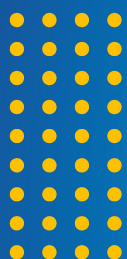


PAULO ARTUR MALVASI
NIVALDO CARNEIRO JUNIOR



DIREITOS HUMANOS E VULNERABILIDADES EM SAÚDE

**DIREITOS HUMANOS
E VULNERABILIDADES
EM SAÚDE**



SAL
SERVIÇO DE ATENDIMENTO
AO LEITOR
Tel.: 08000267753

www.atheneu.com.br



(21) 99165-6798 [Facebook.com/editoraatheneu](https://www.facebook.com/editoraatheneu) [Twitter.com/editoraatheneu](https://twitter.com/editoraatheneu) [Youtube.com/atheneueditora](https://www.youtube.com/atheneueditora)

DIREITOS HUMANOS E VULNERABILIDADES EM SAÚDE

EDITORES

Paulo Artur Malvasi

Antropólogo. Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Assistente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Desenvolve pesquisas nos seguintes temas: direitos humanos, desigualdades sociais em saúde e ciclos de vida.

Nivaldo Carneiro Junior

Médico. Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Desenvolve pesquisas nos seguintes temas: atenção primária à saúde, exclusão social e iniquidades em saúde, modelos de gestão em saúde.



Rio de Janeiro • São Paulo

2024



EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123 – 13º andar
Conjuntos 133 e 134
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Capa: FK Estudio

Produção Editorial: RDL Produção Editorial

PORTARIA Nº 206, DE 04 DE SETEMBRO DE 2018

Art. 3º Deverão ser usadas as seguintes expressões, no idioma do trabalho:

“O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.”

“This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.”

**CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ**

M228d

Malvasi, Paulo Artur

Direitos humanos e vulnerabilidades em saúde [recurso eletrônico] / Paulo Artur

Malvasi, Nivaldo Carneiro Junior. - 1 ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2024.
recurso digital

Formato: ebook

Modo de acesso: world wide web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5586-879-1 (recurso eletrônico)

1. Saúde pública - Aspectos sociais - Brasil. 2. Direitos humanos - Brasil - Cuidados primários de saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Aspectos sociais - Brasil. 4. Livros eletrônicos. I. Carneiro Junior, Nivaldo. II. Título.

24-95327

CDD: 362.10981

CDU: 614(81)



Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

22/11/2024 27/11/2024

Malvasi PA, Carneiro Junior N
Direitos Humanos e Vulnerabilidades em Saúde

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2024.

Colaboradores

Alexandra Cristina Gomes de Almeida

Pós-Doutoranda pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Ana Lúgia Passos Meira

Professora Instrutora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Cássio Silveira

Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Danielle Bivanco-Lima

Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Denise Martin

Professora Associada da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Eliana Mariani

Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Gabriela Furst Vaccarezza

Professora do Curso de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).

Gustavo Saggese

Pesquisador do Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde da População LGBT+ (NUDHES) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Heloisa de Souza Dantas

Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Joel Hugo Poloni

Doutorando em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

José Luís Gomez

Pesquisador do Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde da População LGBT+ (NUDHES) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Maria Amélia Veras

Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Mariá Lanzotti Sampaio

Doutoranda pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Mariana Moraes Campos de Carvalho

Professora Instrutora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Marília Louvison

Professora Doutora do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

Nelson Ibañez

Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Paulo Marcondes Carvalho Junior

Diretor do Instituto Educater.

Pollyana Oliveira Lira

Professora Instrutora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Regina Yoshie Matsue

Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Rita Barradas Barata

Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Dedicatória

*Aos Professores José da Silva Guedes e Regina
Maria Giffoni Marsiglia, que nos inspiram
ao longo da história do Departamento de
Saúde Coletiva pelo seu exemplo profissional,
científico, político e ético.*

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.



Nossos agradecimentos especiais aos autores, ao corpo docente e aos discentes dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e aos profissionais da Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Prefácio

A Saúde Coletiva tem como objeto de estudo o fenômeno saúde-doença em nível coletivo ou populacional. As práticas de saúde e a sua articulação com as demais práticas sociais também são estudadas. Assim, foi com prazer que recebi o convite para escrever o prefácio da obra *Direitos Humanos e Vulnerabilidades em Saúde*, que apresenta um conjunto de produções de pesquisadores e egressos dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Profissional e Acadêmico. Os capítulos deste livro abordam temas atuais e relevantes em Saúde Coletiva, variando da imigração no Brasil, comportamentos em saúde, condições de vida de mulheres na prisão, até gestão das redes, políticas e serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa diversidade na temática dos capítulos reflete a atuação da Área, que é campo científico de natureza interdisciplinar, fundamentado em formações discursivas que buscam alcançar o fenômeno saúde-doença enquanto processo social na população a partir de perspectivas trazidas pela epidemiologia, pelas ciências sociais e humanas em saúde e pela política, planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde. Refletindo o compromisso social da Saúde Coletiva, a obra apresenta capítulos que estudam populações tradicionalmente marginalizadas pela sociedade. Além disso, todos eles abordam questões como vulnerabilidade social, direitos humanos e desigualdades sociais em saúde, tanto no que concerne à ocorrência de agravos, como também no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde. Finalmente, o retrato apresentado por este livro, na sua diversidade temática, reflete a atuação no campo da Saúde Coletiva.

Boa leitura!

Bernardo Lessa Horta
Professor Associado da Universidade Federal de Pelotas

Apresentação

O presente livro apresenta um conjunto de pesquisas que expressam a produção do conhecimento em temas atuais da Saúde Coletiva, tais como a imigração internacional no Brasil, o tabagismo, as condições de vida de mulheres nas prisões, a fome e o papel dos agentes comunitários de saúde, além de questões centrais na gestão das redes, políticas e serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). Esses temas revelam interesses renovados da área que se estabelecem no debate público a partir de uma série de mudanças em sociedades contemporâneas e, particularmente, na sociedade brasileira: a multiplicação de problemas de saúde relacionados às mudanças climáticas e à crescente circulação das pessoas na era globalizada; a conexão cada vez mais imbricada do novo quadro de problemas de saúde com estilos, modos e condições de vida; o crescente aumento de populações socialmente marginalizadas, discriminadas e estigmatizadas. Este livro agrega, portanto, pesquisas empíricas na cidade de São Paulo, levantando questões que, de forma mais abrangente, têm norteado o debate contemporâneo no *campo* da Saúde Coletiva.

Adotamos aqui a noção de *campo*, pois consideramos a Saúde Coletiva uma área do conhecimento que se configura em um universo de influência recíproca marcado por uma imbricada rede de interesses, perspectivas e disputas (Bourdieu, 1983)*. Os pesquisadores desta coletânea se inserem em uma rede que tem como ponto focal os Programas de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Profissional e Acadêmico, e agrega pesquisas

*Em Bourdieu, a ação social explica-se em termos de uma interação socialmente estruturada. Acontece em *campos* onde as posições dos sujeitos já estão objetivamente estruturadas, embora tais posições sejam o resultado de um jogo dinâmico que depende dos objetos de disputa de cada *campo*. Partir da ideia de *campo* de Bourdieu implica observar a existência de atores estruturados que estão competindo. A noção de *campo* nos ajuda a pensar nas diferentes áreas do conhecimento na Saúde Coletiva – epidemiologia, ciências sociais, política, planejamento e gestão – e nas alianças e disputas entre elas. (Bourdieu, 1983).

empíricas na cidade de São Paulo com a participação de pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da USP, Unifesp e da USCS. Tal rede de pesquisas indica uma posição objetivamente estruturada no interior do campo da Saúde Coletiva e situa algumas perspectivas em disputa do campo: a defesa da centralidade de estudar populações socialmente marginalizadas, discriminadas e estigmatizadas (a população carcerária, imigrantes e pessoas vivendo em situação de extrema pobreza, por exemplo) como um vetor potente para a atualização do *campo* no contexto do Brasil contemporâneo; e o estímulo às pesquisas que analisem os desafios e as potencialidades dos serviços que compõem o SUS como uma demanda essencial para que haja aperfeiçoamento das práticas a partir da produção de conhecimento.

Nesse sentido, os capítulos que constituem este livro consideram aspectos que estruturam a relação dessa rede de pesquisadores com instituições e atores sociais com quem constrói o horizonte compartilhado da produção de conhecimento e a sustentação das posições ético-políticas no interior do campo da Saúde Coletiva e no debate público.

Todos os capítulos se relacionam de algum modo com as questões de vulnerabilidade social, direitos humanos e desigualdades sociais em saúde, seja da perspectiva do adoecimento e da possibilidade da manutenção da saúde, seja da perspectiva da organização dos serviços e das potencialidades do SUS em responder aos problemas das populações vulneráveis através de arranjos que possam reduzir as desigualdades sociais e respeitar os direitos humanos, visando assim minimizar os efeitos dos determinantes estruturais que produzem as desigualdades observadas nos perfis de saúde e adoecimento.

As estratégias de cuidados das mulheres que já sofreram encarceramento fornecem elementos tanto para pensar a questão das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas quanto para aprofundar a compreensão sobre o duplo papel dos sistemas de saúde, que podem tanto minorar o sofrimento e os problemas de saúde desse grupo quanto aprofundar os problemas em função de barreiras e dificuldades que acentuam a discriminação e a negação de direitos humanos, sociais e civis.

O acesso aos serviços de saúde durante a pandemia de Covid-19 pelos migrantes internacionais residentes na metrópole possibilita a reflexão sobre as dimensões e características dos movimentos

migratórios internacionais para o país e a cidade de São Paulo, bem como permite compreender como o sistema de saúde brasileiro respondeu às demandas provenientes desses grupos. Além disso, os autores analisaram grupos de migrantes provenientes de dois países latino-americanos e um país do Caribe, evidenciando, assim, particularidades entre eles.

A vivência de mulheres transexuais e travestis em suas trajetórias escolares e o sofrimento acarretado pelo permanente processo de discriminação e exclusão em um espaço que teoricamente deveria ser de socialização dos indivíduos e de formação da cidadania revelam quanto nossas instituições e aparelhos de Estado, na perspectiva althusseriana, reforçam e sustentam as vertentes da discriminação. Essas instituições, mesmo que públicas, não são capazes de exercer o papel político republicano que delas se espera, nem de promover políticas públicas para minorar as desigualdades e as vulnerabilidades produzidas pela organização da sociedade.

A desigualdade social que ainda preside a distribuição do tabagismo na metrópole possibilitou analisar como, mesmo diante de um programa de controle considerado exitoso, as populações com piores níveis socioeconômicos são de certa forma deixadas para trás, concentrando cada vez mais o maior contingente de tabagistas e consequentemente os seus efeitos nocivos sobre a saúde. As autoras do Capítulo 4 utilizam esse aspecto da distribuição do problema para introduzir duas perspectivas pouco exploradas na compreensão do tabagismo: a hipótese da equidade inversa proposta por Victora e colaboradores e a abordagem do estilo de vida que, na sociologia de Pierre Bourdieu, ressalta a importância do *habitus* das diferentes frações de classe nos comportamentos dos indivíduos, rejeitando assim a visão de que os comportamentos são resultado da livre escolha e, portanto, de responsabilidade individual.

As relações entre agentes comunitários de saúde e mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família exploram os conflitos e as dificuldades que, no cotidiano, ocorrem entre os trabalhadores de saúde e as famílias em torno das condicionalidades estabelecidas pelo programa de redução da pobreza. É interessante verificar como, nas ações concretas, o acompanhamento e o cumprimento das condicionalidades são vivenciados pelos beneficiários e pelos trabalhadores da saúde, evidenciando a ausência da percepção de direitos por essas populações em condição de vulnerabilidade social.

Tratando-se de um grupo extremamente vulnerável, como são os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, outro capítulo discute a questão da segurança dos pacientes a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. Além dos aspectos de humanização e direitos, a questão encapsula também aspectos da organização e oferta dos serviços, além de aspectos relacionados aos custos dos sistemas de saúde.

Do mesmo modo, o capítulo dedicado à regionalização e regulação nas redes de urgência e emergência no estado de São Paulo destaca os elementos essenciais à implementação das redes em diferentes regiões do estado, analisando tanto os aspectos da regionalização em si quanto os elementos essenciais para o bom funcionamento da regulação. O enfoque dos autores destaca os desafios para o cumprimento dos princípios do SUS, com especial atenção para os aspectos de integralidade e equidade, que são os mais desafiadores e aqueles com maior potencial de garantir qualidade no uso dos serviços.

A questão do ensino da Gestão em Saúde nos cursos de Graduação em Medicina pode parecer, à primeira vista, um tema que não se articula com os demais tratados nesta coletânea. No entanto, a formação de recursos humanos com capacidade de compreender os princípios de organização do sistema, e como o seu cumprimento está na base da qualidade dos serviços ofertados, torna a qualificação dos profissionais e trabalhadores da saúde elementos centrais para garantir o respeito aos direitos humanos, a disposição para trabalhar com populações vulneráveis e o compromisso com a redução das desigualdades sociais.

Desse modo, apresentamos aqui um painel diverso e multifacetado interligado por três preocupações comuns no âmbito da política, dos programas e dos serviços de Saúde Coletiva: o respeito aos direitos humanos; o atendimento equitativo aos problemas de saúde; e a redução das desigualdades sociais no adoecimento, na manutenção da saúde e nas respostas sociais às necessidades em saúde.

Boa leitura!

Rita Barradas Barata
Paulo Artur Malvasi

Sumário

1. Estratégias para manutenção da vida e itinerários de cuidado de mulheres que passaram pelo cárcere, 1

Heloisa de Souza Dantas

Paulo Artur Malvasi

2. Migração internacional e o Sistema Único de Saúde: acesso e atenção em saúde a migrantes internacionais durante a pandemia por Covid-19, 31

Mariá Lanzotti Sampaio

Alexandra Cristina Gomes de Almeida

Cássio Silveira

Regina Yoshie Matsue

Denise Martin

3. Estratégias de *coping* para lidar com o *bullying* transfóbico nas escolas, 53

José Luís Gomez

Gustavo Saggese

Maria Amélia Veras

4. Tabagismo e desigualdades sociais, 79

Eliana Mariani

Rita Barradas Barata

5. Relações entre as agentes comunitárias de saúde e mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família, 107

Joel Hugo Poloni

Paulo Artur Malvasi

6. O olhar do profissional da Unidade de Terapia Intensiva frente à segurança do paciente, 129

Mariana Moraes Campos de Carvalho

Danielle Bivanco-Lima

Cássio Silveira

Pollyana Oliveira Lira

7. Regionalização e regulação em saúde da rede de urgência e emergência no estado de São Paulo, 151

Ana Lúcia Passos Meira

Nelson Ibañez

Marília Louvison

8. Reflexões sobre o desenvolvimento da gestão de saúde nos cursos médicos do estado de São Paulo: o que revelam os responsáveis?, 167

Gabriela Furst Vaccarezza

Paulo Marcondes Carvalho Junior

Nivaldo Carneiro Junior

Índice remissivo, 185

Estratégias para manutenção da vida e itinerários de cuidado de mulheres que passaram pelo cárcere

Heloisa de Souza Dantas
Paulo Artur Malvasi

Este ensaio parte da vivência de um dos autores ao longo dos últimos 20 anos com mulheres que passaram pela prisão. Essa trajetória tomou forma a partir de múltiplas entradas no campo como psicóloga, educadora e pesquisadora, resultando em uma tese de doutorado sobre as estratégias para manutenção da vida e os itinerários de cuidado durante o cárcere feminino. A partir das histórias de vida de nove entrevistadas, particularmente durante o período de reclusão, foi possível aproximar-se dos modos de vida e dos problemas de saúde enfrentados por essas mulheres durante o encarceramento, além dos itinerários de cuidado percorridos*.

Este capítulo apresenta, inicialmente, uma revisão da literatura nacional sobre itinerários terapêuticos, situando a escolha pelo termo “itinerários de cuidado”. Em seguida, é apresentado o panorama geral do aprisionamento feminino no Brasil, os problemas de saúde física e mental das mulheres que participaram da pesquisa mencionada, assim como os itinerários percorridos. Ao final, são tecidas algumas considerações sobre o tema.

* A discussão proposta faz parte da tese de doutorado “Sobreviventes: estratégias para manutenção da vida e itinerários de cuidado durante o cárcere feminino”, defendida em 2023 no curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS AOS ITINERÁRIOS DE CUIDADO

A noção de itinerários de cuidado (IC) tem origem no conceito de itinerários terapêuticos (ITs). O antropólogo Marc Augé foi quem cunhou o termo “itinerários terapêuticos” a partir de pesquisas com populações do Togo e da Costa do Marfim, referindo-se aos diferentes trajetos que os pacientes faziam em busca de cuidados. Esses caminhos poderiam incluir a passagem por curandeiros, pajés, hospitais e profissionais da biomedicina (Augé, 1996).

No campo da saúde coletiva, os itinerários têm sido utilizados há cerca de duas décadas como um constructo teórico-metodológico em diferentes produções acadêmicas sobre os processos relacionados ao adoecimento (Pinheiro et al., 2016). O conceito ganhou corpo ao longo dos anos e é entendido como o percurso realizado por cada pessoa em busca de cuidados, estando relacionado às construções subjetivas individuais e coletivas acerca do processo de adoecimento e das formas de tratamento.

Os itinerários terapêuticos abrangem diferentes recursos disponíveis, podendo incluir desde cuidados caseiros e práticas religiosas até dispositivos biomédicos (atenção primária, urgência etc.) (Cabral et al., 2011). Dizem respeito aos planos, estratégias e atitudes formados pela amarração de ações distintas, as quais constituem uma unidade articulada apta a criar significações. As escolhas por determinadas terapias acontecem a partir de “crenças e receitas práticas” que se configuram por meio de uma “trajetória biográfica singular” (Alves, Souza, 1999, p. 133).

Os ITs estão condicionados aos determinantes sociais da saúde e às redes de apoio que as pessoas possuem. Comunidades e grupos têm maneiras próprias de guiar seu processo de saúde/doença (Fernandes, 2016). As escolhas que definem os itinerários se relacionam às formas de interpretar os fenômenos cotidianos e aos conhecimentos que orientam as relações das pessoas com seus grupos de pertencimento e as instituições sociais, sendo fundamental a compreensão do contexto dos sujeitos, com suas características e especificidades:

É nesse contexto que acontecem os eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais) que organizam a vida coletiva, que enquadram a vida biológica e é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações, são formatados por esse espaço social. Por outro lado, é necessário

também considerar os indivíduos como atores sociais, definidos ao mesmo tempo por esse espaço social no qual se inserem e pela consciência de agir sobre esse espaço (Gerhardt, 2006, p. 2450).

Um dos aspectos fundamentais dos itinerários terapêuticos é a centralidade das pessoas na compreensão do adoecimento e na busca por tratamentos. Ou seja, considera-se prioritariamente o ponto de vista de quem foi atingido (Ferreira, Santo, 2012). Nessa direção, destaca-se a crescente preocupação do setor da saúde com a avaliação das redes e serviços a partir da perspectiva dos usuários e suas famílias, afastando-se de modelos quantitativos e positivistas para se aproximar de abordagens por meio de itinerários terapêuticos, particularmente potentes para essa finalidade (Silva Júnior et al., 2016).

Nos últimos anos, houve uma ampliação de pesquisas no Brasil acerca do tema. Alguns estudos passaram a expandir o entendimento do termo, englobando múltiplas formas de cuidado e buscando ultrapassar a compreensão de trajetórias que costumavam ser traçadas majoritariamente a partir de dispositivos biomédicos (Pinho, Pereira, 2012).

Uma pesquisa sobre os itinerários terapêuticos das travestis que viviam no Rio Grande do Sul discutiu como o “modo de viver, delineado pelo ambiente em que cada sujeito se insere, produz itinerários de atendimentos diferenciados nas sociedades” (Souza, Pereira, 2016). Os pesquisadores buscaram compreender as estratégias utilizadas pelas participantes para evitar espaços em que enfrentariam preconceitos e violências, incluindo as dificuldades que encontram nos serviços públicos de saúde. Ao considerar os “itinerários de cuidado” – termo utilizado pelos autores –, foi possível vislumbrar as estratégias empregadas pelas entrevistadas, que eram flexibilizadas de acordo com os diferentes ambientes de circulação.

O início das transformações corporais, caracterizado pela administração de hormônios, uso de silicone e controle do crescimento dos pelos, marca mudanças importantes nas trajetórias das travestis. Por meio das narrativas, foram identificadas diversas dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde, e constatou-se que o cuidado com a saúde envolvia outros cenários e práticas, abrangendo os espaços de moradia, prostituição e casas de religião afro-brasileira.

Considerando as diferentes formas de cuidado à saúde, Kleinman (1984) propôs três sistemas: o oficial ou profissional, o popular e o

informal. Partindo dessa referência, Haydu (2017) identificou que os itinerários de 15 refugiados congolese em São Paulo abrangiam os sistemas oficial ou profissional do Sistema Único de Saúde (SUS) e o informal, fundamentado nas redes de relacionamentos, na autoatenção e em práticas religiosas dos participantes do estudo.

No campo da saúde mental, Dalmolin e Vasconcellos (2007) apontaram que, apesar das mudanças advindas da reforma psiquiátrica que propuseram novos dispositivos de cuidado aos pacientes com sofrimento psíquico, as instituições ainda funcionam a partir de uma lógica própria, diferente da que existe na prática cotidiana. Por meio de pesquisa etnográfica, foi possível traçar as cartografias dos participantes e conhecer os trajetos de pacientes com sofrimento psíquico, seus processos de escolha na formação de redes de suporte e seus processos de “não escolhas”.

As autoras consideraram que as instituições acabam mantendo uma rigidez protocolar que, muitas vezes, torna o paciente passivo e excluído de direitos e capacidades simbólicas. Em contrapartida, a rua e as possíveis relações construídas durante suas histórias de vida nesses espaços possibilitam o exercício da liberdade e da negociação.

