vezes, as políticas públicas falham, e o dever do Estado é garantir a saúde para todos; é agilizar o processo, garantir as políticas públicas. Não ter transparência do que o outro está fazendo como gestor, que é muito importante, encoraja a ação judicial. E esse é meu ponto de vista em relação a isso! Ser transparente e explicar por que a gente não oferta vaga... (Entrevistado 4).</p> <p>[...], e quando isso está sendo transparente, as pessoas entendem realmente e não judicializam. E isso, em alguns casos, faz a diferença, garante a vida” (entrevistado 4).</p> <p>[...] o SUS é universal, o paciente não pode ficar sem acesso à saúde, à promoção, à prevenção; tudo aquilo que a gente sabe que o SUS prevê para o usuário. Mas, não pode ter, só porque tem uma judicialização. Ela vai passar por cima de um projeto que está em Lei. A regulação não é só para a regular paciente; é uma coisa muito maior. Então, cabe o equilíbrio no que é melhor para o usuário (entrevistado 1).</p>

FONTE: elaboração própria.

Considerando o apresentado, verifica-se que o cotidiano de trabalho na gestão da regulação em saúde sofre efeitos a partir do momento em que a judicialização ignora critérios dos serviços que são pré-estabelecidos. Na mesma medida em que, motivados pelo cotidiano de trabalho, os reguladores e gerentes em saúde formulam estratégias que buscam ser eficientes como resposta ao fenômeno da judicialização.

Quando o cidadão precisa recorrer ao Poder Judiciário para acessar um direito, estabelece-se um paradoxo, pois, a oferta de política pública insuficiente ocorre em um Estado de Direito que possui uma vasta estrutura para garanti-lo, desde políticas públicas planejadas até instituições de controle social e dos poderes republicanos (RAMOS *et al.*, 2017).

Considerações finais

Os resultados apresentados são frutos de uma minuciosa análise de dados coletados de um grupo de informantes privilegiados que, na condição de responsáveis pela gestão da Regulação em Saúde do estado de Pernambuco, conseguem expressar consequências da judicialização da saúde.

Enfatiza-se a desestruturação do planejamento e da execução do processo de regulação promovido pela judicialização, vivenciando-se um sentimento de injustiça percebido na dimensão individual com desestabilização emocional. Na mesma medida que se sentem prejudicados, reconhecem o direito subjetivo individual de cidadania, respaldado pelo texto constitucional.

A demanda judicial é percebida como injusta tanto por promover dificuldades no trabalho da regulação em saúde quanto por priorizar o indivíduo em detrimento do coletivo. É a condição de apologistas do SUS, da garantia da assistência de forma universal, evidente nos posicionamentos destes profissionais, que os levam a propor estratégias para pormenorizar os efeitos da judicialização sobre o processo de regulação em saúde.

Diante de tantos esforços nesse sentido, desenvolvidos tanto no Poder Judiciário quanto no Executivo, os gerentes da regulação

propõem estratégias como o contato informal com membros do Poder Judiciário, para conversarem sobre a viabilidade da decisão judicial, e ampliação na transparência de dados, no sentido de contribuir para qualificação da tomada de decisão dos juízes; enquanto seria ofertado aos mesmos o conhecimento da estrutura dos serviços de saúde regulados.

É necessário buscar o diálogo constante na busca de estabelecer uma mediação entre o Judiciário e a gestão do SUS. Importa identificar as “não conformidades” que estabelecem impeditivos para o acesso da população aos serviços de saúde, bem como os limites que existem no planejamento das ações que garantam aos usuários a assistência eficiente e integral.

Por fim, entende-se que a ausência de protocolos no serviço de regulação, destinados a dar respostas ao problema da judicialização, dificulta a orientação da ação dos profissionais reguladores e gerentes da regulação em saúde.

O presente estudo não esgota as possibilidades de análise sobre o tema, necessários novos estudos econômicos que analisem, por exemplo, o impacto financeiro da judicialização no orçamento público, interesses escusos nesses em processos judiciais resultando em lucro para corporações médicas, dentre outros aspectos.