Assis e Silva (2016) acompanharam a trajetória de uma mulher com transtorno mental e comorbidade clínica a partir de uma internação em um hospital psiquiátrico, onde recebeu os diagnósticos de demência, alcoolismo e esquizofrenia. A etnografia permitiu reconstruir a trajetória da participante e compreender como houve uma sobreposição entre as três instâncias que a atenderam no SUS, a igreja evangélica que sua irmã e cunhado acreditavam que a libertaria dos demônios para que não fosse mais “bêbada” e “leprosa”, e, após fugir de casa, a busca pela rede de apoio de seus amigos “maloqueiros”, que proporcionavam a “liberdade” das ruas. Os autores nomeiam “fuga de cuidado” o momento em que a paciente deixa o itinerário terapêutico proposto pelo sistema de saúde e pela família para estabelecer uma nova trajetória junto aos “maloqueiros”. A etnografia vislumbrou como a pessoa redesenha a configuração/hierarquia dos serviços de saúde do SUS, colocando desafios às práticas de cuidado oferecidas pela família e pelos profissionais de saúde (Assis, Silva, 2016).

Baseando-se nas narrativas de diferentes usuários de serviços de saúde, Cecílio et al. (2014) identificaram que as pessoas se movem por uma necessidade ampliada de busca de cuidado à saúde, relacionada à

“conservação da autonomia no modo de andar a vida, à busca de vínculo e cuidado, ao bem-estar, ao fim da dor, à alegria de viver, à beleza” (Cecílio et al., 2014, p. 1510). A circulação dos usuários em busca de cuidados configura um sistema próprio, expresso em um “mapa do cuidado”. Esses mapas são construídos pelo conjunto de pontos de acesso e cuidado gerados por cada pessoa a partir de suas necessidades e experiências em diferentes momentos da vida. A originalidade deste conceito está no reconhecimento de que os usuários são detentores de um saber e são coprodutores do cuidado em saúde junto a outros atores estratégicos, como gestores da saúde, médicos e outros profissionais.

Bonet (2014), ao considerar os modos de vida e a circulação das pessoas na busca de cuidados, propõe o termo “itinerarções na busca de cuidado” em lugar de “itinerários terapêuticos” (Bonet, 2014, p. 337). Baseado no conceito desenvolvido pelo antropólogo Tim Ingold, Bonet entende os itinerários como “processos abertos, em permanente fluxo, e sujeitos a constantes improvisações criativas dos usuários e dos profissionais envolvidos nos processos cotidianos da vida” (Bonet, 2014, p. 337). Nesse sentido, não é possível conceber percursos ou redes preexistentes, mas sim uma malha de linhas, tecida nos fluxos e processos (Bonet, 2014).

Bonet aborda o conceito de cuidado de forma fluida, plástica e ampliada, compreendendo, como já apontado em pesquisas anteriormente citadas, que as concepções de cuidado na saúde podem variar entre os profissionais dos serviços, usuários, familiares e outros atores. Em relação à ampliação do conceito, o autor considera fundamental que, além das ações biomédicas, sejam incluídas dimensões de cuidado que não são consideradas, *stricto sensu*, como sendo da área da saúde, como, por exemplo, o suporte de vizinhos. O cuidar, segundo Bonet, inclui uma dimensão política, pois implica ações cotidianas diretamente relacionadas ao engajamento com o outro, promovendo a quebra de uma posição individualista. Na perspectiva do cuidado, há também a transversalidade entre práticas, que incluem dimensões biológicas, psicológicas e culturais.

Para Bonet (2014), a pergunta sobre as escolhas que os sujeitos fazem e a maneira como tomam decisões está no centro do debate, pois os caminhos não são preexistentes às decisões; os itinerários vão surgindo à medida que as pessoas caminham e tomam as decisões. A itinerarção de cuidados pressupõe justamente um “movimento ao longo

de linhas de vida, um movimento que implica improvisação e criatividade” (Bonet, 2014, p. 341). Essas linhas, em um ambiente, acabam se entrelaçando e configurando uma malha. Nessa perspectiva, “itinerarções” e “malhas” substituiriam os conceitos de “itinerários” e “redes”.

Apesar de reconhecer a importância de um novo léxico na área, como os termos “itinerarções” e “malhas”, este trabalho utiliza a dimensão ampliada de itinerários terapêuticos, dando relevo à dimensão do cuidado que vai além da noção de cuidados terapêuticos voltados ao tratamento de doenças, abrangendo também as possíveis estratégias de manutenção da vida e sobrevivência. Por esse motivo, o termo escolhido foi “itinerários de cuidado”.

Segundo Ayres (2017), o interesse pelo cuidado é encontrado em diferentes campos de conhecimento – filosofia, ciências da saúde, antropologia, sociologia etc., possuindo um solo comum entre essas áreas. O termo relaciona-se ao modo como as pessoas compreendem e lidam com a experiência cotidiana, existindo sempre na, com e para as interações subjetivas que circundam suas vidas (desde as relações imediatas ou mediadas pela cultura e instituições).

A dimensão sociológica do cuidado aprofunda a importância do conceito no campo da solidariedade, do apoio social intenso e das trocas entre pessoas, grupos, famílias e instituições. É no seio das interações sociais cotidianas que o cuidado é produzido, estando diretamente ligado ao apoio social e às redes de suporte, sendo essencial para a manutenção da vida (Contatore et al., 2019; Malfitano, Sakellariou, 2019).

Ao direcionarmos a atenção às populações consideradas “indesejáveis” nos espaços urbanos, percebe-se a importância de investigar as possíveis buscas e fontes de cuidado que certos grupos acabam encontrando em seus itinerários. Frequentemente, profissionais da assistência e da saúde argumentam que determinados usuários não aderem aos tratamentos, programas ou serviços oferecidos pelas políticas sociais (Mallart, Rui, 2015; Mendes, Vicentin, 2021), o que também pode traduzir a dificuldade que esses profissionais e equipamentos têm para compreender as formas de circulação e busca de cuidados que não se adequam a uma lógica de funcionamento padronizada.

Mallart e Rui refletem que, no cotidiano das cidades, a circulação dessas populações ocorre em múltiplos territórios que se “conectam em linhas de força”, em que a lógica da “punição, repressão e controle se combina, embora em intensidades variadas, com as preocupações

de assistência, saúde e cuidado” (Mallart, Rui, 2015). Os autores salientam que é uma mesma população que circula entre prisões, “cracolândias”, comunidades terapêuticas, ruas, hospitais de custódia e outros territórios urbanos:

[...] nota-se a operação e a reposição de uma série de dispositivos de gestão da ordem e do cuidado, que combinam políticas estatais, e também políticas criminais. Ponto importante dessa imbricação é o processo de encarceramento em massa, e sobretudo do encarceramento provisório, como estratégia política estadual para a área da segurança pública em São Paulo. Na nossa perspectiva, tal processo, que faz circular os sujeitos para dentro e para fora das instituições de controle, se desdobra nas conexões aparentemente tidas como inesperadas, por exemplo, entre prisão, “cracolândia”, albergues e hospitais de custódia (Mallart, Rui, 2015, p. 438).

No caso das mulheres encarceradas, muitas tiveram a vida marcada precocemente pela precariedade material e por diferentes formas de violações de direitos e violências que atingiram seus corpos, levando-as a buscar diferentes saídas para sobreviverem: cuidados formais e informais e a busca por “rotas de fuga”, ou seja, acessos a locais que encontraram, como a rua, para se libertarem de violências e ameaças às suas existências físicas e psíquicas. Conforme aponta Bonet (2014), os itinerários de cuidado não são trajetos preexistentes, mas são construídos a partir das vivências e da movimentação das pessoas na vida cotidiana. São as experiências que acontecem no dia a dia, derivadas das interações subjetivas imediatas ou mediadas pela cultura e instituições, que constituem a vida (Ayres, 2017).

Das (2020), por sua vez, destaca que, diante de eventos potencialmente traumáticos, as mulheres acabam “retecendo” suas vidas a partir das experiências cotidianas. Diante disso, os itinerários de cuidado, neste ensaio, traduzem as escolhas feitas pelas mulheres encarceradas para continuarem existindo em meio a eventos/situações que ameaçam suas próprias existências durante o encarceramento. A prisão representa uma marca definitiva em seus percursos. No entanto, a manifestação de diferentes formas de vida e o estabelecimento de diferentes formas de cuidado dentro desse espaço permitem o surgimento de uma agência: a capacidade dessas mulheres de sobreviver e de “retecendo” suas vidas, ainda que essas experiências deixem marcas físicas e psíquicas profundas.

MULHERES NA PRISÃO, ADOECIMENTOS E ITINERÁRIOS DE CUIDADO

O Brasil possui a terceira maior população prisional feminina do mundo, totalizando 42.694 mulheres encarceradas (Institute For Crime And Justice Police Research, 2022). O perfil dessas mulheres aponta a seletividade penal no país: 50% são jovens (entre 18 e 29 anos), 62% são negras e 65% não acessaram o ensino médio (Brasil, 2018). São Paulo, por sua vez, possui a maior população feminina aprisionada, perfazendo 30% do total (Brasil, 2022).

Durante o cárcere, a superlotação e as condições insalubres das unidades prisionais, com celas mal iluminadas, ausência de ventilação, racionamento de água, falta de profissionais de saúde, alimentação precária, entre outras privações, afetam a saúde das pessoas sob custódia do Estado (Minayo, Constantino, 2015; Manzalli, 2020). No caso da população feminina, verifica-se ausência de itens de higiene, dificuldade de acesso à saúde ginecológica e obstétrica, falta de diagnóstico precoce para câncer de colo uterino e de mama, além da escassez de ações de prevenção e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (Delziovo et al., 2015).

Quanto ao tipo penal, 62% das mulheres estão presas por tráfico de drogas, tanto em São Paulo quanto no Brasil (Brasil, 2018). Fatores relacionados à feminização da pobreza, racismo, discriminação de gênero, aumento do Estado Penal, precarização do trabalho e políticas de combate às drogas acabam se entrelaçando e contribuindo para a prisão seletiva de jovens negras, com baixo nível de escolaridade, condenadas por tráfico de drogas (Germano, Monteiro, Liberato, 2018).

A condição de vulnerabilidade da população feminina que é foco deste trabalho antecede o(s) momento(s) da privação de liberdade e se agrava no sistema prisional. Esse quadro afeta diretamente a saúde dessas mulheres, que apresentam maiores problemas físicos e mentais em comparação à população feminina em geral (Almeida et al., 2015; Graça et al., 2018; Araújo et al., 2020). Após o cumprimento da pena, o estigma, além do distanciamento dos filhos, do(a) companheiro(a) e de outros familiares causado pelo encarceramento, contribui para sua exclusão social, mantendo-as em uma condição de precaridade (Delziovo et al., 2015; Graça et al., 2018).

Para assegurar os direitos humanos e a integridade física das pessoas presas em diferentes países, foram estabelecidas, em 1955, as “Regras de Mandela”. Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU)

oficializou novo quadro normativo, incorporando novas diretrizes de direitos humanos para estabelecer parâmetros no sistema penal (CNJ, 2016). No caso das mulheres, em 2010, a ONU instituiu as “Regras de Bangkok” para incluir especificidades de gênero no encarceramento feminino, tanto no campo da execução penal quanto na priorização de medidas alternativas à privação de liberdade (CNJ, 2016).

No Brasil, a Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, conhecida como Lei de Execuções Penais (LEP), tem como objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e oferecer condições para a reintegração social da pessoa presa (Brasil, 1984). Em seu artigo 14, a LEP estabelece que a assistência à saúde do preso inclui atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Quando o estabelecimento penal não dispõe de recursos para fornecer a assistência médica necessária, esta deve ser prestada em outro local, mediante autorização da direção da unidade prisional. Em 2009, foi acrescentada ao artigo 14 a garantia de acompanhamento médico às mulheres, especialmente durante o pré-natal e o pós-parto, extensivo ao recém-nascido. Em 2022, houve a inclusão de disposições para assegurar o tratamento humanizado à mulher grávida durante os atos médicos preparatórios para a realização do parto e durante o trabalho de parto, e o puerpério, cabendo ao poder público promover a assistência integral à sua saúde e à do recém-nascido.

É importante salientar os diversos esforços realizados a partir dos anos 2000 para incluir a população privada de liberdade no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2003, foi desenvolvido e instituído o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), fundamentado nos princípios do SUS e com o objetivo de promover atenção integral à população confinada em unidades prisionais masculinas, femininas, inclusive nas psiquiátricas (Brasil, 2003).

Em 2014, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (Brasil, 2014). A PNAISP representou um novo esforço estatal em direção ao cumprimento das Regras de Mandela da ONU, ressignificando alguns princípios doutrinários do SUS, como a promoção do acesso à Rede de Atenção à Saúde para pessoas privadas de liberdade. Esse esforço busca garantir um cuidado integral, a formação de equipes multiprofissionais e a promoção de relações intersetoriais com políticas de direitos humanos. Em 2010, também foi promulgada a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Pri-

sional (PNAMPE) (Brasil, 2010), que, em conjunto com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (Brasil, 2004), visa garantir a saúde e a qualidade de vida das mulheres em situação de cárcere.

Embora tenha havido, nas últimas décadas, um aumento na atenção às demandas de saúde das pessoas presas, na prática ainda são inúmeros problemas de saúde física e mental entre a população prisional (Minayo, Constantino, 2015).

Ao analisar a história de nove mulheres* que viveram a experiência do cárcere, identificou-se que as condições insalubres e violentas das unidades** por onde passaram causaram sofrimento e trouxeram diferentes formas de adoecimento. O perfil geral das participantes e a situação prisional são apresentadas na Tabela 1.1.

Oito mulheres reportaram ter adoecido ou apresentado algum problema de saúde físico durante a prisão. Duas entrevistadas adoeceram em decorrência dos trabalhos que realizavam nas empresas conveniadas aos presídios onde cumpriam pena. Toninho relatou ter sofrido queimaduras na pele por causa das raspas de borracha quente, produzidas por uma indústria que fabricava limpadores de para-brisa dentro da unidade prisional. Além das dores que sentia, não podia tomar sol, pois as lesões pioravam. Louise, outra mulher que narrou sua história, teve uma intoxicação e bolhas no corpo devido a um produto químico usado em uma empresa que produzia ferramentas para cuidados pessoais:

Uma química de lá e a minha luva furou, era uma luva muito potente lá e eu me cortei, comecei a vomitar, vomitar, comecei a ter intoxicação, eles não me mandaram para unidade de volta, não me levaram para o hospital, e eu comecei a estourar bolhas no meu corpo inteiro, a minha mãe quando me viu, os meus filhos quando me viu, quase enfartou. Até hoje eu tenho cicatrizes.

*A pesquisa de doutorado foi realizada entre março de 2020 e outubro de 2021 na cidade de São Paulo. Todos os nomes das participantes e das pessoas por elas citadas foram alterados. As mulheres já não estavam mais presas ao serem entrevistadas. Essa escolha deveu-se ao fato de a autora buscar uma relação de confiança e horizontalidade para compor as narrativas das mulheres, situação essa que seria limitada ou mesmo impossibilitada no contexto prisional.

**As participantes deste estudo passaram pelas seguintes unidades prisionais na capital: 1) Centro de Detenção Provisória (CDP) Feminino de Franco da Rocha; 2) Penitenciária Feminina da Capital (PFC); 3) Penitenciária Feminina Sant'Ana – PE (PFS); e 4) Centro de Progressão Penitenciária (CPP) Feminino Dra. Marina Marigo Cardoso de Oliveira do Butantan (atualmente desativada). Quanto ao fluxo, a maioria das mulheres passou inicialmente pelo CDP, posteriormente pela PFC ou PE e em seguida pelo CPP. No interior do estado, três entrevistadas passaram inicialmente pelas seguintes unidades: 1) Penitenciária Feminina de Tupi Paulista; 2) Cadeia Feminina de Pariqueira-Açu; e 3) Cadeia Pública Feminina de Terra Roxa.

TABELA 1.1 Perfil das participantes e situação prisional						
Nome	Idade	Cor da pele (autodeclarada)	Orientação sexual	Escolaridade	Religião	Número de vezes que foi presa e tempo
Paula	68 anos	Branca	Heterossexual	Superior incompleto	Católica	Foi presa uma vez e ficou 5 anos.
Valéria	21 anos	Negra	Homossexual	Médio completo	Evangélica	Foi presa uma vez e ficou 3 anos.
Graciela	43 anos	Negra	Heterossexual	Superior incompleto	Não tem	Foi presa duas vezes. Na primeira ficou 10 anos. Na segunda ficou 4 meses.
Grace	23 anos	Branca	Bissexual	Ensino fundamental completo	Evangélica	Foi presa uma vez e ficou 4 anos.
Toninho (Andreia)	39 anos	Morena/parda	Homossexual	Ensino fundamental incompleto	Evangélica	Foi presa 3 vezes. A primeira durou 3 anos e meio. A segunda durou 3 anos e 4 meses. A terceira ficou 7 anos.
Louise	36 anos	Parda/branca	Heterossexual	Superior incompleto	Umbanda	Foi presa duas vezes no mesmo processo. Na primeira ficou 6 meses. Na segunda ficou 1 ano e 10 meses.
Bruna	33 anos	Morena	Heterossexual	Fundamental completo	Evangélica	Foi presa uma vez. Ficou 1 ano e 8 meses.
Ana	54 anos	Preta	Bissexual	Ensino médio completo	Candomblé	Foi presa uma vez e ficou 3 anos.
Joana	61 anos	Negra e índia	Heterossexual	Superior incompleto	Espírita – Juremeira	Foi presa uma vez e ficou 10 anos.

Nos primeiros meses de encarceramento, Valéria temia ter adquirido uma IST devido a relações sexuais com outra mulher. Posteriormente, quando estava em outra unidade prisional, passou a apresentar intenso corrimento vaginal, sem conseguir identificar a causa. Duas participantes, Toninho e Louise, tiveram problemas intestinais com sangramento e dor. Ana e Bruna, por sua vez, começaram a ter crises de bronquite – ambas nunca haviam tido problemas respiratórios antes da prisão. Ana acredita que o surgimento do problema surgiu devido ao “castigo”*, pois o ambiente era úmido e a qualidade do ar, precária. Além da bronquite, Ana passou a ter dores constantes no corpo, infecção de ouvido e pedras nos rins. Graziela teve diversos machucados em decorrência dos jatos de água e da violência física que sofreu durante a megarrebelião do PCC** em 2006.

Ainda que as mulheres tenham mencionado enfermidades que surgiram dentro das unidades prisionais, Paula e Joana acabaram enfrentando problemas durante as saídas temporárias, quando estavam no regime semiaberto***. Paula sofreu uma queda em uma escada na casa onde estava hospedada. Ao retornar à prisão, a dor se intensificou, e passou a ter dificuldades para respirar; posteriormente, exames revelaram uma fratura na região coxofemoral. Joana, por sua vez, teve sua primeira saída temporária após sete anos de cárcere e consumiu alimentos aos quais já não estava mais acostumada. Segundo ela, acabou tendo um “choque alimentar”, já que no cárcere, comia pouco devido à precariedade das refeições. Ao retornar à prisão, ficou inconsciente e precisou ser internada.

Em relação à saúde mental, todas as participantes relataram ter sentido intenso sofrimento e percebem que a ausência de liberdade e as condições adversas das instituições afetam a maioria das mulheres. Para as entrevistadas, múltiplos fatores estão relacionados a esse sofrimento: a solidão, especialmente para aquelas que não recebem visitas de familiares; as diferentes formas de violência – desde a opres-

*As participantes chamam de “castigo” as sanções disciplinares aplicadas nas unidades prisionais. Nesse contexto, Ana faz menção ao “pote”, uma cela onde a pessoa fica isolada, em condições precárias, com pouco espaço e ventilação limitada.

**O Primeiro Comando da Capital (PCC) é a maior organização criminosa do estado de São Paulo e uma das maiores do país. A primeira grande rebelião organizada pelo PCC aconteceu em 2001, envolvendo 29 unidades prisionais de São Paulo. Em 2006, houve a megarrebelião, que envolveu 74 estabelecimentos prisionais e resultou, pela primeira vez, em ataques nas ruas.

***O semiaberto é o regime intermediário de cumprimento de pena. Pela lei, a pessoa pode trabalhar, frequentar curso ou exercer outras atividades autorizadas fora da unidade prisional.

são do ambiente, castigos e múltiplas formas de agressões físicas até humilhações entre as próprias mulheres –, além da insalubridade do ambiente prisional. A fala de Joana ressalta o abandono: “Eu acho que o que mais mexe no psicológico das companheiras dentro do cárcere é o abandono, abandono familiar de qualquer espécie, não só da família, como do companheiro e da companheira”. Paula fala das privações:

Porque é uma coisa impressionante, porque eles te privam de tudo, das amizades de tudo [...] então você já tem aquela dor, então às vezes você não quer aproximação com aquela mulher ou com aquela pessoa, por quê? Porque se você fizer uma amizade fodida ali de novo, então dentro de você já tem uma certa distância. Não quer sofrer. Cê tem um bloqueio. Você se tranca. Se tranca na cadeia, você e você.

A manifestação do sofrimento mental no dia a dia foi nomeada por três verbos: “surtar”, “subir (no psicológico)” e “chapar”. As entrevistadas entendem que há momentos em que elas, ou outras mulheres, não conseguem mais suportar o que sentem e acabam extravasando de alguma maneira, seja por meio de tentativas de suicídio, autoleções, brigas com outras mulheres, manifestações de choro constante ou paralisação:

Elas pulam muro, elas se joga, as do povo do Butantã é doido. Elas não aguentam não, ali é muita pressão, muita opressão (Toninho).

Duas participantes relataram tentativas de suicídio durante o tempo em que estiveram presas. A primeira tentou cortar os pulsos, e a segunda usou um lençol para se enforcar; em ambos os casos, os agentes as levaram para o “castigo” nas respectivas unidades prisionais. Tais narrativas encontram consonância com os dados das prisões femininas nacionais: as chances de uma mulher se suicidar são até 20 vezes maiores entre a população encarcerada, quando comparada à população brasileira total (Brasil, 2018).

Pesquisas realizadas apontam que a rotina do cárcere, associada à distância dos filhos e familiares, contribui para sentimentos de solidão, irritação e desânimo, que, por sua vez, geram sintomas de estresse e depressão nas mulheres encarceradas (Santos et al., 2017; Furtado et al., 2021). Em um levantamento realizado nas unidades prisionais do Rio de Janeiro, Constantino et al. (2016) constataram que o cárcere causa um impacto maior na saúde mental das mulheres em compara-

ção aos homens encarcerados, sendo a preservação do vínculo familiar um fator de proteção.