Deve os serviços de regulação assistencial analisarem a possibilidade de criação de protocolos e diretrizes técnicas para resolutividade, tanto no sentido de contribuir nas decisões dos juízes, quanto de qualificar e “proteger” a própria rede de assistência, evitando assim o aumento de demandas judiciais.

Referências

ABDALA, P. R. Z.; TORRES, C. M. S. O. A Transparência como Espetáculo: uma análise dos portais de transparência de estados brasileiros. *Administração Pública e Gestão Social*, Viçosa, v. 8, n. 3, p. 147-158. 2016.

ALMEIDA, P. F.; GÉRVAS, J.; GIOVANELLA, L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415. 2013.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54. 2016.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2015.

BASTOS et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, n. 25. p. epub 12, 2020.

BORGES, S. L.; LEÃO, S. A judicialização da saúde no Brasil e a regulação da saúde suplementar através da Agência Nacional de Saúde. *Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas*, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 122-142, 2020.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília: Casa Civil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Carta Circular nº1/2021-CONEP/SECNS/MS. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 4 ago. 2022.

CECHIN, J. Judicialização da saúde: direitos e consequências. *Revista Estudos Institucionais*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 207-225, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Judicialização da saúde nos municípios: como responder e prevenir: alocação de recursos e o direito à saúde*, v. 1. São Paulo: CONASSEM, 2021.

DELDUQUE, M. C.; OLIVEIRA, M. S. C. Tijolo por tijolo: a construção permanente do direito à saúde. In: COSTA, A. B. et al. (org.). *O Direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: Cead/UNB, 2009. p. 103-111.

FIGUEIREDO, V. S.; SANTOS, W. J. L. Transparência e participação social da gestão pública: análise crítica das propostas apresentadas na 1ª Conferência Nacional sobre Transparência Pública. *Revista Contabilidade e Controladoria*, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 73-88, 2014.

GUEDES, D. M. *O Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário em Pernambuco e a consolidação do seu papel como instância de diálogo institucional entre poderes: Um caminho para minimizar os impactos provocados pela judicialização da saúde*. 2020. Dissertação (Mestrado em Inovação Terapêutica) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

LEMES, L. M. S. et al. Empoderamento e sentimento de injustiça nos trabalhadores da atenção primária do SUS. *Psicologia: Teoria e Prática*. [online], v. 18, n. 2, p. 46-56, 2016.

MARIANO, C. M. M. et al. Diálogos sanitários interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 169-188, 2018.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (org.). *A política de regulação do Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p.

MORAES, A. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Manuais de Legislação Atlas. 30. ed. São Paulo: Editora Atlas S. A, 2009.

NO CETI, B. *Transparência de dados públicos da gestão dos municípios do estado de Santa Catarina*. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Sistema de Informação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

OTONI, L. Regulação e fiscalização podem conter judicialização da saúde. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/regulacao-e-fiscalizacao-podem-conter-judicializacao-da-saude>. Acesso em: 18 maio 2021.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [S. l.], v. 377, p. 9-28. 2011.

RAMOS, R. S. et al. A judicialização da saúde contextualizada na dimensão prática das representações sociais dos profissionais de saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 18-38, 2017.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO – SES/PE. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde, 2022. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretarias-executivas/secretaria-executiva-de-regulacao-em-saude>. Acesso em: 29 jul. 2022.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. SES estrutura Núcleo de Ações Judiciais para acelerar demandas da Saúde. Blog da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, 4 jun. 2014. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria/ses-estrutura-nucleo-de-acoes-judiciais-para-acelerar-demandas-da-saude>. Acesso em: 9 ago. 2022.

SILVEIRA, M. S. D. et al. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 63-72, 2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Suspensão de tutela antecipada nº. 175. 2010. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>. Acesso em: 19 abr. 2021.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO. Comitê Estadual de Saúde de Pernambuco, NATJUST – TJPE, 2022. Disponível em: <http://www.tjpe.jus.br/web/comite-estadual-de-saude/nats/contatos>. Acesso em: 18 jul. 2022.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZUI, H. R.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. *Protocolo de cuidado à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

WHO. *The World Report 2000*. Genebra: WHO, 2000.