Algumas análises sobre o tema versam sobre fatores existentes na vida das mulheres antes do cárcere que contribuem para o aumento dos problemas de saúde mental e diagnósticos psiquiátricos. Esses fatores incluem o histórico de violências física, sexual e psicológica vivenciadas, a dependência de álcool e outras drogas e a exposição a fatores estressores ao longo da vida (Santos et al., 2017; Minayo, Constantino, 2015).

A gestão do sofrimento, por sua vez, ocorre por meio da ampliação dos diagnósticos psiquiátricos e da administração abundante de psicofármacos. Oito participantes relataram o uso de psicofármacos prescritos em algum momento do cárcere, considerando que a maioria nunca havia ingerido qualquer tipo de medicação psiquiátrica antes de ser presa:

No começo foi horrível, porque eu tava acostumada a todo dia sair de casa e de repente me trancam no quadrado, eu tava surtando, tava parecendo um leão dentro da jaula, tava surtando e tava começando a tomar um monte de remédio [...] eu falei que eu tomava e eles me deram, não pediram receita nem nada. Tomava Diazepam, só Diazepam e Amitril. Eu pegava de outras pessoas, a gente trocava remédio, pegava remédio, é Clopam, Levozine, vários remédio, bolão até já tomei (Val).

Toninho conta que era “viciada em carbamazepina” e que sempre pegou das outras mulheres que estavam lá. Ela nunca quis passar no psiquiatra para “não sujar a pasta”, mas sabia que era fácil conseguir qualquer medicação.

Rodrigues (2021), em estudo conduzido em uma penitenciária feminina, analisou como os corpos das mulheres presas eram submetidos a diversos dispositivos de controle, utilizados tanto pelas equipes de segurança quanto pela equipe de saúde. Para que as mulheres mantivessem a calma no cotidiano prisional, havia desde o uso da força pelos agentes prisionais até a prescrição de calmantes e analgésicos. As mulheres também solicitavam frequentemente a prescrição de tranquilizantes, com o intuito de “passar o tempo da cadeia mais rápido e aliviar o sofrimento produzido neste espaço de reclusão” (Rodrigues, 2021, p. 142).

A circulação e a troca de diferentes medicamentos psiquiátricos também foram relatadas pelas entrevistadas deste estudo, sendo comum, no dia a dia, o uso concomitante de remédios prescritos com a ingestão de medicações não prescritas, oferecidas por outras mulheres.

Matsuda (2016) observa que o uso da psiquiatria e de medicamentos controlados é fundamental na gestão cotidiana do espaço prisional. “O mecanismo formado pelo diagnóstico psiquiátrico e medicação psicotrópica atende sobretudo a uma contingência da administração e não à saúde das mulheres presas individualmente consideradas, ou seja, tem uma função normalizadora” (Matsuda, 2016, p. 125).

Para Mallart (2021), os sintomas físicos e mentais decorrentes do funcionamento das prisões são geridos por meio de substâncias psiquiátricas. Os psicofármacos operariam então como uma “tecnologia de gestão de populações, da população presa, bem como de espaços precários e superlotados” (Mallart, 2021, p. 180). Essa forma de “gestão neuroquímica” evidencia um “processo de psiquiatrização da prisão e, em certos espaços prisionais, de “manicomialização do cárcere” (Mallart, 2021, p. 189).

Esse processo de “psicopatologização da vida” caracteriza um modo de funcionamento da existência contemporânea que transcende os muros da prisão, embora esteja fortemente vinculado à forma de gestão prisional. Trata-se da padronização e normatização do sofrimento psíquico com base nos critérios classificatórios presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Essas classificações buscam “tratar e curar o mental com a mesma eficácia com que se trata os males do corpo físico, uma vez que explicam os transtornos físicos e mentais dentro dos mesmos parâmetros objetiváveis e essencialmente quantitativos” (Bocchi, 2018, p. 98). A psiquiatria, que opera a partir desse modelo, estabelece uma relação abstrata e universalizante com a doença mental, ignorando a singularidade e a complexidade do sujeito (Bocchi, 2018).

A noção de sofrimento social permite ir além do reducionismo dos diagnósticos psiquiátricos e das concepções individualizantes do sofrimento psíquico. Esse conceito reconhece que o “mal-estar não pode ser observado e explicado independentemente das dinâmicas sociais e dos interesses políticos e econômicos que o constroem, reconhecem e nomeiam” (Pusseti, Brazzabeni, 2011, p. 468). Com efeito das relações

desiguais de poder presentes na organização social, o sofrimento social se relaciona com os problemas individuais gerados pelas “fraturas devastantes que as forças sociais podem exercitar sobre a experiência humana” (Pusseti, Brazzabeni, 2011, p. 469). Ele resulta da ação do poder político, econômico e institucional sobre as pessoas e, reciprocamente, da influência dessas formas de poder sobre as respostas aos problemas sociais (Kleinman et al., 1997).

Considerando que a noção de sofrimento social vai além de um entendimento exclusivamente médico e psicológico, abrangendo processos sociopolíticos relacionadas à opressão e violência a que determinados grupos são submetidos (Carvalho, 2008), este ensaio compreende que a gestão da vida cotidiana nas prisões femininas, marcada por diversas formas de violência, resulta em múltiplos e intensos sintomas de sofrimento que deixam marcas profunda na vida dessas mulheres. Diante desse cenário, foi possível identificar os itinerários de cuidado percorridos pelas participantes, ainda que estivessem em um contexto de opressão e privação de liberdade.

As diferentes narrativas permitiram identificar que os itinerários de cuidado incluíram tanto o sistema oficial e profissional – composto pelos equipamentos, serviços e profissionais do Sistema Único de Saúde –, quanto os cuidados informais, baseados em redes de apoio social, religiosidade e ações de autocuidado (Kleinman, 1980; Haydu, 2017). Esses itinerários mostraram certa flexibilidade, com o uso simultâneo de diversas estratégias; ainda assim, todas as participantes expressaram preferência pelos cuidados formais em casos de doenças, infecções, ferimentos, contusões e outros agravos à saúde física. Uma das críticas apontadas foi a precariedade no acesso ao tratamento e a necessidade de “bater grade”^{*} ou recorrer a ameaças para receber o atendimento necessário.

Paula relatou que precisou se humilhar para conseguir ser levada a um equipamento de saúde após sofrer uma contusão durante um final de semana que passou com a família enquanto estava no regime semiaberto:

Eles não queriam me levar para o hospital, não queria me levar, não queria. Daí eu tava sentada esperando pra mim tomar uma

^{*} Termo que faz referência ao fato de as mulheres baterem nas grades quando precisam de algo ou mesmo quando querem chamar atenção dos agentes de segurança.

injeção, nisto chegou a chefe da saúde da cadeia [...] cheguei pra trás naquela posição de tortura – torturador e a torturada, sabe? ‘Olha, por favor, eu vim aqui humildemente pedir um favor porque eu caí o caramba e tal, tal, tá doendo muito, não tô aguentando, eu preciso ir num médico tirar uma chapa.

Quando a prisão não dispunha de profissionais ou infraestrutura adequada, as mulheres relataram que recebiam cuidados especializados em hospitais e postos de saúde próximos à unidade prisional, bem como no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário (COC), localizado no Carandiru, em São Paulo. Algumas participantes descreveram o sofrimento e a humilhação que sentiram ao passar por esses equipamentos. Entre os elementos de alto estresse estavam o transporte até esses locais, o tempo de espera e a forma como eram algemadas e tratadas pelos agentes de segurança e pela escolta:

É horrível, os caras te algemam os pés, os cara te algemam a mão, você vai no latão, o dia que os caras estão de boa, eles vão de boa, no dia que eles estão com raiva, eles vão a 200 por hora e você vai caindo, tem companheira que mija nas calças, tem companheira que vomita. Aí você chega no médico muito mais doente. Os médico tão perguntando e você não tá sabendo nem o que eles tão perguntando, entende? O bagulho é louco (Ana).

As mulheres que passaram pelo Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário relataram que não se sentiram bem nesse local. Louise destacou o fato de ser um ambiente predominantemente masculino, sendo alvo de assédio e ouvindo “coisas muito pesadas”. Toninho, por sua vez, relatou desrespeito durante a revista, considerando sua orientação sexual, tendo se sentido humilhada.

Quando estava em um presídio no interior de São Paulo, Louise iniciou um tratamento no SUS de uma cidade vizinha para os sangramentos gastrointestinais que vinha apresentando e relatou que se sentia tratada como um “bicho”:

Eles me levavam de escolta, com algemas nas mãos e nos pés, e eles não deixavam tipo com roupa para tampar, para não ser tão exposta, então aonde eu passava as pessoas olhavam, tipo assim, e os funcionários me tratavam muito mal. Os próprios funcionários do hospital, e como eu estava direto lá, enfim era uma tortura ter que ir para lá, fazendo aquele barulho nos pés, da algema nos pés

[...]. Teve uma vez que passava Xilocaína, para poder fazer a introdução e tal, e aí teve uma que falou, mulher, era uma mulher e um enfermeiro: ‘para que passar anestesia? Vai assim mesmo’, tipo assim. Enfim, o que mais me dói é mulher, sei lá, e aí foram algumas vezes assim.

Diversos estudos na área demonstram a insuficiência e a precariedade na oferta de cuidados formais dentro do ambiente prisional (Santos et al., 2017; Graça et al., 2018; Manzalli, 2020). As narrativas das participantes desta pesquisa permitem identificar que, embora o acesso à saúde fosse precário e as mulheres precisassem insistir para serem atendidas, de forma geral, nos casos mais graves, houve o encaminhamento para a rede de saúde do município, conforme preconiza o artigo 14 da LEP (Brasil, 1984).

A fragilidade na promoção e no acesso à saúde das mulheres encarceradas foi agravada pela ocorrência de diferentes violências institucionais. As palavras “humilhação” e “tortura” foram utilizadas pelas entrevistadas ao falarem sobre a maneira como eram transportadas para os equipamentos de saúde, na abordagem dos agentes que as acompanhavam na escolta e, em algumas circunstâncias, no tratamento dos profissionais que as atenderam no COC e em outros serviços do SUS. O estigma de serem prisioneiras marcou as relações estabelecidas no sistema formal, como se a condição de mulheres aprisionadas as transformasse automaticamente em “menos humanas”.

No contexto do racismo e encarceramento em massa nos Estados Unidos, Alexander (2017) afirma que os chamados “criminosos” fazem parte de um grupo do qual se é assegurado permissão social para odiá-los. Assim, quando se afirma que alguém foi “tratado como bandido”, está se afirmando que foi tratado como “menos humano” (Alexander, 2017, p. 212).

É importante considerar que as diferentes violências vivenciadas pelas mulheres no acesso aos cuidados de saúde não são fortuitas e estão articuladas à ideologia do racismo, além das desigualdades de classe e gênero presentes em nossa sociedade. Nesse sentido, “os processos de produção de vulnerabilidade social e de dominação não podem ser entendidos sem se levar em conta a intersecção de raça, gênero e classe social” (Alves, 2017, p. 105). Tais marcadores sociais da diferença estão diretamente relacionados à seletividade penal e ao processo de encarceramento dessas mulheres, sendo que é na admi-

nistração da justiça que se manifesta, de forma explícita, a produção de indivíduos puníveis (Alves, 2017).

A partir dessa análise, percebe-se a importância de compreender os processos de exclusão e as violências que podem ser perpetrados no sistema formal de saúde quando as mulheres já se encontram encarceradas, como ocorreu com algumas participantes deste estudo.

Malvasi, Dantas e Manzalli (2022) pontuam a importância do debate sobre os direitos humanos da população carcerária e sua intersecção com o campo da saúde coletiva. Os autores consideram a necessidade de reorganizar o sistema de saúde para lidar com as consequências do aumento significativo da população carcerária nas últimas décadas. As populações historicamente afastadas do sistema formal também são aquelas marcadas por discriminações, preconceitos e violências presentes em nosso tecido social. Além de reconhecer a reprodução dos processos de desigualdade que marcam as mulheres presas, as políticas de saúde enfrentam o desafio de lidar com as diferentes formas de violência recorrentes no cárcere, bem como as demandas por cuidado de longo prazo, como nos casos de doenças crônicas, e os impactos na saúde mental das pessoas afetadas pelas consequências da prisão (Malvasi et al., 2022).

Além dos cuidados formais, os relatos das entrevistadas mostraram que as redes de apoio social foram essenciais na constituição de seus itinerários, especialmente em relação ao cuidado da saúde mental. Assim, a solidão e o isolamento provocados pela experiência da prisão foram redimensionados pelas vivências e trocas estabelecidas com outras mulheres. A rede de apoio diz respeito a uma trama relacionada a todas as relações significativas para o indivíduo. Sua função se relaciona com a qualidade das relações estabelecidas e possui um caráter dinâmico, o que significa que se modifica à medida que a vida das pessoas se transforma com o tempo, a partir de novas experiências (Bernauer, 2013).

Embora o convívio no cárcere tenha sido frequentemente marcado por disputas e conflitos, diferentes alianças e níveis de suporte entre as mulheres foram mencionados pelas entrevistadas, resultando na formação de novas redes nas diferentes unidades por onde passaram. A maioria das mulheres relatou a importância de companheiras com mais experiência em “tirar cadeia” ao ingressarem na prisão. Esses relacionamentos foram fundamentais para que pudessem compreender

as regras de determinadas unidades, além de terem acesso a ensinamentos que colaboraram para a sobrevivência no cárcere.

No cotidiano prisional, algumas participantes falaram sobre a importância de relacionamentos em que as pessoas eram chamadas a partir de papéis familiares, como “mãe”, “pai” e “filha”. Val mencionou algumas dessas relações nos primeiros meses na prisão:

Tinha o Chicão, eu falava que ele era o meu pai lá. Ele me zoou ainda! Eu falei: ‘mano, que que é isso PCC?’ Aí ele falou: ‘prato, colher e copo!’ Aí depois ele me explicou tudo e tals. Aí eu fui entendendo, aí tinha a Malu também que o povo falava que tinha pego eu pra criar, que ela era minha mãe. Aí por causa que quando eu cheguei ela que pagou o primeiro corte de cabelo pra mim, ela falou, mano corta o cabelo dessa menina, você é louco, tá mó grande, aí ela pagou pra mim cortar.

Toninho conta que o que mais marcou sua primeira detenção foi uma amiga chamada Angelica. Elas foram transferidas juntas de uma prisão feminina do interior para São Paulo e “uma tomava conta de outra”, embora nunca tenham ficado juntas. Toninho a chamava de “mãe” porque, na prática, Angelica “tomava mais conta” de Toninho do que o contrário, mesmo sendo mais jovem. Foi com Angelica que Toninho se habituou ao dia a dia do cárcere e acabou fazendo “vida na prisão”.

As participantes também relatam a importância da união e solidariedade diária entre as mulheres para enfrentar as adversidades. Loui-se explica essa situação:

Quando eu entrei, eu falei: são presas, essas são presas mesmo, fizeram coisas erradas, tá ali, mas quando eu entendi que, por mais que eu não tinha feito, eu era tarjada como uma traficante, eu também sou, então somos todas companheiras, não é só de sofrimento, é de tudo, de viver a vida ali junto, e tipo vamos sobreviver todo mundo junto. Eu já cheguei a comer comida azeda com elas, sem a gente saber que tava azeda, a gente perceber, mas a gente já ter comido, a gente tá comendo por fome, então a gente está dividindo a mesma comida, o mesmo espaço, o mesmo lar, as mesmas aflições, as mesmas dores.

Os relacionamentos amorosos com outras mulheres foram mencionados como um aspecto de suma importância para o fortalecimento das entrevistadas, conforme relatado por Grace:

Porque ela é demais, ela é, ela me fez sorrir no meio do deserto, tipo, você tá vendo o mundo acabando, o mundo despencando na sua cabeça e a pessoa fala assim: ‘Não, filha, vai sorrir, vai à luta que você vai conseguir’. Porque eu falava assim: ‘Eu quero terminar a faculdade, eu quero ser dona do meu próprio negócio’, as outras meninas tiravam com a minha cara, sabe? Então era uma dando força pra outra, tipo, vamos ao infinito e além.

Em uma etnografia sobre relacionamentos afetivos e sexuais tecidos nas penitenciárias femininas das cidades de São Paulo e Barcelona, Padovani (2015) aborda a importância dos laços de ajuda mútua que são nutridos na “dura caminhada da prisão”. Esses laços são constituídos por trocas de “afeto, cuidados e dinheiro”, trocas de substâncias que produzem a vida cotidiana e que implicam na “manutenção da vida em sentido amplo” (Padovani, 2015, p. 20).

Haydu (2017) identificou a importância das redes sociais na constituição dos itinerários terapêuticos de congoleses em São Paulo. As redes sociais são um espaço potencial de trocas materiais e afetivas, podendo oferecer apoio em momentos críticos para a produção e reprodução da vida social.

Além das redes sociais, a religiosidade foi outro elemento relevante na constituição dos itinerários de cuidado das participantes. As entrevistadas mencionaram a importância da fé e da religião para suportar as condições adversas do cárcere, conforme explicitado na fala de Paula:

Porque ninguém pode negar Maria. Ela existiu, ela deu à luz a Jesus. Se é do Espírito Santo, se é do José, se é do soldado, não importa! Ela foi mãe. Ela sofreu. Ela sofreu muito, de ter visto tudo o que ela viu, o sofrimento dela, então eu sempre pedia, olha que loucura, eu pedia pra ela jogar os mantos em cima de mim toda vez que a tranca abria. Então tudo o que acontecia parece que eu tinha uma carapaça (Paula).

A religiosidade foi fundamental na constituição dos itinerários de Louise e Ana. No entanto, ambas expressaram o incômodo com o fato de que as prisões não aceitavam a presença das religiões de matriz

africana e, muitas vezes, as próprias mulheres que estavam presas rejeitavam a liberdade de culto dessas religiões.

Diversas pesquisas abordam a importância da religiosidade e da fé nos itinerários terapêuticos de diferentes grupos e populações (Souza, Pereira, 2016; Haydu, 2017; Fernandes, Santos, 2019). A Organização Mundial da Saúde (OMS) também reconhece essa importância ao incluir, em seus instrumentos de avaliação sobre qualidade de vida, um domínio referente à religiosidade e às crenças pessoais (Santos, Ribeiro, 2015).

Ao investigar a crescente associação entre processos religiosos e saúde mental, Rocha e Fleck (2011) indicaram a religiosidade como um fator de proteção contra o suicídio, o abuso de álcool e outras drogas, e o sofrimento psicológico, entre outras dimensões. Em uma revisão da literatura, Faria e Seidl (2005) identificaram diferentes funções da religião, que vão desde alívio, conforto e consolo até a busca de significado para problemas relevantes da existência, a procura de intimidade a partir de rituais que promovem interações entre os participantes, e a necessidade de autocompreensão e busca pelo sagrado. Tais funções não são excludentes e podem ocorrer de forma simultânea, como relatado pelas participantes deste estudo.

Em consonância com as narrativas das entrevistadas, outros estudos com mulheres encarceradas constataram a importância da religiosidade na vida dentro da prisão. Lima et al. (2013) identificaram que a fé era uma das principais estratégias de resiliência de mulheres em um presídio feminino de João Pessoa. Nessa mesma direção, Buckeridge (2011) verificou, em uma unidade prisional na cidade de São Paulo, que a religião servia como fonte de esperança para as mulheres, ajudando atribuir sentido à experiência do cárcere.

Outra dimensão dos itinerários de cuidado das mulheres diz respeito às ações de autocuidado ou autoatenção. O autocuidado está relacionado às representações e práticas utilizadas para explicar, aliviar, suportar, resolver ou prevenir processos que afetam a saúde da pessoa, em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional dos cuidadores profissionais, mesmo quando estes são a referência. Implica na autoprescrição e no uso de um tratamento de forma autônoma ou relativamente autônoma (Menéndez, 2003).

Diante do sofrimento relatado pelas mulheres em diferentes circunstâncias, mesmo que não houvesse uma consistência nas ações,

foi possível identificar que o consumo de maconha compôs os itinerários de algumas participantes, sendo utilizada com diferentes objetivos em diferentes contextos. A maioria das mulheres relatou o uso de maconha para relaxar e lidar com a pressão da vida na prisão. Grace mencionou a importância da maconha para ajudá-la a se acalmar e a conseguir se alimentar quando estava no semiaberto:

Ah, eu fumei maconha porque eu tava a ponto de enlouquecer, porque não tinha minha medicação na unidade, então eu fumava pra dormir, isso lá no Butantã, e pra conseguir comer né? Eu fumava, eu lavava o rosto pra escovar os dentes, pra tirar o cheiro, passava, tomava um banho com a água gelada mesmo, queria nem saber, e descer pra abrir o apetite, porque eu não conseguia comer a comida, era horrível. Então pelo menos ali no efeito. Então no efeito pra poder comer, porque eu não dava, as meninas já estavam entrando em desespero: ‘Vai comer alguma coisa, pelo amor de Deus’, eu falava: ‘Mas eu não sinto fome, gente’. Eu só comia pão, eu só tomava café da manhã, café da tarde, acabou”.

Em algumas circunstâncias, o uso de psicofármacos também foi identificado como uma forma utilizada pelas mulheres para suportar as condições carcerárias, conforme relatado por Bruna no tempo em que permaneceu em uma prisão no interior. Diante disso, por um lado, a prescrição e consumo abundante de remédios psiquiátricos é uma forma de gestão e controle das mulheres na prisão; por outro, pode ser utilizado como automedicação pelas próprias mulheres para o enfrentamento do cotidiano (Santos et al., 2017; Rodrigues, 2021).

Outras formas de ações de autocuidado foram mencionadas pelas participantes, havendo uma certa diversidade nos elementos que auxiliaram as mulheres no enfrentamento das condições adversas da prisão. Paula mencionou a importância da yoga e dos exercícios diários de respiração para relaxar. A escrita ajudou tanto Graciela, na segunda vez em que esteve presa, quanto Val, no cotidiano das diferentes prisões por onde passou. Louise mencionou a importância da confecção dos bordados e dos cigarros de palha durante a primeira vez em que esteve presa:

“Lá eu só sentia falta de ar mesmo quando eu ia deitar principalmente, eu sentia muita falta de ar, mas eu achava que conforme eu ia fazendo os paieiros, bordando, aquilo ia dando uma mascarada, não tinha um start [...]. Eu comecei a trocar o dia pela noite, porque eu

queria ficar acordada à noite, porque tava todo mundo em silêncio, estava todo mundo dormindo e eu me sentia segura, para poder pensar, ficar mesmo que fosse no meu colchão, para fazer os dias passarem mais rápido dormindo durante o dia”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este ensaio parte do entendimento de que, apesar das condições adversas do cárcere, as entrevistadas buscaram estratégias variadas para suportar o aprisionamento. Seus itinerários de cuidado traduzem as escolhas feitas para continuarem existindo em meio a eventos e situações que ameaçaram suas existências. A prisão representou uma marca definitiva em seus percursos; no entanto, as formas de vida no espaço prisional e o estabelecimento de diferentes práticas de cuidado permitiram a manifestação da agência dessas mulheres: a capacidade de sobreviverem e “retecere” suas vidas, ainda que marcadas física e psiquicamente por essas experiências.

Reconhecer a agência das mulheres que passaram pela prisão abre espaço para compreender que, embora exista uma estratégia política e social que tenta apagar a subjetividade dessas mulheres, fixando-as em papéis de criminosas ou doentes, elas resistem e conseguem criar vida na prisão, sobrevivendo a uma morte tanto física quanto simbólica. Essa perspectiva, longe de ser ingênua, reconhece que a produção de cuidado em contextos críticos como a prisão não anula os efeitos das violências vividas, mas há um saber e uma capacidade de sobrevivência que devem ser reconhecidos e valorizados.

Este ensaio buscou contribuir com o debate sobre os direitos humanos da população carcerária e sua relação com o campo da saúde coletiva. O crescente processo de encarceramento é parte de uma estratégia de controle e circulação dos indesejáveis, de populações periféricas associadas a determinados territórios urbanos (Mallart, Cunha, 2019). Portanto, a prisão não está fora e apartada da vida social; pelo contrário, ela “só pode ser compreendida em conexão com os fatos, os acontecimentos, os discursos, as ações que ocorrem no exterior” (Fassin, 2020, p. 37).

A prisão, enquanto sombra inquietante do mundo social, viola direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde das mulheres que compuseram este estudo durante o tempo em que permaneceram presas. Ao mesmo tempo, as condições violentas e adversas do cárcere

produzem novos adoecimentos físicos e mentais, tornando fundamental o reconhecimento crítico das demandas de cuidado em saúde para as mulheres afetadas pela prisão. Esses imperativos só serão respondidos e efetivados se houver mecanismos de controle e responsabilização que assegurem os direitos dessa população.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, M. **A nova segregação: racismo e encarceramento em massa**. São Paulo: Editora Boitempo, 2017.
- ALMEIDA, P.; SOARES, R.; COURA, A.; et al. Condição de saúde de mulheres privadas de liberdade: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 1, p. 73-80, 2015.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre itinerários terapêuticos. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ALVES, D. Rés negras, juízes brancos: uma análise da interseccionalidade de gênero, raça e classe na produção da punição em uma prisão paulistana. **Revista CS**, n. 21, p. 97-120, 2017.
- ARAÚJO, M. M.; MOREIRA, A. S.; CAVALCANTE, E. G. R., et al. Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na teoria das necessidades humanas básicas. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 3, p. 1-7, 2020.
- ASSIS, A.; SILVA, M. B. “Viver Livrementemente”: trajetos e passagens de uma fuga do cuidado. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; JÚNIOR, A. G. S. (org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.
- AUGÉ, M. L’Anthropologie de la maladie. **L’Homme**, v. 26, n. 97-98, p. 81-90, 1986.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: Trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. **Revista Bahiana de Enfermagem**, v. 1, n. 31, p. 1-4, 2017.
- BERNAUER, M. C. **A Rede de Apoio Social no Autocuidado em Saúde, como parte do Itinerário Terapêutico (IT) dos usuários que utilizam o Sistema de Saúde da Baixada Santista**. 2013. Tese do Programa de Psicologia Clínica da PUC-SP, São Paulo, 2013.
- BOCCHI, J. C. A psicopatologização da vida contemporânea: quem faz os diagnósticos? **Doxa: Revista Brasileira de Psicologia e Educação**, v. 20, n. 1, p. 97-109, 2018.
- BONET, O. Itinerários e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. **Sociologia & Antropologia**, v. 4, n. 2, p. 327-350, 2014.
- BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.
- BRASIL. Infopen Mulher. **Levantamento de Informações Penitenciárias**. Mulheres – 2ª ed. Brasília: 2018. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf. Acesso em: 12 maio 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1777 de 09 de setembro de 2003, Brasília, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pr1777_09_09_2003.html. Acesso em: 10 jan. 2023.

- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 482 de 1º de abril de 2014, Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html. Acesso em: 13 dez. 2021.
- _____. Portaria Interministerial nº 210 de 16/01/2014/SPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências, Brasília, 2014. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/370306/>. Acesso em: 19 abr. 2023.
- _____. Secretaria Nacional de Políticas Penais. SISDEPEN – **Dados Estatísticos do Sistema Penal**. Relatório Analítico São Paulo, junho 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/depem/pt-br/servicos/sisdepem/relatorios-e-manuais/relatorios/SP>. Acesso em: 18 mar. 2023.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde no sistema penitenciário/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Série E. Legislação de Saúde, Brasília, 2010.
- BUCKERIDGE, F. C. **Por entre as grades: um estudo sobre o cotidiano de uma prisão feminina**. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Psicologia Social, 2011. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-20072011-104248/pt-br.php>. Acesso em: 19 abr. 2023.
- CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.
- CARVALHO, J. E. C. Violência e Sofrimento Social: a resistência feminina na obra de Veena Das. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 17, n. 3, p. 9-18, 2008.
- CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R.; SOUZA, A. L. M., et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, 2014.
- Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 213, de 15 de dezembro de 2015. Dispõe sobre a apresentação de toda pessoa presa à autoridade judicial no prazo de 24 horas. Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_213_15122015_22032019145102.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.
- CONSTANTINO, P.; De ASSIS, S. G.; PINTO, L. W. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2089-2100, 2016.
- CONTATORE, A. O.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, p. 1-24, 2019.
- DALMOLIN, B. M.; VASCONCELLOS, M.P. Cartografias de sujeitos que vivenciam o sofrimento psíquico numa comunidade urbana. **Ponto Urbe**, v. 1, p. 1-14, 2007.
- DAS, V. **Vida e palavras a violência e sua descida ao ordinário**. São Paulo: Editora da Unifesp, 2020.
- DELZIOVO, C. R.; OLIVEIRA, C. S.; JESUS, L. O.; COELHO, E. B. S. **Atenção à saúde da mulher privada de liberdade**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

- FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p. 381-89, 2005.
- FERNANDES, S. L.; SANTOS, A. O. Itinerários terapêuticos e formas de cuidado em um quilombo do agreste alagoano. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n. spe, p. 38-52, 2019.
- FERNANDES S. L. **Itinerários terapêuticos e política pública de saúde em uma comunidade quilombola do agreste de Alagoas, Brasil**. Tese apresentada no Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- FERREIRA J.; SANTO W. E. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 179-198, 2012.
- FURTADO, A. E.; OLIVEIRA, M. M.; HERREIRA, L. F.; et al. Saúde mental de mulheres em privação de liberdade: a percepção delas. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. 1-12, 2021.
- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: Diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.
- GERMANO, I. M. P.; MONTEIRO, R. A. F. G.; LIBERATO, M. T. C. Criminologia Crítica, Feminismo e Interseccionalidade na Abordagem do Aumento do Encarceramento Feminino. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, p. 27-43, p. 2018.
- GRAÇA, B. C. D.; MARIANO, M. M.; GUSMÃO, M. A. J. X., et al. Dificuldades das mulheres privadas de liberdade no acesso aos serviços de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1-9, 2018.
- HAYDU, M. **Refugiados congoleses na cidade de São Paulo: processo migratório e itinerários terapêuticos**. Tese apresentada ao Programa de Saúde Coletiva da UNIFESP, 2017.
- Institute For Crime & Justice Policy Research – World Prison Brief, 2022. Disponível em: <https://www.prisonstudies.org/world-prison-brief-data>. Acesso em: 15 set. 2022.
- KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. **Introduction. Social Suffering**. University of California Press. Berkeley, 1997.
- KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.
- LIMA, G. M. B.; PEREIRA NETO, A. F.; AMARANTE, P. D. C., et al. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 446-456, 2013.
- MALFITANO, A. P. S.; SAKELLARIOU, D. Care and occupational therapy: What kind of care definition do we have? **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 27, n. 3, p. 681-685, 2019.
- MALLART, F.; CUNHA, M. I. Introdução: As dobras entre o dentro e o fora. **Tempo Social**, v. 31, n. 3, p. 7-15, 2019.
- MALLART, F.; RUI, T. Por uma etnografia das transversalidades urbanas: entre o mundo e os dispositivos de controle. In: MELO, J.; SIMIÃO, D.; BAINES, S. (orgs.). **Ensaio sobre justiça, reconhecimento e criminalidade**. Natal, RN: EDUFRRN, 2016.
- MALLART, F. **Findas linhas: Circulações e confinamentos pelos subterrâneos de São Paulo**. Lisboa: Etnográfica Press, 2021.
- MALVASI, P. A.; DANTAS, H. S.; MANZALLI, S. F. Direitos humanos e saúde: reflexões sobre vida e política no contexto da população carcerária. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 2, p. 1-13, 2022.

- MANZALLI, S. F. **Direito à vida: o acesso à saúde nas unidades prisionais do estado de São Paulo**. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Saúde Coletiva, 2020.
- MATSUDA, F. E. **Sob fogo cruzado: A gestão de mulheres e a justiça criminal paulista**. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2016.
- MENDES, G. R.; VICENTIN, M. C. Circuitos e circulação de crianças e adolescentes no centro de São Paulo: as políticas de saúde entre cuidado e controle. **Desidades**, v. 29, p. 117-131, 2021.
- MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.
- MINAYO, M. C. S.; CONSTANTINO, P. **Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- PADOVANI, C. N. **Sobre casos e casamentos: Afetos e amores através de penitenciárias femininas em São Paulo e Barcelona**. Tese apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo – Antropologia Social, 2015.
- PINHEIRO, R.; GERHARDT, T. E.; RUIZ, E. N. F.; JÚNIOR, A. G. S. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; JÚNIOR, A. G. S. (orgs.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.
- PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface**, v. 16, n. 41, p. 435-447, 2012.
- PUSSETTI, C; BRAZZABENI, M. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo – Dossiê: “Vivenciar o sofrimento social: suas ambiguidades e articulações”. **Etnográfica**, v. 15, n. 3, p. 467-78, 2011.
- ROCHA, N. S.; FLECK, P. A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011.
- RODRIGUES, D. O. **Entre a cela e o posto de saúde: agenciamento e sujeição na experiência das promotoras de saúde da penitenciária estadual feminina de Guaíba**. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2021.
- SANTOS, A. O.; RIBEIRO, R. **Saúde, doença e cura no Candomblé: ação profilática e terapêutica em espaço de religiões brasileiras de matrizes africanas**. In: MANDARINO, A.; GOMBERG, E. (org.). **Candomblés: encruzilhadas de ideias**, Coleção E-Livro, Salvador: EDUFBA, 01, 2015. p. 23-41.
- SANTOS, M. V.; ALVES, V. H.; PEREIRA, A. V., et al. A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery**, v. 21; n. 2, p. 1-7, 2017.
- SANTOS, M. V.; ALVES, V. H.; PEREIRA, A. V., et al. Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do estado do Rio de Janeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017.

- SILVA JÚNIOR, A. G.; PINHEIRO, R.; MELLO ALVES, M. G., et al. **Práticas avaliativas centradas no usuário e suas aproximações com os estudos de itinerários terapêuticos**. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; JÚNIOR, A. G. S. (orgs.). Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.
- SOUZA M.; PEREIRA P. P. G. **Em busca de atendimento à saúde: itinerários terapêuticos das travestis de Santa Maria-RS**. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; JÚNIOR, A. G. S. (orgs.). Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.

Migração internacional e o Sistema Único de Saúde: acesso e atenção em saúde a migrantes internacionais durante a pandemia por Covid-19

Mariá Lanzotti Sampaio
Alexandra Cristina Gomes de Almeida
Cássio Silveira
Regina Yoshie Matsue
Denise Martin

INTRODUÇÃO

A eclosão da pandemia por Covid-19 expôs e intensificou as profundas fissuras decorrentes das desigualdades estruturais presentes nas sociedades capitalistas (Cohen; Van Der Meulen Rodgers, 2021). Embora tenha sido uma crise global, a distribuição dos dados de morbimortalidade e os impactos multidimensionais mostram que as repercussões foram desiguais entre os diferentes segmentos populacionais (Bowleg, 2020).

Dentre os grupos mais afetados, estava uma parte significativa das populações de migrantes internacionais (Martuscelli, 2021). A pandemia ocorreu concomitante ao aumento dos deslocamentos populacionais, com cerca de 272 milhões de migrantes internacionais no mundo em 2019 (Joseph; Neiburg, 2020; Goldberg; Martin; Silveira, 2015). As novas configurações globais, com a diminuição dos custos de locomoção, contribuíram para favorecer esta realidade. No entanto, também houve um aumento expressivo de pessoas que se deslocaram em decorrência de perseguições, guerras, múltiplas formas de violência, violações de direitos humanos, catástrofes naturais e pobreza extrema (Granada et al., 2024; Goldberg; Martin; Silveira, 2015).

O Brasil tem se tornado um destino de diferentes grupos de migrantes internacionais, em especial pela intensificação dos movimentos migratórios Sul-Sul e pelo endurecimento das políticas migratórias no Norte Global (Magalhães; Bogus; Baeninger, 2018). Entre 2000 e 2024, foram contabilizados cerca de 2.213.884 migrantes com registro no país (Observatório das Migrações em São Paulo, 2024). Quanto aos pedidos de refúgio, de 2011 a 2022, o Brasil registrou 348.067 solicitações (Junger Da Silva et al., 2023).

No período de 2013 a 2022, observou-se um aumento de solicitações de residência por grupos advindos da Venezuela, Haiti, Argentina, Bolívia, o que marcou uma mudança nas dinâmicas migratórias no país, com predomínio das migrações do Sul Global (Oliveira, 2023). Em 2019, antes da pandemia, os principais registros no Brasil eram de pessoas oriundas da Venezuela, Haiti, Colômbia, Bolívia, Argentina e Uruguai (Observatório das Migrações em São Paulo, 2024). A presença de migrantes internacionais, com diferentes etnias, culturas e religiosidades, contribui para a formação e transformação das territorialidades locais.

O contexto pandêmico tornou-se um marco significativo nas migrações internacionais, especialmente devido ao fechamento de fronteiras e à implementação de medidas não acordadas bilateralmente (Baeninger et al., 2021). O novo cenário sanitário intensificou as iniquidades sociais previamente vivenciadas por esses grupos populacionais, trazendo desafios adicionais que impactaram drasticamente suas condições de vida e saúde (Cohen; Van Der Meulen Rodgers, 2021; Sell, 2020).

Entre as principais dificuldades, destacam-se a intensificação da vulnerabilidade socioeconômica e laboral, o aumento da xenofobia, a dificuldade no acesso a benefícios sociais e a serviços de saúde, o envio de remessas financeiras, múltiplas formas de violência e o agravamento do sofrimento psíquico (Granada et al., 2021; Gonçalves Junior et al., 2020; Gruer et al., 2021; Martuscelli, 2021). As condições precárias de moradia e a intensificação da dificuldade econômica dificultaram o acesso a medidas de proteção sanitária contra a Covid-19. Além disso, é importante que essa realidade seja compreendida a partir dos marcadores sociais de diferença, como etnia, gênero e orientação sexual, que corroboram para promover experiências de dupla estigmatização e intensificam as dificuldades vivenciadas (Sampaio et al., 2023).

No que se refere aos efeitos da contaminação por Covid-19, McGowan e Bambra (2022), em uma revisão de escopo com 95 artigos de cinco regiões globais da OMS, indicam que as taxas de mortalidade por Covid-19 foram significativamente maiores em localidades com desvantagem socioeconômica. Já Sandset (2021) demonstra os impactos desproporcionais da contaminação e mortalidade para minorias étnicas e racializadas, reforçando o caráter desigual da contaminação por Covid-19. Esse autor argumenta ainda que a pandemia está emaranhada em fatores necropolíticos preexistentes, os quais contribuem para uma distribuição desproporcional de risco de adoecimento, morte e vulnerabilidade. Estruturas de subfinanciamento dos sistemas de proteção social, negligências na promoção de bem-estar, diferentes formas de violência e mercantilização da saúde podem ser apontados como elementos dessa dinâmica de necropoder (Sandset, 2021).

Até o final da pandemia de Covid-19, em maio de 2023, foram registrados cerca de 765,97 milhões de casos acumulados (dados de 22 de maio de 2023) e sete milhões de mortes no mundo em decorrência da doença (Our World In Data). A expressiva morbimortalidade associada ao cenário sanitário, somada às demais demandas de atenção em saúde, desafiou múltiplos sistemas de saúde e de proteção social ao redor do mundo (Spinoza et al., 2021), exigindo novas formas de organização dos serviços em seus diversos âmbitos e pontos de atenção.

O sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), é caracterizado por seu caráter público, universal e equânime. No contexto da pandemia de Covid-19, o SUS desempenhou um papel crucial no enfrentamento da crise social e sanitária. Ações de promoção da saúde da população, vigilância e monitoramento dos casos, campanhas de vacinação em massa e rápida reorganização estrutural foram aspectos centrais para garantir a proteção dos indivíduos e da coletividade (Bousquat et al., 2021; Giovanella et al., 2021).

A perspectiva de universalidade do sistema brasileiro permite que populações migrantes tenham acesso à saúde, independentemente de sua situação documental e migratória. Em consonância com essa compreensão, a Lei nº 13.445, promulgada em 2017 reforça os direitos dessas populações em território nacional, incluindo o direito à saúde (Brasil, 2017).

O município de São Paulo foi o primeiro município a implementar uma política específica para migrantes, representada pela Lei nº 16.478,

de 8 de julho de 2016. Essa política antecedeu a atual Lei de Migração de âmbito federal e teve como objetivo garantir o acesso a direitos sociais e a serviços públicos, independente da situação migratória (São Paulo, 2016). Além disso, o município conta com documentos normativos como o Plano Municipal de Políticas para a População Imigrante e serviços voltados ao público migrante, como o Centro de Referência e Atendimento para Imigrantes, o Centro de Integração e Cidadania e centros de acolhida para migrantes e refugiados (Reis et al., 2016).

Considerada a maior cidade do Brasil, com população urbana de 11.451.999 milhões de habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2023), São Paulo tem sido um importante destino para migrantes e refugiados de diversas nacionalidades. Entre 2000 e 2024, foram registrados 455.927 migrantes no município (Observatório das Migrações em São Paulo, 2024). Apesar de ser um dos principais polos econômicos do país, profundas desigualdades sociais caracterizam o cenário local (Gomes, 2021), especialmente nas áreas periféricas do município, onde a falta de políticas públicas dificulta o acesso adequado a saneamento básico, saúde, habitação e segurança, entre outros serviços essenciais (Butikofer; Silva, 2021).

Apesar da perspectiva universal e da relevância do SUS para garantir a saúde da população, o sistema enfrenta desafios a ataques políticos e ideológicos ao longo da história (Araújo; Oliveira; Freitas, 2020) e ao seu desfinanciamento (Bousquat et al. 2021), o que compromete sua resolutividade (Souza, 2020). Concomitante a isto, a pandemia eclodiu em um contexto político marcado pela ascensão de grupos ultraconservadores, neoliberais e nacionalistas, que promoveram uma série de ações visando ao desmantelamento das políticas sociais (Ortega; Orsini, 2020) e do SUS (Bousquat et al., 2021), intensificando as fragilidades nas condições de vida e saúde das populações de migrantes internacionais e dificultando a superação dos desafios existentes.

Aliado aos desafios estruturais do sistema de saúde, as populações migrantes internacionais, especialmente aquelas em contextos de migração forçada e/ou racializadas, enfrentaram desafios específicos relacionados ao racismo e xenofobia, barreiras linguísticas e culturais e ao desconhecimento sobre o sistema de saúde brasileiro (Céspedes et al., 2024; Martuscelli, 2021). Essas dificuldades foram intensificadas durante a pandemia, dificultando que os sujeitos mantivessem segu-

ros e tivessem acesso adequado aos serviços e estratégias de cuidado em saúde (Martuscelli, 2021).

Diante do exposto, este capítulo pretende discutir as potencialidades e os desafios enfrentados por migrantes internacionais residentes no município de São Paulo no que se refere ao acesso à atenção em saúde no SUS durante a pandemia de Covid-19. Os resultados apresentados são um recorte parcial da pesquisa “Acesso à saúde e vulnerabilidades de migrantes internacionais no contexto de disseminação da COVID-19: uma pesquisa interinstitucional em rede colaborativa*.”

A pesquisa, de abordagem qualitativa, está estruturada sob um eixo teórico interdisciplinar, na perspectiva das migrações transnacionais e da saúde coletiva. Entre outubro de 2022 e setembro de 2023, foram realizadas 20 entrevistas semiestruturadas, sendo 14 com migrantes internacionais advindos da Bolívia, Haiti e Venezuela, residentes no município de São Paulo, conforme demonstrado na Tabela 2.1; uma com um representante do poder público municipal; quatro com representantes de ONGs que atuam com migrantes internacionais; e uma com um ator social chave na implementação do Programa de Saúde da Família e, posteriormente, da Estratégia de Saúde da Família no município, bem como nas estratégias de atendimento às populações migrantes na atenção primária em saúde. As organizações sociais foram selecionadas por sua expressividade na atuação no campo da migração internacional, em especial durante o contexto pandêmico.