Sobre os autores

Alexsandro de Melo Laurindo (Org.)

Bacharel em Saúde Coletiva pela UFPE, especialista em saúde da família, com ênfase em populações do Campo, pela Universidade de Pernambuco (UPE), residente em saúde coletiva na área de concentração em Planejamento e Gestão na Saúde do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), membro do eixo e grupo de pesquisas sobre trabalho, educação e gestão na saúde a partir do Observatório de Análise Política em Saúde do ISC.

Amanda Priscila de Santana Cabral Silva

Doutora em Saúde Pública, professora adjunta do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva do CAV da UFPE.

Ana Paula Lopes de Melo

Doutora em Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz. Professora adjunta do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva do CAV da UFPE.

Antônio Claudiano Bem Leite

Mestre em Saúde Pública e técnico da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória de Santo Antão do estado de Pernambuco.

Beatriz da Silva Aguiar

Bacharela em Saúde Coletiva pelo CAV da UFPE.

Daniele Gomes da Silva

Bacharela em Saúde Coletiva pelo CAV da UFPE.

Darlindo de Lima Ferreira (Org.)

Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), professor associado do Curso de Psicologia da UFPE, coordenador do Lapeces da UFPE.

Elaine Rufino Barbosa da Silva

Especialista em Interiorização de Atenção à Saúde pelo CAV da UFPE.

Emília Carola Azevedo de Oliveira

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM) da Fiocruz.

Fabiana de Oliveira da Silva Sousa

Doutora em Saúde Pública, professora adjunta do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva do CAV da UFPE.

Gabriela da Silveira Gaspar

Doutora em Odontologia, professora adjunta Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva do CAV da UFPE.

José Marcos da Silva (Org.)

Doutor em Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), professor adjunto do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão (CAV) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), professor do Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos da UFPE, membro do Laboratório de Pesquisa e Ensino sobre o Cuidado em Educação e Saúde (Lapeces) da UFPE.

José Ronaldo Vasconcelos Nunes

Mestre em Saúde Coletiva, professor assistente Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva do CAV da UFPE.

Luís Roberto da Silva

Bacharel em Saúde Coletiva pelo CAV da UFPE, doutorando em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP).

Manoel Clemente da Silva Neto

Bacharelado em Saúde Coletiva pelo CAV da UFPE.

Maria Tatiane Alves da Silva

Mestranda em Saúde Pública pelo IAM da Fiocruz.

Natália Borba de Melo

Bacharela em Saúde Coletiva pelo CAV da UFPE.

Raissa Alves Ferreira

Bacharela em Saúde Coletiva pelo CAV da UFPE.

Roseli Josselin da Silva

Bacharelada em Saúde Coletiva pelo CAV da UFPE.

Simone do Nascimento Fraga (Org.)

Biomédica, mestra e doutora em nutrição pela UFPE com doutorado sanduíche na University de Technologies de Consigne na França. Professora adjunta do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva do CAV, integra o Mestrado Profissional em Ensino de Biologia (PROFBIO) da UFPE, membra do Lapeces da UFPE.

Valdecir Barbosa da Silva Júnior

Residente em Saúde Coletiva pelo IAM da Fiocruz.

Wesley de Matos Souza

Bacharel em Saúde Coletiva pelo CAV da UFPE.

Yuri Henrique Rodrigues Damasceno

Psicólogo, especialista em Interiorização de Atenção à Saúde pelo CAV da UFPE.

Título Tópicos em Saúde Coletiva:
itinerários e produção de conhecimentos

Organização José Marcos da Silva
Darlindo Ferreira de Lima
Simone do Nascimento Fraga
Alexsandro de Melo Laurindo

Formato *E-book* (PDF)

Tipografia Tisa Pro (texto), Apparat (títulos)

Desenvolvimento Editora UFPE



Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20 | Várzea, Recife-PE
CEP: 50740-530 | Fone: (81) 2126.8397
editora@ufpe.br | editora.ufpe.br



PROGRAD
PRÓ-REITORIA
DE GRADUAÇÃO