TABELA 2.1 Migrantes internacionais participantes da pesquisa por nacionalidade e gênero		
Nacionalidade	Total de pessoas	Gênero
Haiti	05 pessoas	Feminino 03 Masculino 02
Venezuela	04 pessoas	Feminino 02 Masculino 02
Bolívia	05 pessoas	Feminino 04 Masculino 01
Total	14 pessoas	Feminino 09 Masculino 06

*Pesquisa com apoio da FAPESP (processo: 2021/06792-2), do CNPQ (processo 403913/2021-7), coordenada pela Profª. Drª Denise Martin e Prof. Dr. Cássio Silveira.

**Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (parecer nº 5.452.965).

As nacionalidades dos migrantes foram selecionadas em decorrência de sua expressividade no município, com base na rede de contatos dos pesquisadores (São Paulo, 2021). Os fluxos migratórios em São Paulo são compostos por processos que variam entre aqueles mais antigos e consolidados, e os mais recentes. Entre os grupos com presença mais antiga, estão migrantes peruanos, bolivianos e paraguaios, cujas comunidades, embora estabelecidas, muitas vezes ainda enfrentam condições precárias. Paralelamente, o município tem recebido um número crescente de migrantes advindos de países como Venezuela, Haiti, Colômbia, Senegal, Síria e Angola (Magalhães, Bógus e Baeninger, 2018, Observatório das Migrações em São Paulo, 2024).

Como critério de inclusão para este grupo, considerou-se: ter residido no país por pelo menos um ano durante a pandemia e conseguir se comunicar em português. O critério de exclusão foi a idade inferior a 18 anos. Com o objetivo de evitar a homogeneização dos participantes, não foram estabelecidos critérios relacionados à escolaridade, situação laboral ou situação documental.

A pesquisa buscou contemplar diferentes regiões do município, considerando que a inserção das populações migrantes nos espaços da cidade produz novas territorialidades, que sustentam práticas socioculturais e comerciais diversas, com uma perspectiva transnacional. As localidades nas quais esses processos migratórios se estabelecem estão relacionados com as disputas, formas de organização e desigualdades presentes no espaço urbano (Magalhães, Bógus e Baeninger, 2018; Oliveira; Butikofer; Vêras, 2019). Assim, a pesquisa de campo foi conduzida com migrantes residentes nas seguintes localidades de São Paulo: **Zona Norte:** Vila Gustavo, Jardim Primavera, Casa Verde, Imirim; **Zona Sul:** Jardim Ubirajara; **Zona Sudeste:** Heliópolis; **Zona Leste:** Vila Matilde, Guaianazes, Jardim Fernandes; **Zona Sudoeste:** Tatuapé; **Região Central:** Bom Retiro; e **Santo André:** Utinga.

A descrição do perfil de cada interlocutor, por gênero e nacionalidade, está representada na Tabela 2.2. Os representantes das ONGs foram identificados ONG 1, ONG 2, ONG 3 e ONG 4. O representante do poder público foi intitulado “Representante CRAI”. Por fim, o ator chave nos processos de implementação dos serviços foi identificado como “Profissional de Saúde”.

Nas entrevistas, foram abordadas questões relacionadas aos modos de vida e ao acesso aos serviços no Brasil durante a pandemia

TABELA 2.2 Nomeação, gênero e nacionalidade de migrantes participantes da pesquisa		
Nome	Gênero	Nacionalidade
Migrante 1	Masculino	Haiti
Migrante 2	Feminino	Haiti
Migrante 3	Masculino	Haiti
Migrante 4	Masculino	Haiti
Migrante 5	Feminino	Haiti
Migrante 6	Masculino	Bolívia
Migrante 7	Feminino	Bolívia
Migrante 8	Feminino	Bolívia
Migrante 9	Feminino	Bolívia
Migrante 10	Feminino	Bolívia
Migrante 11	Feminino	Venezuela
Migrante 12	Masculino	Venezuela
Migrante 13	Masculino	Venezuela
Migrante 14	Feminino	Venezuela

de Covid-19, bem como o acesso à proteção social e aos dispositivos de acolhimento, trabalho, renda, moradia e políticas públicas voltadas para a população migrante. Para a compreensão das questões de saúde, foram discutidos temas-chaves, como o acesso aos serviços de saúde no país, as estratégias adotadas para o cuidado em saúde e as percepções sobre a atenção recebida. Essa abordagem permitiu uma compreensão mais ampla das principais potencialidades e barreiras enfrentadas, das soluções adotadas e das dinâmicas de cuidado em saúde, proporcionando uma visão detalhada das questões relacionadas à atenção em saúde no SUS durante a pandemia.

Na seção seguinte, discutiremos os principais resultados sobre as potencialidades e os desafios no acesso e na atenção ao SUS por grupos de migrantes internacionais, especialmente durante o contexto pandêmico.

POTENCIALIDADES E DESAFIOS NO ACESSO E ATENÇÃO EM SAÚDE NO SUS

A partir da análise do material obtido, pudemos compreender que o SUS têm se consolidado como pilar essencial para garantia de atenção em saúde aos diversos grupos de migrantes no país. A perspectiva

de um sistema universal foi fundamental para garantir o acesso aos serviços, independente da condição migratória. Diversas vezes, a percepção positiva sobre o sistema de saúde brasileiro contrastou com a necessidade de pagamento por esses serviços nos países de origem. Outras vezes, ainda que o país de residência anterior tivesse uma importante inserção na saúde pública, as dificuldades geradas pelos processos de crise também interferiram na percepção da saúde ofertada no Brasil. Essas percepções podem ser ilustradas a seguir:

Lá [no Haiti] tudo negócio é dinheiro. Eu vim aqui e se for no hospital não pago nada. Aqui é diferente. Eu se for no Haiti de doença, qualquer coisa, febre, gripe, se eu não tenho dinheiro eu não vou. É pago, qualquer coisa é paga. (Migrante 3)

[...] A Venezuela já estava ruim. E não tinha nada no hospital. Se você chegar com as tripas pra fora tem que ter dinheiro pra pagar o médico, tinha que comprar tudo [...]. Antes era como aqui, você tá um dia com gripe e o médico passava pelo hospital e te passava um remédio pra gripe como acontece aqui no posto de saúde. Agora não, agora tem que comprar tudo até soro, se algum dia precisar de inalação tem que comprar tudo que vai no nebulizador. Na Venezuela tá muito ruim, morreu muita gente, muita gente morre na Venezuela. (Migrante 13)

Todos acessamos ao serviço do SUS. Todos fazemos parte do SUS. A minha filha ela tá em, como chama? Em acompanhamento ginecológico pelo SUS. [...] Na escola ela teve acesso a tipo de informação e falaram que no SUS, dá para conseguir colocar o dispositivo intrauterino com gratuidade, ela tem que assistir a certa roda de conversa, tem espaços para planejamento familiar, acompanhamento de adolescentes e ela está acessando a isso. (Migrante 11)

Os excertos acima demonstram a imprescindibilidade do SUS, não apenas para garantir o acesso à saúde, mas também para promover a saúde como um direito social e uma expressão de cidadania. Por outro lado, a perspectiva de acesso à saúde mediante pagamentos cria barreiras que perpetuam a desigualdade e a exclusão daqueles que não têm condições financeiras para arcar com os custos.

No contexto da pandemia, a busca por serviços hospitalares e pronto-socorro se justificava especialmente pela necessidade de atendimento às manifestações mais graves da Covid-19 e de outras condições de saúde. Apesar do uso desses serviços, quando necessário, a

atenção primária exerceu um papel primordial no acompanhamento da saúde de sujeitos e grupos de migrantes. As falas a seguir ilustram algumas dessas situações:

[ACSS] Sempre. Tenho uma conexão muito boa com ela desde o começo. E quando a doutora vamos à consulta e a doutora Regina - que é uma excelente doutora! - e este, junto com a moça que nos acompanha aqui em casa e já veio ver a minha mamãe e soube tudo o que ela passou e voltou para ver a minha mãe. Quando só a Losartana não lhe controlava a pressão. (Migrante 14)

A gente nesse trabalho de informação a gente tentava passar que a população migrante tinha o mesmo direito a ser vacinado, que a população brasileira, então isso engajou muito nas pessoas, né? A gente faz um trabalho, fez um trabalho diretamente com as UBS. (Migrante 11)

E depois ficamos muito positivos com a chegada das vacinas, com as compras e quando chegou em São Paulo, não sei se foi o governo estadual ou a prefeitura que vieram com grandes planos para uma vacinação total. Como migrante não tive nenhum problema, nenhum impedimento para vacinar-me, tomei normal. (Migrante 12)

A promoção e a prevenção em saúde, a atenção longitudinal e a orientação territorial foram elementos fundamentais para assegurar um cuidado ampliado e promover a aproximação dos migrantes aos serviços de saúde. O estabelecimento de estratégias em parceria com Organizações da Sociedade Civil e coletivos de migrantes também foi uma ação importante para ampliar o alcance das iniciativas propostas, especialmente aquelas relacionadas à Covid-19.

Giovanella et al. (2021) demonstram que sistemas de saúde com atenção primária robusta podem responder melhor às emergências em saúde, à medida que integram o cuidado individual com uma abordagem centrada na comunidade, conectada ao território e aos demais serviços da rede. No Brasil, os autores destacam que o reconhecimento do território, com suas potencialidades e vulnerabilidades, e o papel da APS na coordenação do cuidado e na vigilância em saúde são imprescindíveis para o cuidado e a mitigação do vírus. Contudo, também apontam que os desafios enfrentados, especialmente os retrocessos na tentativa de descaracterizar a APS em sua concepção ampliada, impactaram as possibilidades de resposta à crise.

Em âmbito local, o município de São Paulo tem apresentado importantes experiências no cuidado à saúde das populações migrantes, em especial nas unidades básicas de saúde. Uma das estratégias utilizadas para facilitar a aproximação e o vínculo com os serviços foi a contratação de migrantes oriundos de diversas nacionalidades para atuarem como agentes comunitários em saúde (Martin, Goldberg, Silveira, 2018). No estudo, pudemos evidenciar que o investimento na contratação de migrantes internacionais para compor as equipes de saúde e a presença de pessoas falantes de outros idiomas foram estratégias significativas para superar barreiras linguísticas e culturais, fortalecer o vínculo e aproximar os sujeitos das instituições. Outro ponto importante perpassa por encontros realizados para fortalecer a perspectiva intercultural em saúde e por estratégias utilizadas pelos próprios serviços. A importância dessas ações pode ser evidenciada a seguir:

O clínico que me orientou para o ginecologista, ele é filho de equatorianos, é nascido no Brasil, mas fala espanhol fluente e ele conseguiu me orientar e fazer explicar quase que todo o sistema que eu tenho aqui, ao qual tenho direito ao qual tenho acesso. (Migrante 11)

[...] Então, como é que a gente intervém aí? Como é que a gente pode participar em termos uma melhoria? [...] Então, veio aí o PSF como modelo de organização de equipe da atenção básica. Nós montamos o PSF em 2001 e na montagem do PSF, a gente emplacou uma discussão com o Município que dessem agentes comunitários de saúde que sejam deste grupo populacional imigrantes [...], para poder facilitar a abordagem [...] Porque tem uma questão, embora o espanhol... é... tem uma outra lógica, um outro significado, um outro significante, né? Então, a gente começou a delegar a alguém de lá. (Profissional de Saúde)

Estamos fazendo quase duas turmas por mês. Identificando, também, de forma muito importante, a compreensão do direito à saúde da população migrante. Entendendo muito também o atendimento intercultural. [...] trabalhamos com a saúde, em específico, muito a ideia de interculturalidade, né? [...] [Uma estratégia utilizada por uma UBS] é esperar o horário que termina o ramadã do jejum para vacinação. Uma adaptação que é super simbólica pra se conseguir uma compreensão da realidade dessa população, dessa pessoa e garantir o direito e acesso. (Representante CRAI)

Para além da superação das barreiras relacionadas ao idioma, as falas supracitadas demonstram a necessidade de ações que desenvolvam uma certa sensibilidade cultural dos profissionais. Gouveia, Silva e Pessoa (2019) e Kleinman e Benson (2006) demonstram que para isso, se faz imprescindível transcender a compreensão de cultura como algo puramente ligado à nacionalidade (Silva, Pessoas, 2019; Kleinman, Benson, 2006). Sua compreensão ampliada perpassa pelo reconhecimento de cultura como processo social dinâmico e complexo que incorpora questões sociopolíticas, econômicas, religiosas, biológicas e, ainda, marcadores como gênero, classe, idade, dentre outros (Silva, Pessoas, 2019).

Apesar da inegável importância de um sistema fundamentado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, persistem barreiras significativas que dificultam o acesso efetivo aos serviços de saúde. Conforme assinalado por Céspedes et al. (2024) e Ibiapina e Adorno (2023), embora seja imprescindível, a existência de um arcabouço jurídico e institucional que consagre a saúde como direito social não assegura, por si só, que esse acesso ocorra de maneira uniforme e consonante às reais necessidades dos sujeitos.

Uma das dificuldades evidenciadas no estudo perpassou pela falta de conhecimento adequado sobre a perspectiva universal e gratuita do SUS e pelo medo de procurar os serviços especialmente nos casos de indocumentação. Barreiras linguísticas e culturais, aliadas à incipiência de políticas públicas voltadas para promover uma real aproximação das populações migrantes se constituíram como obstáculos para garantir o direito de atenção em saúde e assegurar um cuidado condizente com as necessidades durante o contexto pandêmico. Os trechos a seguir ilustram esta realidade:

Como na pandemia se expressa, a população que já não tem conhecimento explícito [...] de que o nosso direito seja garantido, termina mais vulnerável, né? Seja porque não reconhecem, seja porque ainda existem medos para a população que ainda não tem documentos para ir aos Postos de Saúde. (Representante CRAI)

Então, com isso, também tem os povos originários, né? Tem outras maneiras de cuidar, de lidar com a questão. Nós temos muito... o nosso cuidado é muito alopático, né? Ou seja, então, há um choque aí de também de cultura do cuidado. (Profissional de Saúde)

As falas apresentadas expressam como o desconhecimento sobre o sistema de saúde brasileiro reflete negativamente no acesso à saúde e a forma como essa realidade intensificou o cenário de vulnerabilização durante o contexto pandêmico. Da mesma forma, aponta para a importância e a necessidade de fortalecimento das estratégias interculturais em saúde. Os atravessamentos negativos relacionados à dificuldade na compreensão do SUS também foram relatados por Martin et al. (2022), ao analisarem as questões do acesso e da universalidade na atenção em saúde às populações migrantes durante a pandemia de Covid-19.

Aliado a isso, há um tratamento desigual no acolhimento e hospitalidade destinados aos corpos migrantes atrelado, especialmente, à origem e aos marcadores sociais da diferença (Faustino, Oliveira, 2021). A questão racial emergiu como elemento central que atravessou o tratamento destinado a essas populações no campo da saúde. A interrelação entre saúde e corpos racializados, criou dinâmicas de poder que moldaram as formas de acesso e cuidado nos serviços, reforçaram as desigualdades e perpetuaram exclusões, marginalizações e sofrimentos.

E também pelo que eu já... eu já escutei reclamação por pessoa negra, entendeu? Por pessoa negra que chega no hospital que... que o médico que faz racista. (Migrante 3)

Sinto que é algo muito, muito difícil para nós, imigrantes enfrentarmos. A comunidade imigrante, no sentido de quem não entende a nossa língua, e nem médicos, muito menos os enfermeiros e agentes de saúde. É.. que não procura entender... quer dizer, porque o espanhol não é muito diferente do português para falar, né? E... não há sinais de mínimos esforços... E, muitas vezes, me senti maltratada. E como eu gosto muito de lutar pelos meus direitos (risos), então esse ano eu fui na Ouvidoria [...]. (Migrante 9)

[...]Ela falou: “custa você vir amanhã”? Custa é que eu também trabalho! E eu não trabalho em um lugar registrado, porque meu trabalho depende do tempo que eu tiver.. E [...] ela já começou a tratar com uma indiferença, uma coisa que ela fez foi passar a outra moça da frente, a brasileira... e aí deixou eu pra trás. Ai eu falei: “É, e eu vi que deu vacina nela”. Viu como você é preconceituosa? Eu falei, você está sendo [...]. Eu não sou calada que nem os outros bolivianos. Aí se eu falar, eu falo e aí eu chamo a reportagem. (Migrante 7)

Essas falas expressam alguns lugares ocupados por uma parte das populações migrantes na sociedade, em especial os com corpos racializados e indocumentados, e os atravessamentos que trazem no acesso aos serviços de saúde. Nessa perspectiva, Quijano (2005) e Passos (2023) demonstram que historicamente, a humanidade foi sendo estratificada a partir da lente do colonizador branco. Essas identidades construídas assumiram diversos espaços na estrutura de poder social (Passos, 2023; Quijano, 2005).

Apesar de o Brasil ser um país multiétnico, sua constituição histórica revela a presença de um racismo estrutural que relega esses corpos à margem das políticas públicas (Santos et al., 2020) e fragiliza a proteção em saúde. Essa realidade dificulta ainda mais a oferta de atenção adequada em contextos de crise sanitária. Além disso, Del-Teso-Craviotto (2009) e Faustino e Oliveira (2021) demonstram que, frequentemente, migrantes internacionais são culpabilizados pela sobrecarga do sistema de saúde, mesmo que, na realidade, isso ocorra decorrente de desmontes e ataques a esses sistemas, além das políticas de austeridade fiscal.

Outra dificuldade que afetou de maneira específica o campo da migração internacional foi a ausência do quesito nacionalidade nos dados de morbimortalidade por Covid-19 no país. Essa ausência desvelou a realidade de invisibilidade institucional a que foram relegados nos casos de adoecimento e morte pelo vírus (Branco, 2023; Magalhães, Bógus, Baeninger, 2021). Apesar dos devastantes efeitos da pandemia sob as condições de vida e saúde dessas populações, a não delimitação do real cenário de adoecimento e morte promoveu a ocultação da situação vivida e das perdas ocorridas, tal como demonstrado a seguir.

Então, a gente não tem, digamos assim, uma base de dados que consiga já trazer um retrato do número de óbitos. [...] Nós temos os dados do atendimento do CRAI, nesse período [...]; Mas quantitativamente qual eram esses números em relação à essas duas principais demandas? Em termos de assistência e educação e saúde não temos, neste momento, digamos, uma informação consolidada, conjunta. (Representante CRAI)

Essa invisibilização dificultou ainda mais a identificação das reais demandas emergentes e comprometeu a elaboração de políticas públicas eficazes que garantissem maior segurança no enfrentamento do contexto pandêmico. De acordo com Magalhães, Bógus e Baeninger (2021),

essa realidade deflagra a existência de fronteiras que transcendem os processos do Estado Nação e se configuram como fronteira civilizatória, que separam diferentes níveis de reconhecimento e cidadania entre os povos. A falta de registro das experiências vividas por migrantes impõe um mecanismo de esquecimento e silenciamento de suas narrativas, que precisa ser analisado a partir do atravessamento de outros fenômenos e/ou marcadores, como racismo, violência (Branco, 2023), gênero, classe etc. não há referências.

Ademais, uma das especificidades da pandemia de Covid-19, é que sua eclosão coincidiu com um contexto infodêmico e orientado pela hegemonia das redes sociais e da conectividade perpétua. O cenário socio sanitário coexistiu com um rápido e excessivo acesso à múltiplas informações que dificulta identificação e verificação da confiabilidade das fontes e orientações emergentes (Miskolci, 2021; Garcia-Saisó, 2021).

A análise da desinformação em saúde durante pandemia é indissociável do contexto histórico e sociopolítico vigente (Miskolci, 2021). No Brasil, essa realidade ocorreu em um período de ascensão ao poder de grupo que intensificaram o desmantelamento de políticas públicas e cortes em direitos sociais básicos (Ortega, Orsini, 2020; Rosário, 2020).

No que se refere ao SUS, o processo histórico de subfinanciamento e de ataques ao princípio da universalidade, foi intensificado com a implementação da Emenda Constitucional 95/2016, que marcou um cenário de desfinanciamento do sistema (Áquilas, Carnut e Melo, 2023). Mendes e Carnut (2020) demonstram que o tamanho das perdas de recursos no período de 2018 a 2020 correspondeu a cerca de R\$ 22,5 bilhões. Mesmo em pleno cenário pandêmico, diversas ações demonstram a continuidade do processo de desmonte do SUS. Como exemplo, aponta-se para a lentidão na execução orçamentária dos recursos para enfrentamento da Covid-19 nos primeiros meses da pandemia, descalço com o orçamento federal da saúde para 2021, implementação de modelos de financiamento que valorizam a operacionalidade do SUS em detrimento do princípio da universalidade, atraso na compra das vacinas, dentre outros pontos (Áquilas, Carnut e Melo, 2023).

Durante a pandemia, a condução adotada, especialmente pelo governo federal, pautou-se no negacionismo, no obscurantismo de dados e no descrédito às recomendações científicas. Esse cenário propiciou a disseminação de teorias conspiratórias, aumentando a insegurança,

a propagação de desinformações e produzindo consequências diretas no campo da saúde (Garcia-Saisó, 2021).

Garcia-Saisó et al. (2021) assinalam que a mistura de informações científicas com dados manipulados, notícias tendenciosas ou incorretas e as campanhas contra as recomendações sanitárias repercutem de maneira negativa na tomada de decisões nos sistemas de saúde; influenciam nas decisões dos sujeitos e coletividades e dificulta o alcance das intervenções em saúde. A confluência de informações verídicas e falsas e o posicionamento governamental negacionista e pautado na necropolítica, impactou parte dos interlocutores da pesquisa fomentando o medo e o afastamento dos serviços e das estratégias de saúde. O medo da contaminação decorrente da superlotação dos serviços e do risco de contágio também contribuiu para o cenário de aflição.

O Brasil, junto com o México eram conhecidos como os países pioneiros em vacinação de sua população e me surpreendeu no começo como havia uma negação em vacinar a população e não sou eu que estou falando, está na mídia. E diziam que quem se vacinasse se transformaria em jacaré, em monstro e não sei quais outras coisas, isso tornou o processo traumático no início. Para conseguir vacinar, não somente os brasileiros, mais todos os que moram aqui. (...) No início, não podemos negar, que estava incluso um enfretamento entre representantes políticos pela vacinação. (Migrante 12)

Trata para não ter uma gripe, trata para não ter nenhuma doença e se tiver uma doença trata para não ir ao hospital, cuida em casa, controla em casa toma medicamento em casa não vai pro hospital porque se for pro hospital já era. (Migrante 13)

Ele não queria ir no Hospital... Porque ele tinha medo. Porque ele falava: “Lá eu vou morrer, porque eu tenho diabetes. Vou me contagiar pior e pior. Aí não vai dar certo”. (Migrante 8)

Apesar de relatos de medo e descrédito relacionado às vacinas terem emergido por uma parte dos entrevistados, todos interlocutores migrantes da pesquisa havia se vacinado com, pelo menos, uma dose do imunizante. As vacinações ocorreram seja por compactuação com as recomendações científicas, por recomendações de outras pessoas ou pela obrigatoriedade para viajar, acessar determinados espaços e postos laborais. Apesar dos participantes do estudo não terem encontrado dificuldades para realizar a vacinação, relatos de outros atores

entrevistados e dados apresentados por um estudo realizado no município de São Paulo (Branco, 2023) demonstram que essa não foi uma realidade homogênea para as populações migrantes:

[...] Porque vem de lá a forma como estrutura o sistema; mas, a solicitação de CPF para vacinação e como podia se entender que não toda a população tem CPF [...]. Esse diálogo foi é... colocado. [...] De alguma outra maneira para entender, porque o Município tinha optado por... por solicitar o CPF para controle da vacina [...] (Representante CRAI)

No início da campanha de vacinação, tanto o município de São Paulo como grande parte das localidades do país, a possibilidade da obtenção da vacina estava condicionada à apresentação do documento CPF (Cadastro de Pessoa Física). Posteriormente, a cidade de São Paulo passou a exigir também comprovante de residência para realizar a primeira dose do imunizante. Conforme destacado por Branco (2023), as solicitações feriam diversas leis e documentos normativos que garantem acesso à saúde e igualdade de assistência a todos, inclusive a Lei nº 13.445/17 que garante acesso aos serviços públicos de saúde independente da situação migratória. Essas prerrogativas iniciais violavam os princípios de universalidade e equidade presentes na lógica estruturante do SUS.

Da mesma forma, Branco (2023) aponta que o próprio país gerou uma política de produção de pessoas indocumentadas. Os fechamentos das fronteiras terrestres, iniciados em março de 2020 e mantidos até dezembro de 2021, decorrente de mais de trinta portarias reeditadas, promoveram entradas por vias clandestinas, dificultando o pedido de regularização e obtenção de CPF (Branco, 2023). Além disso, o fechamento das fronteiras terrestres não impediu a entrada no país, mas resultou em um aumento das entradas por meio de rotas clandestinas, que traziam maiores riscos à vida e à saúde dos migrantes (Granada et al., 2023).

A realidade supracitada permite observar a tecitura de um cenário de sofrimento e desigualdade em que as questões relacionadas ao racismo estrutural, ao lugar do migrante nos espaços sociais e ao gerenciamento político do contexto pandêmico se sobrepõe e interrelacionam às demandas relacionadas ao SUS.

Todavia, é crucial que se negue a visão de passividade por parte daqueles que estão “à margem” da sociedade e das estratégias de proteção no contexto pandêmico. Conforme Veena Das (2020), Kleinman, Das e Lock, (1997) e Villamar, Muñoz e La Riva (2022), os afetos e resistências são imprescindíveis para o enfrentamento dos processos de violência, exclusão e sofrimento. O movimento de agência dos próprios migrantes, as ações das organizações da sociedade civil, ou ainda, estratégias estabelecidas pelos próprios serviços públicos de atendimento à estas populações foram fundamentais para garantia dos direitos em saúde, para o enfrentamento da desinformação e sensibilização para a vacinação.

Mas sabe? Meu, somos como vizinhos, ainda somos, mas na época [da pandemia] fomos muito muito fortes como uma ponte. Assim de mulheres que acabavam de chegar no Brasil, venezuelanas, haitianas que não sabiam nada, então falo você tem direito, vai no SUS, vai no posto de saúde e se aquele funcionário não compreende você procura outro e fala com esse outro, [...] tipo uma ponte. (ONG 3)

A gente fez uma campanha a gente envelopou quase que a sede toda com cartazes em francês em inglês, espanhol, árabe né? A gente fez encontros em todas as nossas aulas, a gente falava sobre isso né? Da importância de se vacinar, a gente trouxe especialistas aqui, gente da área da saúde, inclusive imigrantes que trabalham como agentes de saúde pra virem aqui pra falar [...]. Era um trabalho diário de tentar é desconstruir isso tudo [de fake News] de trazer informação correta. (ONG 1)

Apesar da desigualdade no acesso e na atenção aos serviços de saúde, os processos de luta e engajamento demonstram o caráter de sujeitos políticos e com possibilidade de exercer ações em oposição às práticas excludentes e, cada vez mais, recrudescidas nas sutilezas do cotidiano (Oliveira, 2018). Assim, através das suas lutas e exercícios de cidadania, promovem transformações nas territorialidades e constroem novos cenários que favoreçam o acesso à informação e atenção em saúde.

Da mesma forma, em que pesem os importantes desafios a serem superados, a defesa da proteção à saúde de pessoas migrantes é indissociável da luta e defesa do SUS. A única resposta efetiva possível durante o contexto de crise pela pandemia de Covid-19, perpassou pela atuação robusta do SUS seja nos processos de vigilância, na atenção

em saúde nas diversas esferas ou, na ampla distribuição de vacinas. Para tanto, é urgente o enfrentamento do desfinanciamento a que o sistema tem sido submetido, das tentativas de mercantilização da saúde e do enfraquecimento do papel do Estado neste campo. De maneira mais específica, é crucial o investimento em ações interculturais e na adoção de políticas públicas que reconheçam e busquem abarcar as especificidades e desigualdades em saúde em que parte destes sujeitos se encontram, especialmente durante esses cenários de crises sanitárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de Covid-19 lançou luz tanto para a imprescindibilidade do SUS quanto sobre suas fragilidades a serem superadas. No que tange às populações de migrantes internacionais, apesar dos desafios, o SUS operou como uma política pública essencial para a atenção em saúde, a redução dos impactos negativos da pandemia e o exercício de cidadania. A possibilidade de acesso universal, independente da situação documental, e a perspectiva de saúde como direito social foram fundamentais para garantir o acesso aos serviços de saúde, à vacinação e às ações de promoção e prevenção, mesmo diante de uma crise global. Por outro lado, as fragilidades relacionadas ao subfinanciamento crônico do sistema, ao direcionamento político adotado durante o enfrentamento do cenário sanitário e à posição ocupada pelas populações migrantes na sociedade dificultaram a efetividade das ações desenvolvidas.

A distribuição de morbimortalidade e a interrelação entre as condições de vida, a inserção social e as condições de saúde demonstram que o real enfrentamento do cenário pandêmico exige a adoção de ações que incorporem as diversas especificidades dos grupos de migrantes internacionais. Conforme apresentado por Granada et al. (2023), é importante considerar a relação com os determinantes sociais em saúde (Granada et al., 2023). O não reconhecimento dessas necessidades pode resultar em um aumento dos riscos de contaminação e da exposição a diversos impactos negativos do cenário sanitário.

Além disso, parte das repercussões negativas é resultado da invisibilidade e da desproteção do Estado, bem como do frágil alcance das políticas sociais para as populações migrantes. As dinâmicas de ações necropolíticas adotadas durante a pandemia demonstraram como a gestão da morte e do sofrimento foi aplicada de maneira desigual entre os corpos.

Em contrapartida, é necessário destacar a importância dos processos de agência dos migrantes internacionais, mesmo diante das profundas desigualdades e violências vivenciadas. As mobilizações por reconhecimento, garantia de direitos e formação de redes de apoio ressaltaram o papel dos migrantes como sujeitos políticos, com ampla capacidade de transformação local, e foram fundamentais para o enfrentamento do contexto.

Essas dinâmicas apontam para a necessidade de uma defesa irredutível de um SUS abrangente, fortalecido e comprometido com seus princípios e diretrizes, além de uma atuação intercultural. Em última análise, a pandemia também evidenciou a necessidade de reconhecer a importância dos processos de trocas e resistência das populações migrantes. Nesse aspecto, é essencial fortalecer a inserção da temática da migração na agenda política e reforçar os canais de discussão e deliberação com ampla representatividade dos próprios migrantes. Essas perspectivas são imperativas para garantir não apenas a saúde, mas também o exercício da cidadania e a adoção de políticas públicas consonantes às reais necessidades das coletividades.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. L.; OLIVEIRA, K. K. D.; FREITAS, R. J. M. In defense of the Unified Health System in the context of SARS-CoV-2 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 73, suppl 2, e20200247, 2020.
- BAENINGER, R.; BELMONTE, N. D.; MAGALHÃES, D. F.; DOMENICONI, J. “ Cenário das migrações internacionais no Brasil.” **Revista Jurídica Trabalho e Desenvolvimento Humano**, v. 4, n. 1-35, 2021.
- BOUSQUAT, A. et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista Usp**, n. 128, p. 13-26, 2021.
- BOWLEG, L. We’re not all in this together: on COVID-19, intersectionality, and structural inequality. **Am J Public Health**, v. 110, n. 7, p. 917, 2020.
- BRANCO-PEREIRA, A. Tensões entre universalidade e equidade no acesso de imigrantes racializados ao SUS na metrópole paulista durante a pandemia de COVID-19. **Vibrant: Antropologia Virtual Brasileira**, v. 20, p. e20606, 2023.
- BUTIKOFER, E. A.; SILVA, E. A. Imigração e periferias urbanas: experiências haitianas em São Paulo. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 29, n. 62, p. 151-169, 2021.
- CESPEDES, B., et al. Acesso à saúde por mulheres migrantes internacionais e refugiadas no município de São Paulo no contexto da pandemia de Covid-19. **Revista de Medicina**, v. 103, n. 2, 2024.
- CREPALDI, M. A.; SCHMIDT, B.; NOAL, D. S.; BOLZE, S. D. A.; GABARRA, L. M. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, e200090, 2020.

- DEL-TESO-CRAVIOTTO, M. Racism and xenophobia in immigrants discourse: the case of Argentines in Spain. **Discourse & Society**, v. 20, n. 5, p. 571-592, 2009.
- FAUSTINO, D. M.; OLIVEIRA, L. M. Xeno-racismo ou xenofobia racializada? Problematizando a hospitalidade seletiva aos estrangeiros no Brasil. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 29, n. 63, p. 193-210, 2021.
- GARCÍA-SAISÓ, S.; MARTI, M.; BROOKS, I.; CURIOSO, W. H.; GONZÁLEZ, D.; MALEK, V., et al. Infodemia en tiempos de COVID-19. **Rev Panam Salud Publica**, v. 45, e89, 2021.
- GIOVANELLA, L. et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate [online]**, v. 44, n. spe4, p. 161-176, 2021.
- GOLDBERG, A.; MARTIN, D.; SILVEIRA, C. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 229-232, 2015.
- GOMES, S. The mechanisms of reproduction and reduction of inequalities: what do we learn from the research of the Centre for Metropolitan Studies (CEM)? **SciELO Preprints**, 2021. DOI 10.1590/SciELOPreprints.3319. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3319>. Acesso em: 29 jul. 2024.
- GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. DE O.; PESSOA, B. H. S. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 82-90, 2019.
- GONÇALVES JUNIOR, J.; SALES, J. P.; MOREIRA, M. I.; PINHEIRO, W. R.; LIMA, C. K. T.; ROLIM NETO, M. L. A crisis within the crisis: The mental health situation of refugees in the world during the 2019 coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **Psychiatry research**, v. 288, 113000, 2020.
- GRANADA, D.; GRISOTTI, M.; DETONI, P.; CAZAROTTO, R.; OLIVEIRA, M. C. Saúde e migrações: a pandemia de Covid-19 e os trabalhadores imigrantes nos frigoríficos do Sul do Brasil. **Horizontes Antropológicos**, v. 27, n. 59, p. 207-226, 2021.
- GRANADA, D., et al. As migrações na pandemia e pós-pandemia O que esperar de um mundo pós-crise sanitária. In: (Trans)fronteriza n. 19: **migraciones, movildades, fronteras y salud en la (post)pandemia de Covid-19**, 2023.
- GRANADA, D., et al. A pandemia de covid-19 e a mobilidade internacional no Brasil: desafios para a saúde e proteção social de migrantes internacionais em tempos de incertezas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 30, n. suppl 1, p. e2023033, 2023.
- GRUER, L.; AGYEMANG, C.; BHOPAL, R.; CHIARENZA, A.; KRASNIK, A.; KUMAR, B. Migration, ethnicity, racism and the COVID-19 pandemic: a conference marking the launch of a new Global Society. **Public Health in Practice**, v. 2, s/n, 100088, 2021.
- HANDERSON J., et al., Coordinación general, In: ZENKLUSEN, D., et al. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2024.
- IBIAPINA, E.; ADORNO, R. Vulnerabilidades e imigração boliviana na cidade de São Paulo, Brasil: entre políticas públicas de saúde, mortes e resistências coletivas **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 2, e220530pt, 2023.
- JUNGER DA SILVA, G.; CAVALCANTI, L.; LEMOS SILVA, S.; TONHATI, T.; LIMA COSTA, L. F. 2023. “Observatório das Migrações Internacionais”. Ministério da Justiça e Segurança Pública/Departamento das Migrações. Brasília, DF: OBMigra.

- KLEINMAN, A.; BENSON, P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. **PLoS Med**, v. 3, e294, 2006.
- KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. **Social Suffering**. Los Angeles: University of California Press, 1997.
- MAGALHÃES, L. F. A.; BÓGUS, L.; BAENINGER, R. Covid-19 e imigração internacional na Região Metropolitana de São Paulo. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 29, n. 61, p. 15-32, 2021.
- MARTIN, D.; INOUE, S. R. V.; SILVEIRA, C. Atenção em saúde para migrantes internacionais em São Paulo, Brasil: Acesso e universalidade no contexto da pandemia de Covid-19. *Revista del CESLA*, v. 29, p. 49-68, 2022.
- MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 26-36, 2018.
- MARTUSCELLI, P. N. How are forcibly displaced people affected by the COVID-19 pandemic outbreak? Evidence from Brazil. **American Behavioral Scientist**, v. 65, n. 10, p. 1342-1364, 2021.
- MBEMBE, A. **Necropolítica**. Artes e Ensaios, Rio de Janeiro, n. 32, p. 123-151, 2016.
- MCGOWAN, V. J.; BAMBRA, C. COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities. **The Lancet Public Health**, v. 7, n. 11, p. e966-e975, 2022.
- MENDES, Á.; CARNUT, L. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, n. 57, p. 174-210, 2020.
- MENDES, Á.; CARNUT, L.; MELO, M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, p. e210307pt, 2023.
- MISKOLCI, R. Desinformação e saúde pública. In: VENTURA, D. F. L.; AITH, F. M. A.; REIS, R. R. **Direitos na Pandemia**. Boletim 14, USP, CEPEDISA, 2021, p. 9-11.
- OBSERVATÓRIO DAS MIGRAÇÕES EM SÃO PAULO. Banco interativo – números da imigração internacional para o Brasil, 200-2024 (jan.-mar.) Campinas, SP: **Observatório das Migrações em São Paulo – NEPO/UNICAMP**, 2024. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/observatorio/bancointerativo/numeros-imigracao-internacional/sincre-sismigra/>. Acesso em: 26 abr. 2024.
- OLIVEIRA, D. A violência estrutural na América Latina na lógica do sistema da necropolítica e da colonialidade do poder. **Revista Extraprensa**, v. 11, n. 2, p. 39-57, 2018.
- OLIVEIRA, A. C.; BUTIKOFER, E. A.; VÉRAS, M. P. B. Migração e periferização: o caso dos haitianos em Guaianases/SP e os desafios do pertencer. **Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD**, v. 8, n. 16, p. 196-224, 2019.
- ORTEGA, F.; ORSINI, M. Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. **Global Public Health**, v. 15, n. 9, p. 1257-1277, 2020.
- PASSOS, R. G. Na mira do fuzil: **a saúde mental das mulheres negras em questão**. São Paulo: Hucitec, 2023, 143p.
- PUSSETTI, C. “O silêncio dos inocentes”. Os paradoxos do assistencialismo e os mártires do Mediterrâneo. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 263-272, 2017.
- QUIJANO, A. **A colonialidade do poder: eurocentrismo e ciências sociais**. Buenos Aires: CLASCO, 2005.

- REIS, A. F. Da bio à necropolítica: a política de saúde, narrativas e ações do neoliberalismo do governo Bolsonaro e seus impactos junto aos idosos na pandemia de Covid-19. **Revista Katálysis**, v. 25, n. 2, p. 392-403, maio 2022.
- ROSÁRIO, L. A Necropolítica Genocida de Bolsonaro em tempos de Pandemia e o Projeto Ultra-Neoliberal. **Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade**, v. 6, n. 2 p. 28-49, 2020.
- SAMPAIO, M. L.; ALMEIDA, A. C. G.; SILVEIRA, C.; MATSUE, R. Y.; MARTIN, D. Repercussões socio sanitárias da pandemia por Covid-19 para imigrantes e refugiados no Brasil: uma revisão narrativa da literatura. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana [online]**, v. 31, n. 68, p. 219-239, 2023.
- SANTOS, H. L. P. C. D.; MACIEL, F. B. M.; SANTOS, K. R., et al. Necropolitics and the impact of COVID-19 on the Black community in Brazil: a literature review and a document analysis. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 4211-4224, 2020.
- SANDSET, T. The necropolitics of COVID-19: Race, class and slow death in an ongoing pandemic. **Global Public Health**, v. 16, n. 8-9, p. 1411-1423, 2021. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1906927>.
- SÃO PAULO. **Lei nº 16.478, de 8 de julho de 2016**. Institui a Política Municipal para a População Imigrante, dispõe sobre seus objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias, bem como sobre o Conselho Municipal de Imigrantes. São Paulo. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-16478-de-08-de-julho-de-2016/> Acesso em: 29 jul. 2024.
- SOUZA, F. O dia em que a vida parou. Expressões da colonialidade em tempos de pandemia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. e300210, 2020.
- TEIXEIRA, S. M. et al. Apartheid Sanitário como necropolítica no Brasil em pandemia. **Revista de Extensão**, v. 7, n. 1, 2022.
- VILLAMAR, M. C. V.; MUÑOZ, E. E.; LA RIVA, M. C. La agencia migrante en el sistema migratorio de América Latina y el Caribe. **Revista En-contexto**, v. 11, n. 18, 2023.

Estratégias de *coping* para lidar com o *bullying* transfóbico nas escolas

José Luís Gomez
Gustavo Saggese
Maria Amélia Veras

O *bullying* nas escolas é um fenômeno global e representa um problema de saúde pública no Brasil e no mundo (UNICEF, 2023). Entre os alvos dessa violência, as pessoas trans – aquelas cuja identidade de gênero difere daquela atribuída ao nascer –, constituem um dos grupos mais vulneráveis (Kosciw et al., 2022; HRW, 2016). Este capítulo tem como foco apresentar e refletir sobre as estratégias de enfrentamento ao *bullying* no ambiente educacional, com base no relato de 27 pessoas trans do estado de São Paulo.

Bullying refere-se a “todo ato de violência física ou psicológica, intencional e repetitivo, que ocorre sem motivação evidente, praticado por um indivíduo ou grupo contra uma ou mais pessoas, com o objetivo de intimidá-las ou agredi-las, causando dor e angústia à vítima” (Brasil, 2015). O *bullying* não deve ser compreendido como uma simples brincadeira ou uma situação facilmente superável; a perpetração dessa discriminação deixa marcas profundas em suas vítimas. Entre as múltiplas consequências, destacam-se o baixo rendimento acadêmico, a evasão escolar e prejuízos à saúde física e mental (São Paulo, 2018; Jones et al., 2016; Kosciw et al., 2013), além de assassinato e suicídio (Reisner, 2014; Crochík, 2012).

Identidades que fogem da ordem hegemônica binária de “homem x mulher”, “masculino x feminino” (Butler, 2003) estão sujeitas à marginalização e exclusão social. A escola, como uma “instituição-parte da sociedade” (Carrara, 2009), não está isenta de reproduzir essa lógica. As dificuldades enfrentadas por estudantes trans manifestam-se em

vários aspectos, como o uso de uniformes incompatíveis com sua identidade de gênero, o uso inadequado de nomes e pronomes, a divisão das aulas de educação física de acordo com o gênero e a utilização de banheiros e vestiários (Frohard-Dourlent, 2017; Herriot et al., 2017; Junqueira, 2017; Foley, 2016). Não é incomum a falta de conhecimento de professores/as e funcionárias/os sobre a transexualidade (Carrara, 2016; Junqueira, 2015; Seffner, 2011), o que leva à reprodução de falas discriminatórias (Johnson, Singh, Gonzalez, 2014).

A violência contra pessoas trans em ambientes educacionais é objeto de atenção de organismos e instituições internacionais, como a UNESCO (UNESCO, 2013) e a *Human Rights Watch* (HRW, 2016), que apresentam dados de países em todos os continentes evidenciando essa realidade. As formas de violência contra pessoas trans praticados em ambientes educacionais incluem insultos verbais, violência física ou ameaça de violência, violência sexual, ameaça de exposição da identidade de gênero (Johnson, Singh, Gonzalez, 2014), exclusão e isolamento (Ueno, 2005).

No Brasil, estudos das principais organizações da comunidade LGBT+ e de pessoas trans apresentam dados alarmantes. A Associação Nacional de Travestis e Transexuais apontou que aproximadamente 70% das pessoas trans não concluem o Ensino Médio (Antra, 2022), sobretudo devido à violência e violações que ocorrem nos espaços educacionais. A pesquisadora Berenice Bento caracteriza esse processo não como uma evasão escolar, mas como “expulsão escolar” (Bento, 2011), colocando ênfase na hostilidade e intolerância que impulsiona estudantes trans a abandonarem as instituições de ensino.

A “Pesquisa sobre vivências reais de crianças e adolescentes transgêneros dentro do sistema educacional brasileiro” (Nunes, 2021), realizada pelo Grupo Dignidade em parceria com a UNESCO e do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) em 2021, aponta que entre 120 famílias entrevistadas com uma criança ou adolescente trans entre 5 e 17 anos em 62 cidades brasileiras, 77,5% afirmam que foram vítimas de *bullying* no ambiente escolar. Entre as 90 respostas sobre quem cometeu o *bullying*, 39 (43,3%) indicaram que foi praticado por professores/as e 16 (17,8%) pela coordenação escolar.

Pessoas que vivenciam episódios reiterados de violência, adotam diversas estratégias para enfrentar e mitigar os efeitos adversos desse estresse (Meyer, 2003). As habilidades de enfrentamento, ou *coping*,

referem-se ao esforço do indivíduo em resposta ao estresse, como o objetivo de adaptar-se ou proteger-se do fator estressor. Lazarus e Folkman (1984), uma das principais referências no estudo desse tema, explicam que:

Coping é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais (apud Antoniazzi, Dell’Aglío, Bandeira, 1998, p. 276).

O processo de *coping* ocorre posteriormente a um evento estressante, sendo, então, desenvolvidas estratégias – ações, comportamentos ou pensamentos – para lidar com os estressores. *Coping* se distingue por ser uma ação intencional em relação a um estressor percebido; diferente de uma resposta de estresse, caracterizada como uma resposta espontânea que envolve uma reação emocional ou comportamental (Antoniazzi; Dell’Aglío; Bandeira, 1998). As estratégias de *coping* se caracterizam por serem ações deliberadas, podendo ser aprendidas, usadas e descartadas.

O *coping* existe em resposta a uma situação estressante. Sua função não está em controlar, dominar ou sair bem-sucedido de tal situação, mas administrá-la. Na literatura científica, são encontrados mais estudos sobre as consequências negativas do *bullying* do que como os indivíduos lidam com essas situações. Neste capítulo, vamos apresentar e refletir sobre as estratégias de *coping* frente ao *bullying* escolar relatadas por 27 pessoas trans, participantes de um projeto chamado Muriel. Nas seções seguintes, apresentamos esse projeto, abordamos os tipos de *bullying* sofridos, exploramos as estratégias de *coping*, adotadas e finalizamos com uma reflexão.

Antes de avançar, cabe ressaltar que refletir sobre estratégias de *coping* não significa colocar o peso da responsabilidade pela opressão social no sujeito, ao invés da sociedade. Não se trata de supor que uma pessoa deva saber lidar “efetivamente” com os efeitos adversos do *bullying*. Não se deve interpretar que porventura um indivíduo “falha” nas suas habilidades de enfrentamento, como se fosse uma “falha” pessoal, ao invés de social (Meyer, 2003). Pelo contrário, devido a uma sociedade que perpetua a prática de *bullying*, as pessoas que o sofrem têm que lançar mão de estratégias de *coping* para lidar com seus efeitos adversos.

O PROJETO MURIEL

O Projeto Muriel teve como objetivo geral caracterizar vulnerabilidades, demandas de saúde e acesso a serviços da população de travestis e transexuais do Estado de São Paulo. Foi realizado em 2014 através de uma parceria entre a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa (FCMSCSP) e o Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP do Governo do Estado de São Paulo (CRT), com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). O Projeto Muriel foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do CRT DST/AIDS e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, identificado pelo número CAAE: 14277413.1.0000.53750, estando em consonância com os requisitos éticos da pesquisa em seres humanos no Brasil.

Foi um estudo do tipo transversal, de metodologia mista, quantitativa e qualitativa. A etapa quantitativa foi a realização de um inquérito com 673 travestis e transexuais acessadas/os via serviços de saúde ou de assistência social em sete municípios do estado: São Paulo, Campinas, Piracicaba, São José do Rio Preto, Santos, São Bernardo do Campo e Santo André. A estratégia amostral combinou uma amostra consecutiva de pessoas travestis e transexuais clientes desses serviços com a técnica conhecida como bola de neve. Eram elegíveis a participar do estudo aquelas pessoas que se identificassem como travesti, transexual ou transgênero, maiores de 16 anos, e que tivessem estabelecido residência no estado de São Paulo há pelo menos seis meses.

Por sua vez, a etapa qualitativa do estudo foi constituída de entrevistas em profundidade e oficinas em grupo, buscando compreender melhor tópicos relevantes abordados na fase do inquérito. Foram entrevistadas/os 27 participantes da etapa quantitativa, em seis* das sete cidades estudadas previamente e realizadas três oficinas em grupo na cidade de São Paulo.

O foco do presente capítulo são os relatos de estratégias de enfrentamento ao *bullying* escolar trazidos na etapa de entrevistas em profundidade**. Foram entrevistadas/os 27 participantes da etapa quantitativa: doze participantes de São Paulo, seis de Campinas, três de Piracicaba, três de São José do Rio Preto, duas de Santos e uma de

* Buscou-se realizar entrevistas em cada uma das sete cidades da fase quantitativa do Projeto Muriel, no entanto, não foi possível localizar as/os participantes do município de Santo André.

** Para saber mais sobre o Projeto Muriel, consulte <https://www.nudhes.org/resultados-muriel>.

São Bernardo do Campo. Essa quantidade de entrevistas foi definida com base na diversidade de perfis observados na fase do inquérito. O número de entrevistadas/os por cidade buscou seguir distribuição similar à encontrada na fase quantitativa; por exemplo, como a cidade de São Paulo teve um maior número de participantes na fase quantitativa, teve também um maior número na fase qualitativa.

Foram entrevistas em profundidade, semiestruturadas, diretas e pessoais. As/os entrevistadoras/es foram treinadas/os e orientadas/os para conduzir a entrevista de modo a levar a/o participante a revelar suas narrativas, motivações, crenças, atitudes e sentimentos sobre os tópicos abordados. Foi construído um roteiro baseado no questionário da fase quantitativa, com os seguintes tópicos:

- Informações sociodemográficas/trajetória pessoal.
- Percurso acadêmico/profissional.
- Saúde geral.
- Saúde sexual e reprodutiva.
- Percurso de transição.
- Contexto social/experiência de preconceito e discriminação.

Perguntava-se, ao final, se a/o participante gostaria de acrescentar alguma informação não abordada no roteiro, bem como sua opinião acerca do próprio processo de entrevista.

As pessoas entrevistadas apresentavam perfis variados em relação a idade, autoclassificação identitária (travesti, mulher/homem trans etc.), raça/cor, escolaridade, renda, cidade de origem, inserção política e experiência profissional. As idades variavam de 19 a 75 anos, sendo que mais da metade das/os participantes (14 pessoas) tinha entre 30 e 40 anos no momento da entrevista. Foram entrevistados cinco homens trans e 22 mulheres transexuais e travestis. A idade dos homens trans variava entre 19 e 40 anos, enquanto a das mulheres transexuais e travestis de 23 a 75 anos. Esse grupo incluía pessoas negras, pardas, brancas e indígenas.

Acerca da escolaridade, há desde pessoas que não concluíram o Ensino Fundamental até pessoas que se formaram no Ensino Superior. Essa classificação se baseia na estrutura do sistema educacional brasileiro atual, em vigor desde 2006 com a Lei 11.274, composta de: Educação Infantil (de 0 a 5 anos), Ensino Fundamental (de 6 a 14 anos), Ensino Médio

(de 15 a 17 anos) e Educação Superior (acima de 17 anos) (Brasil, 2006). Cabe ressaltar que algumas/uns participantes se referiram a seu período escolar num momento anterior a 2006, no qual existia uma estrutura diferente. Optamos por manter os termos originais utilizados pelas/os participantes, com uma nota de rodapé explicativa quando necessário.

As/os participantes apresentaram variadas profissões, que incluíram: camareira/o, professor/a, auxiliar de enfermagem, empregada doméstica, garçomete/garçom, profissional do sexo, cabelereira/o, *performer* e recepcionista em festa e eventos. Algumas profissões muito específicas não estão descritas aqui a fim de preservar o anonimato. Além disso, havia pessoas que participavam de grupos de militância e que frequentavam serviços públicos que prestavam assistência à população LGBT. A seguir encontra-se a lista de todas/os participantes. Por haver realizado poucas entrevistas em uma única cidade ou por terem profissões muito específicas, optou-se na Tabela 3.1 por não relacionar cada participante com a cidade de origem e profissão, apenas o pseudônimo e a idade, preservando, assim, a identidade dos sujeitos.

As entrevistas tiveram uma duração média de 1 hora e 15 minutos, variando entre pouco mais de meia hora até mais de duas horas. Foram realizadas a escuta e a leitura sistemáticas das entrevistas, direcionando a atenção para os conteúdos relacionados à experiência escolar. O tópico do roteiro de entrevista “Percurso acadêmico/profissional” recebeu especial atenção, porém a entrevista inteira foi ouvida e lida, a fim de não perder alguma informação sobre o período escolar que porventura aparecesse em outro momento.

EXPERIÊNCIAS DE *BULLYING* BASEADAS NA IDENTIDADE DE GÊNERO

Quem bate não lembra, mas quem apanha nunca esquece.
(ditado popular)

Experiências de *bullying* baseadas na identidade de gênero ocorridas na escola foram relatadas por 24 das/os 27 participantes. Entre as três participantes que não relataram experiências de discriminação na escola, Dalila (34 anos) e Juliana (41 anos) dizem que não sofreram nesse local, e Jasmim (30 anos) diz que no período escolar “posava de homem cis hetero”, tendo começado sua transição de gênero mais de dez anos depois da conclusão do Ensino Médio.

TABELA 3.1
Pseudônimo e idade das/os 27 participantes das entrevistas em profundidade do Projeto Muriel

Pseudônimo	Idade
Humberto	19 anos
Alan	21 anos
Eva	23 anos
Janete	27 anos
Pilar	28 anos
Jasmim	30 anos
Suzan	30 anos
Cristina	34 anos
Dalila	34 anos
Yuri	34 anos
Daiane	35 anos
Andressa	35 anos
Breno	36 anos
Rosa	36 anos
Clara	36 anos
Yara	37 anos
Glória	39 anos
Diva	39 anos
Cristiano	40 anos
Juliana	41 anos
Roberta	41 anos
Inês	43 anos
Cindy	44 anos
Stella	55 anos
Carla	57 anos
Isabelle	65 anos
Naomi	75 anos

Com base na classificação aplicada por Antunes e Zuin (2008), foram encontrados os três tipos de *bullying*: direto e verbal (insultos, apelidos e comentários discriminatórios), direto e físico (agressão física, roubo, extorsão, comportamentos sexuais forçados, ou ameaça dessas ações), e indireto (exclusão de um grupo, boatos e fofocas).

Dos 24 relatos de discriminação, 21 descreveram o *bullying* direto e verbal o que incluiu “ser xingado”, “fazer piadinhas”, “ser zoadá”, “chamar por nomes pejorativos horrorosos”, “fazer brincadeiras”, “dar apelidos”, “praticar *bullying*”, “ser chacoteada”, “implicar”, “ofender”, “falar bobagem”, “fazer graça”, “pegar no pé”. Os xingamentos relatados foram: “viado”, “viadinho”, “bichinha”, “mariquinha”, “mulherzinha”, “gay”, “gayzão”, “traveco” e “Maria João”. A seguir estão alguns dos relatos:

Me chamavam de viado, gayzão, ‘tira esse traveco daqui!’. (Cristina, 34 anos)

O pessoal me chamava por nomes pejorativos horrorosos da época, que era mariquinha, viadinho, bichinha. Só que eu não tinha o entendimento da situação, da gravidade, porque eu achava que eu era normal até os nove, dez anos. (Daiane, 35 anos)

Onde mais sofri preconceito foi na escola, desde começar a estudar até o terceiro colegial. O terceiro colegial melhorou um pouco, mas tipo na infância mesmo era um pouco pior, porque tinham as piadinhas, os apelidinhos, essas coisas. (Alan, 21 anos)

Onze participantes apontaram o *bullying* direto e físico, o que incluiu: “bater”, “empurrar”, “apanhar”, “agredir”, “meter rasteira”, “jogar no chão”, “arrancar o cabelo”, “pisar no material”, “chutar a bolsa”, “cuspir na cara”, “cuspir na cabeça”, “jogar papelzinho e pedrinha”, “espancar”, “dar um soco no meio da cara”, “ser ameaçada por três pessoas com uma faca na saída da escola”, “ser presa no banheiro com uma bomba” e “rachar a testa na tijolada”.

Quando eu entrei na quinta série, já começou a palhaçada. Uma primeira escola que eu mudei aqui perto, o moleque rachou a minha testa na tijolada, aí eu fui e bati muito nele. Ah, na escola foi terrível, mas depois dos doze que eu peguei mais jeito. É, depois que eu peguei mais jeito assim, aí sofri pra caralho. Uma vez me prenderam no banheiro e jogaram bomba; eu e mais duas. (Cristina, 34 anos)

Eu tive uma briga na saída da escola, me bateram, arrancaram o meu cabelo, jogaram... pisaram no meu material, sabe? Meninas e meninos, do nada, vinham e chutavam a minha bolsa, me espancavam nessa época. (Eva, 23 anos)

E quando os meninos chegavam perto, eles, vamos dizer assim, brigavam, implicavam, xingavam, ofendiam. Eu já cheguei a estar quieto num canto e eles chegarem e implicarem comigo, me baterem, me empurrarem, me deixarem no chão. Eu estava quieto num canto, fazendo um desenho, eles chegaram: 'O que você tá fazendo que não tá conversando com ninguém hoje? Você não vai vir jogar?' Aí eu falava assim: 'Hoje eu não estou a fim'. Foi aí que: 'Você é muito trouxa!' E me bateram, me deram um soco no meio da cara. (Humberto, 19 anos)

Na escola, eu lembro que a molecada falava: 'Você é viado'. Eu chegava em casa e falava: 'Mãe, o que é viado?' A minha mãe me batia. A minha mãe era muito rígida. Uma vez eu quebrei o braço porque o menino me empurrou e eu caí em cima do braço e quebrei. Ainda apanhei quando cheguei em casa. A minha mãe achou que eu estava arrumando confusão na escola. Eu não estava, o menino me xingou de viado, aí eu falei: 'Viado é você'. Aí eu apanhei do menino na saída. Tinha aquela coisa, né? 'Eu te pego na saída!'. (Diva, 39 anos)

Na escola? Muitas experiências de *bullying*! É aquela coisa, não é só de falar: 'você é uma bichinha, você é uma bichinha!' Vinham aqueles que queriam me bater. Batiam, aí, eu não podia chegar em casa e falar: 'me bateu porque falou que eu sou bicha'. O que eu ia falar para minha família? Aí, eu aguentava aquilo calada. (Cindy, 44 anos)

Eu fiz até a terceira série e depois eu resolvi parar por mim mesmo, porque sofria muito *bullying* na escola. Sempre a molecada queria me bater, e eu não entendia por que queriam me bater. (Cristiano, 40 anos)

Dos onze relatos de *bullying* direto e físico, dois estavam relacionados a comportamento sexual forçoso ou tentativa dele.

Da quinta série em diante, eu ia para o banheiro masculino e quando chegava lá dentro os meninos começavam a agarrar, querer passar a mão, querer que eu fizesse sexo oral neles. Quando eles estavam usando, eu não podia entrar porque já era barrada na porta para não sair. Não para não entrar, para não sair, tipo para ficar pegando, para ficar pegando no membro deles, e essas coisas todas, que é bem difícil. (Inês, 43 anos)

Tinha muito *bullying*. Os meninos queriam me catar, né? Tipo, catar de outra forma. Vinha no xaveco querendo... achando que ia transar comigo e eu ia gostar da coisa, né?. (Cristiano, 40 anos)

Houve seis relatos de *bullying* indireto, que incluíram “falar pelas costas”, ser excluída/o e isolada/o.

A escola foi a pior parte, ainda mais quando criança. Porque era aquela coisa, eu ficava com meninos, mas eles me falavam que eu tinha que ficar com as meninas, e as meninas não queriam ficar comigo, e eu acabava ficando sozinho num canto. (Humberto, 19 anos)

Na verdade, eu gostava de estudar, só que não dava para estudar. As pessoas me tratavam mal, e eu me sentia mal, não fazia parte do grupo. Então eu ficava mais isolado. (Cristiano, 40 anos)

Os relatos surpreendem pela quantidade e variedade dos três tipos de *bullying* sofridos: direto e verbal; direto e físico; e indireto. As narrativas revelam a crueldade e violência a que crianças e adolescentes estão expostas/os quando apresentam comportamentos que não correspondem às normas de gênero. Junqueira (2017) descreve como *pedagogia do insulto* o tratamento dado a essas/es estudantes no ambiente escolar, “por meio de piadas, ridicularizações, brincadeiras, jogos, apelidos, insinuações, expressões desqualificantes e desumanizantes” (p. 2).

Chamam atenção as narrativas de pessoas que não entendiam a razão pela qual estavam sendo agredidas. Se estavam no seu canto, sozinhas, sem interagir com ninguém, por que eram alvos de agressão? Por que ter uma aparência e expressão de gênero em concordância com a maneira como se sente representa possibilidade de ser ofendida? Por que eram xingadas de nomes que nem sequer compreendiam ou não tinham relação com o que o se identificavam? Baseado em estudos com pessoas identificadas como dissonantes em relação às normas de gênero nas escolas, Junqueira (2017) indica que desde cedo estudantes aprendem a reproduzir práticas sexistas e homo/transfóbicas. Aprendem a apontar pessoas e comportamentos que fogem do padrão, proferindo variados tipos de insultos:

Estudantes aprendem cedo a mover as alavancas do heterossexismo e da homofobia. Desde então, as operações da heterossexualização compulsória implicam processos classificatórios e hierarquizantes, nos quais sujeitos ainda muito jovens podem ser alvo de sentenças que agem como dispositivos de objetivação e desqualificação: “Você é gay!”. Estas crianças e adolescentes tornam-se,

então, alvo de escárnio coletivo antes mesmo de se identificarem como uma coisa ou outra. (Junqueira, 2017, p. 3)

Na mesma direção do que é explicado por Junqueira (2017), o relato da pesquisadora Reidl (2013), de sua própria experiência escolar, resume como foi ser alvo de escárnio coletivo antes de ter consciência de que seus comportamentos fugiam das normas de gênero esperadas:

Na escola, aprendi muito sobre o que é ser aluno, um aluno diferente, e aprendi muito, muito bem, o que são as regras da escola, e o preço que se paga por desobedecer a estas regras, em especial quando são regras não escritas, como é o caso da maioria das regras de gênero e sexualidade. Em nenhum lugar se diz que aluno não deve ser delicado, em nenhum lugar está posto que aluna não pode jogar futebol, em nenhum lugar se diz que um aluno não pode gostar de roupas, adereços, bijuterias. Ao mesmo tempo, embora não estejam escritas, estas leis são muito duras, e o meu aprendizado como aluno fez conhecer bem tal dureza (p. 11).

Por outro lado, os relatos de comportamento sexual forçoso e tentativa dele, além de se destacarem pela truculência, refletem a sexualização e objetificação que frequentemente se associam a pessoas transexuais e travestis. No caso de Inês, era presa por meninos no banheiro tendo que fazer favores sexuais. No caso de Cristiano, era ameaçado de estupro, com o vil comentário de que poderia vir a se sentir atraído sexualmente por homens caso transasse com um. Nery e Maranhão Filho (2013), ao analisarem histórias de vida de homens trans, apontam que não são raras as tentativas de estupros corretivos direcionadas a eles enquanto mulheres lésbicas que deveriam “corrigir suas orientações sexuais” (p. 150). Nos casos relatados por Inês e Cristiano, há a confusão e a sobreposição da identidade de gênero com a orientação sexual.

O banheiro como o local onde ocorrem as agressões (tanto as relações sexuais forçadas relatadas por Inês, como aquela narrada por Cristina quando é presa ali e lhe jogam uma bomba) merece um olhar mais atento. Os banheiros das escolas são considerados espaços inseguros para jovens trans. Andrade (2012) se utiliza do conceito foucaultiano de panoptismo para caracterizar o banheiro dentro do espaço escolar. A imagem do panóptico é utilizada por Foucault (1991) para se referir a algo que está continuamente sob vigilância. Devido ao banheiro escapar do olhar panóptico (Andrade, 2012), ele se torna um local mais

propício para ocorrerem atos de agressão que, de outro modo, provavelmente não ocorreriam sob os olhares vigilantes das/os funcionárias/os escolares.

Outro elemento que se destaca nos relatos das/os entrevistadas/os é não poder contar para familiares sobre uma violência sofrida, por medo de ser repreendida/o ou, até mesmo, agredida/o por elas/es. A mãe que bate na criança por esta ter sido chamada de *viado* na escola; produzindo, assim, uma culpabilização da vítima. A criança que não pode contar para mãe o verdadeiro motivo pelo qual apanhou na escola, porque sente que será repreendida. A mãe que bate na criança depois de esta já ter apanhado na escola. Tais relatos remetem à contextualização feita por Peres (2009) sobre a exclusão de pessoas transexuais e travestis. O autor explica que as histórias de discriminação e violência muitas vezes têm início dentro da própria família, e que o processo de estigmatização ocorre como ondas, que se propagam da família para a comunidade, desta para a escola, serviços de saúde e outros espaços de interação. As narrativas das entrevistadas evidenciam a onda de discriminação propagada no ambiente familiar e na escola.

Embora cada trajetória acadêmica seja singular, a exclusão e o sofrimento marcam os processos escolares de pessoas transexuais e travestis (Sales, 2018; Junqueira, 2017). Essas marcas de estigmatização afetam não apenas o período escolar, mas a vida de cada sujeito. Peres (2009) traz à tona o ditado *quem bate não lembra, mas quem apanha nunca esquece* para se referir às profundas marcas que persistem na vida dessas pessoas.

ESTRATÉGIAS DE *COPING* PARA LIDAR COM O *BULLYING*

Eu descobri que se eu caminhasse daquele jeito, sumia qualquer trejeito. Então eu desenvolvi um jeito de caminhar, parece, assim, que eu descobri um jeito de sobreviver. (Stella, 55)

As estratégias de *coping* para lidar com o *bullying* encontradas nos relatos dos/as entrevistados/as foram as seguintes: não utilizar os banheiros, não realizar aulas de educação física, ficar sozinha/o, se enturmar, ocultar/disfarçar a identidade de gênero e aparentar ser cisgênero, provocar medo pela expressão facial e estabelecer limites, agredir, mudar de escola e parar de estudar.

Não utilizar os banheiros do espaço escolar

Não utilizar os banheiros do espaço escolar foi a estratégia utilizada por Pilar e Rosa:

Primeiro começou a minha fase quando eu tinha mais ou menos seis anos, que daí eu tive contato com outras crianças, no pré. Até então eu tinha só contato com os meus irmãos e os meus pais, assim, que também trabalhavam e não tinham muito tempo, e aí foi quando eu comecei a me identificar como Pilar, na verdade assim, como uma menina. E aí, ali até então, eu não tinha um momento de não ir no banheiro e tal, eu ia no banheiro com os meninos e tal, porque ali era prézinho, mas eu não gostava de brincar de futebol, queria brincar junto com as meninas. Quando eu cheguei no ginásio*, aí teve essa diferença, eu senti muito grande, eu já não ia no banheiro, eu tive esse problema de não ir ao banheiro. Ficava mais visível a minha identidade, porque eu me comportava como se fosse uma menina, né? E as pessoas já captavam isso, e já chamavam aquela coisa bem pejorativa mesmo. (Pilar, 28 anos)

Em sua narrativa, Pilar explica que quando passa “a se comportar como se fosse uma menina”, passa a não frequentar mais o banheiro masculino. Para ela, o ginásio foi o período em que marcou essa mudança. Antes disso, apesar de já se identificar como menina e querer brincar com outras garotas, ia no banheiro com os meninos. No entanto, mais adiante, ao ingressar no ginásio e sua “identidade feminina ficar mais visível”, passa a ser alvo de comentários pejorativos e não utiliza mais o banheiro dentro do espaço escolar. Por sua vez, Rosa descreve que vivenciava uma situação parecida e explica a saída que encontrou quando precisava ir ao banheiro. “E eu nunca quis usar o banheiro de homem. Eu sempre ia no mato atrás da escola, no muro. Eu não queria ir ao banheiro. E sempre teve essas piadinhas. Sempre teve, sempre”. (Rosa, 36 anos)

A pesquisadora Andrade (2012), ao narrar sua própria experiência no Ensino Médio, descreve o sofrimento que sentia:

medo de ser rejeitada no banheiro feminino (por não ser do sexo feminino) e violentada fisicamente e verbalmente no masculino (por ser efeminada). Sofri por não poder frequentar nenhum ba-

* De acordo com a estrutura do sistema educacional atual, o referido ginásio corresponde ao período compreendido entre o sexto e o nono ano do Ensino Fundamental.

nheiro da escola. Realizava as necessidades fisiológicas antes de sair para a aula e quando chegava. Às vezes, retendo a urina e as fezes, chegava a perder a concentração em sala na tentativa de resistir até chegar em casa (p. 150).

Andrade (2012) expõe que as duas opções de banheiro disponíveis apresentavam obstáculos e risco de agressões. A saída encontrada por ela, assim como pelas entrevistadas Pilar e Rosa, foi a de não utilizar o banheiro no espaço escolar. Os estudos de Herriot, Burns e Yeung (2017) e Johnson, Singh e Gonzalez (2014) também corroboram que os banheiros das escolas são considerados inseguros para jovens trans, por serem um espaço que em geral está localizado longe da vista das/os funcionárias/os escolares, permitindo a ocorrência de assédio e violência. Há relatos na literatura de estudantes que se sentem mais seguros/os utilizando o banheiro para deficientes (Jones et al., 2016) e de escolas que oferecem a estudantes trans o acesso aos banheiros de professoras/es (Foley et al., 2016).

Não realizar aulas de Educação Física

Daiane, Cindy, Yara, Stella e Janete relatam que não participavam das aulas de educação física, ou especificamente das atividades de futebol, para não estarem expostas ao *bullying*. Daiane descreve que, pelas turmas serem separadas por gênero, ela se sentia desconfortável em fazer parte da turma de meninos. Explica que participar dessa turma envolvia também ter que apresentar comportamentos masculinos:

Triste, porque na escola você era orientado para fazer certas atividades junto com a turma masculina, então era jogar bola, era correr com os meninos no pátio, era fazer esses estereótipos masculinos, eu não conseguia. Na educação física, eu sempre estava sentada, sempre resistia para fazer algum esforço físico, ou até mesmo uma brincadeira mais agressiva. (Daiane, 35 anos)

Sendo a virilidade, força e agressividade características historicamente qualificadas em nossa cultura como inerentes ao masculino (Laqueur, 2001), ao estar num grupo de meninos, era esperado que Daiane apresentasse tais atitudes. Frequentemente, as aulas de educação física são um espaço em que os estereótipos de gênero são reforçados e enaltecidos. Yara aponta que o futebol era a atividade em que os meninos se comportavam de maneira mais violenta e conta que bus-

cava estratégias para evitar essas situações: “Eu fazia a minha mãe ir no colégio e falar pra mim não fazer. Quando não tinha jeito, eu falava: ‘Mãe, então fala que não é pra me deixar jogar bola’. Aí eu ia para o vôlei, queimada, mas jogar bola nunca” (Yara, 37 anos).

Stella e Janete também afirmam que não participavam das atividades de futebol:

Sinceramente? Nas aulas de educação física, eu ficava conversando com as meninas ou, quando tinha a parte de vôlei, eu ficava jogando vôlei, handball, essas coisas; mas quando tinha aula de futebol, eu ficava lá assistindo. A gente ficava conversando, fumando um cigarro, porque não praticava. E eu sempre reclamava com a diretoria, sempre falei que eu achava uma palhaçada que educação física era resumida em futebol. Sempre reclamei sobre isso, na escola, sobre a educação física ser resumida a futebol. Um dia mudaram o professor de educação física e eles mudavam, davam handball, davam futebol, deram vôlei, deram judô, deram polichinelo, um monte de coisas, foi um ano super legal, mas depois trocaram o professor de novo e dava só futebol, aí eu: “chega!”. (Janete, 27 anos)

Além da recusa em participar do futebol, Janete sinaliza a quase exclusividade dessa atividade nas aulas de educação física para meninos. Esse relato ilustra como as práticas esportivas, na maioria das escolas, ainda estão associadas a um gênero específico. Altmann (2015) enfatiza como a educação física acaba por reproduzir as imagens repetidamente presentes nos meios de comunicação e mercado de consumo, como meninos jogando futebol e meninas dançando balé. A autora problematiza que essas imagens transmitem ilusoriamente “uma relação entre uma prática corporal específica e o gênero; elas constituem campos de possibilidades corporais distintos a eles e elas” (Altmann, 2015, p. 31).

Ficar sozinha/o

A estratégia de ficar sozinha para não sofrer discriminação foi relatada por Stella e Daiane:

Então eu fui uma pessoa muito isolada. Sabe aquela pessoa que não saía da escola para não ter que andar no pátio com as pessoas? Eu vivia escorada nos muros, eu descia, escorava nos muros, cruzava os braços e passava a minha meia hora lá naquele lugar. Eu não

caminhava, eu tinha medo de caminhar, medo que as pessoas me observassem. (Stella, 55 anos)

Stella descreve o medo de ser observada, de estar visível aos outros, sentindo ou antecipando que seu caminhar e sua presença suscitariam uma reação ofensiva por parte de outras pessoas. Esse é um retrato do estado de vigilância citado por Allport (1954); sobre pessoas que sofrem consistentemente processos de estigmatização e antecipam que situações discriminatórias vão ocorrer. A estratégia de ficar sozinha foi também apontada por Daiane, 35 anos, “era mais eu estar sozinha do que estar ouvindo alguma piada entre a turma das meninas e dos meninos”.

Enturmar-se

Por outro lado, há narrativas de participantes que se enturmaram com colegas para se protegerem da discriminação. Os relatos incluem: “andar em três pessoas”, “ter uma turma forte”, “ficar num grupo mais isolado com pessoas mais velhas”, “se envolver com os bagunceiros” e “ter amizade com o ‘chefe’ do Ensino Médio”. Cristina, 34 anos, explica que andava com mais pessoas para se proteger, “a molecada queria bater, xingar, brigar, mas eu saía na mão; aí andava sempre em três”. Breno, 36, narra que, apesar de as pessoas fazerem comentários pejorativos “pelas costas”, não sofria *bullying* diretamente, porque tinha uma turma “muito forte” que o defendia. Cristiano, 40, aponta que, por haver muito *bullying* em sua escola e “o pessoal mais velho” ser mais respeitado e não ser alvo dessa discriminação, ficava junto a esse grupo.

Juliana e Andressa narram também a importância de se enturmar para se proteger da discriminação:

Nunca tive problema, porque eu sempre me envolvia com os mais bagunceiros (risos), com todos, eu sempre fui de interagir com as pessoas. Eu sabia que se eu fizesse o CDF* da sala, pelo fato de não conseguir entender a matéria e ter essa coisa de ser homossexual, eu sabia que se batesse de frente com eles, eu nunca ia ter sossego, então, eu sempre me envolvia com os bagunceiros do fundo, aquela bagunça, aquela loucura, sempre foi assim, até hoje. (Juliana, 41 anos)

* CDF, na linguagem popular, representa alguém muito dedicado aos estudos e que quase não participa de eventos sociais com colegas de turma.

Teve um também que me chamou de viadinho. Inclusive eu acho que ele foi até... foi chamado os pais dele também. A gente chegou a ser suspenso. Mas foi o único caso, porque tinha um rapaz da minha sala que todo mundo tinha medo dele. Ele era como se fosse ali o chefe no momento ali do Ensino Médio, e ele gostava muito de mim. A gente era muito amigo, como é hoje. É uma pessoa muito legal. Eu sempre o vi como um irmão, nada de desejo sexual. E ele sempre me viu também dessa forma. E quando ele soube, ele pegou o rapaz e deu uma pisa lá fora. (Andressa, 35 anos)

A narrativa acima de Juliana revela a avaliação que ela fazia da dinâmica da classe para buscar uma possibilidade mais confortável de estar naquele espaço. Primeiramente, ela ressalta a importância de interagir com todas as pessoas. Em seguida, ela descreve a eleição de se envolver “com os mais bagunceiros” por considerar que, se juntasse a outra turma, como a das/os “CDFs”, seria alvo de algum tipo de retaliação. Por sua vez, Andressa conta como ser amiga de uma pessoa que representa uma figura de poder naquele espaço, “o chefe do Ensino Médio”, lhe permitia estar mais segura na escola.

Ocultar/disfarçar a identidade de gênero e aparentar ser cisgênero

Suzan, 30 anos, explica que conseguiu concluir o Ensino Médio porque se “ocultou”. Breno descreve o esforço que fazia para que outras pessoas não dirigissem a atenção a sua identidade de gênero:

A adolescência começou a ficar ruim porque começou a aparecer todos os caracteres secundários e tudo mais, então, para mim, eu virei uma pessoa introspectiva. Mas, ao mesmo tempo, eu era meio que o palhaço da sala, assim, porque eu queria que as pessoas me vissem de uma maneira positiva sem ter que ficar enxergando essa questão. (Breno, 36)

A narrativa de Breno enfatiza a tentativa de disfarçar a identidade de gênero, procurando colocar o foco em seu jeito divertido. Parece que ele buscava invisibilizar os “caracteres secundários” presentes em seu corpo pelo seu jeito “palhaço”. Chama atenção Breno utilizar a palavra *positiva*, levando a entender que a transexualidade pudesse ser interpretada como algo não positivo pelas outras pessoas; e que “sendo palhaço” ofereceria algo alegre, “compensaria o lado negativo”.

Para além de disfarçar a identidade de gênero, uma participante explica que buscava parecer cisgênero:

Não, não. Não fui agredida, justamente por causa disso. Eu via em outros colégios próximos, eu via as brincadeiras que faziam com outras crianças mais afeminadas. Durante o meu período de colégio e de infância, eu cheguei a ver passar duas pessoas bem afeminadas pela escola e elas sofreram demais. Só de ver o que elas passaram e eu não querer passar, eu me isolava para não ter que passar por aquilo. Eu desenvolvi um caminhar mongoloide, aquilo foi uma descoberta fantástica. Você descobrir um jeito de andar que quebra o teu lado afeminado, caminhar com o passo bem largo, meio orangotango. Eu descobri que se eu caminhasse daquele jeito, sumia qualquer trejeito. Então eu desenvolvi um jeito de caminhar, parece, assim, que eu descobri um jeito de sobreviver. (Stella, 55 anos)

A narrativa de Stella impressiona pelo esforço que realizou para desenvolver um novo modo de se movimentar e posicionar o seu corpo dentro do espaço escolar. Ela ressalta que consegue circular nesse espaço (sem ser alvo de agressões) quando descobre uma nova forma de andar.

Os relatos acima de Stella, Suzan e Breno sobre parecer uma pessoa cisgênera e ocultar ou disfarçar a identidade de gênero são exemplos do que Goffman (1988) definiu como *covering*. O autor afirma que o grande esforço para esconder o estigma, ou *covering*, é um comportamento constantemente utilizado por pessoas estigmatizadas para evitar as consequências de um *status* estigmatizado. Partindo desse conceito de Goffman, Yoshino (2007) aponta que *covering* se refere a atenuar traços de uma identidade desprivilegiada para se adaptar aos padrões culturais, enfatizando que essa adaptação é por vezes uma necessidade para a vida social. Para Stella, Suzan e Breno, eram estratégias que garantiam a permanência no espaço escolar.

Provocar medo pela expressão facial e estabelecer limites

Outra estratégia para lidar com o *bullying* foi descrita por Andressa, que explica que procurava suscitar medo pela sua expressão facial:

É como eu te falei, os meninos tinham medo de mim, porque eu era muito séria. Eu fazia muito carão, eu via alguma coisinha que eu

percebia que era comigo, eu olhava com o olho muito sério, já abaixavam a bola. Então, lá eu tirava isso muito de letra, por isso que eu cheguei a terminar os meus estudos, porque eu me colocava mesmo e dava o meu grito, se precisasse. Então, eles me respeitavam. (Andressa, 35 anos)

No relato acima, apreende-se que tão logo Andressa percebia que poderia vir algo hostil contra ela, ela fazia uso de uma feição séria, do “carão”; e afirma que foi isso que lhe possibilitou terminar os estudos. Janete também descreve um esforço para impedir que fosse agredida:

Lógico que na escola sempre teve uma brincadeira ou outra, mas eu acho que também sempre impus muito respeito. Então, eles faziam brincadeiras, mas eles sabiam a hora de brincar e de não brincar, eles sabiam até um certo ponto. Eles faziam brincadeiras, mas sem agressão porque eu também não aceitava, porque se a brincadeira chegava a certo ponto de agredir, de magoar... Eles nunca chegavam a magoar, porque eles eram meus amigos realmente, não chegava a ser bullying de querer magoar de agredir, era brincadeira normal de amigos, mas fora isso, eu nunca tive problemas não. (Janete, 27 anos)

A imprecisão de algumas palavras e fatos parece marcar o relato de Janete. Primeiramente, o uso da palavra *brincadeira* não parece adequado à situação descrita, de uma potencial agressão. Algo soa estranho na frase “eles faziam brincadeiras, mas sem agressão”; como se houvesse uma aproximação de significado entre brincar e agredir. O uso da palavra *brincadeira* nessa narrativa parece atenuar as situações em que Janete era (potencialmente) ofendida. Além disso, percebe-se que a participante inicialmente fala que suas/seus amigas/os tinham consciência do limite para não a magoar, mas logo explica que não era exatamente assim, que “sabiam até um certo ponto”; quando se sentia agredida, “não aceitava”, tinha que estabelecer um limite. Contudo, ao final, busca indicar que não chegavam a magoá-la, porque eram seus “amigos realmente”, era uma “brincadeira normal”. Semelhante ao uso da palavra *brincadeira*, o relato ambíguo de Janete parece atenuar a situação, amenizar o comportamento desrespeitoso das/os amigas/os e abrandar a maneira como era afetada por isso, como sofria com isso.

Revidar a agressão e agredir

Seis participantes relataram revidar quando eram agredidas/os. Clara, 36 anos, recorda uma situação de bater em um colega que a ofendia consistentemente, “todo dia falava bobagem, pegava no pé, ele passou muito dos limites; coitado, apanhou horrores”. Yara, 37 anos, resume que “na escola era assim, era o viadinho, mas era muito briguento”. Yuri, 34 anos, relata que agredia porque era repetidamente xingado pelos colegas, “eu batia em todo mundo porque me chamavam de Maria João e eles me chamavam muito de Maria João; eu era muito agressiva, batia mesmo, de verdade”. Cristiano explica como reagia às agressões:

Mas para eles, eu era diferente; aos olhos do outro, eu era diferente. Então, sempre tinha aquele lance de eu ter que ser agressivo, que eu não sou agressivo, né? Até no jeito de falar. Mas ser até violento às vezes, tinha que ser violento, porque eu tinha que impor a minha... o meu gênero, né? Porque eles vinham para cima e, se eu deixasse, eu ia apanhar. Então, eu não ficava por baixo, eu ia para cima. Mas eu não costumo ser violento. (Cristiano, 40 anos)

A descrição de Cristiano ressalta o esforço de ter que apresentar um comportamento mais agressivo, com o intuito de não ser agredido. Apesar de não ser habitualmente dessa maneira, ele enfatiza a necessidade de mudar algumas características de seu jeito para se “impor”. Sua voz, sua posição corporal e suas reações deveriam transmitir agressividade a fim de garantir sua proteção.

Mudar de escola

Mudar de escola foi outra estratégia relatada nas entrevistas, descrita por três participantes. Daiane relata mudar de escola na esperança de encontrar um espaço onde pudesse ser acolhida, o que não se concretizou. “Eu passei por inúmeras escolas até eu achar uma que pudesse me abrigar como pessoa normal; até então, não consegui, não vi nenhuma” (Daiane, 35 anos). Cristina, por sua vez, descreve as inúmeras mudanças que teve que fazer para concluir o Ensino Médio:

Eu terminei os meus estudos pulando de escola em escola. A molecada é terrível, a molecada queria bater, xingar, brigar, mas eu saía na mão; aí andava sempre em três. Eu saía na mão com a molecada sem medo. Trocava de escola por causa de briga. Eu estudei, eu acho que em umas oito escolas. (Cristina, 34 anos)

No relato de Cristina, se apreende que ela foi buscando em oito instituições diferentes um lugar possível onde pudesse concluir seus estudos. A exclusão e discriminação de identidades trans não são exclusivas de uma única escola, mas permeiam o sistema educacional e a sociedade. Uma nova escola não é garantia de um espaço livre de *bullying*. Inzlicht e Good (2006), ao refletirem sobre a variedade de estratégias de *coping*, apontam que pessoas de grupos minoritários que sofrem estigma podem não ter como alternativa a evitação, precisamente pela estigmatização estar presente nos mais diversos âmbitos da sociedade. Miller (2006) enfatiza que as estratégias de *coping* para lidar com o estigma frequentemente “requerem decisões difíceis entre opções imperfeitas” (p. 38).

Parar de estudar

Passando para a última estratégia relatada, oito participantes apontaram que pararam de estudar por conta do *bullying* e constantes ameaças de agressão física. Rosa, 36 anos, e Glória, 39 anos, relatam que abandonaram a escola por conta das “piadinhas” ininterruptas de “viadinho” e “bichinha”. Nas narrativas abaixo, Inês, Cristiano e Daiane, ao falar da interrupção de estudos, se referem aos sentimentos de tristeza, frustração e desesperança, além de vislumbrarem o que fazer depois desse período:

Para ser sincera, eu acho que eu perdi o interesse, perdi o interesse de estudar, por causa de preconceito, tinha o preconceito, tinha gente que era bem difícil. Eu era bem chacoteada, sabe? Eu lembro disso, então fiz até o primeiro, não terminei e nem tenho vontade. Se eu falar para você que eu tenho vontade de voltar, mentira, não tenho. Sei que faz falta, porque hoje em dia você precisa ter mais do que isso. Até quem tem faculdade tem dificuldade, eu imagino. Mas eu não tenho vontade de voltar não, está aí uma coisa que eu não tenho vontade. (Inês, 43 anos)

Depois, quando veio a adolescência, então eu parei de estudar, por conta dessa coisa toda. Eu falei: “não, eu quero trabalhar, quero trabalhar”. Na verdade, eu gostava de estudar, só que não dava para estudar. As pessoas me tratavam mal, e eu me sentia mal, não fazia parte do grupo. (Cristiano, 40 anos)

Com dezesseis anos, eu já era frequente em casa noturna, até me montando, fazendo show, pintando e bordando por aí. Eu resolvi parar os estudos, devido aos bullyings, a palavrinha bonitinha, a não conseguir me enturmar, não conseguir ter amigos dentro de escola. Era sempre eu sozinha, eu por mim e eu por Deus, então, eu interrompi os estudos aos dezesseis. Parei ali, falei: “não quero mais estudar, vou trabalhar, vou vender brigadeiro, vou bordar calcinha, fazer qualquer coisa que dê”. (Daiane, 35 anos)

Os relatos anteriores expõem as marcas que as experiências de *bullying* escolar deixaram nas/os participantes. Inês, mesmo consciente de que concluir os estudos lhe possibilitaria melhor empregabilidade, não tem vontade de voltar a um espaço em que era “bem chaco-teada”. Cristiano, mesmo gostando de estudar, relata a inviabilidade de continuar num lugar onde “lhe tratavam mal e não fazia parte do grupo”. Daiane enfatiza, no plural, “os *bullyings*” que sofria.

Uma vez que não estavam mais onde toda/o cidadã/ão de até 17 anos de idade deveria estar, na escola, Cristiano e Daiane passam a vislumbrar, então, a possibilidade de trabalhar. Daiane pensa em “vender brigadeiro”, “bordar calcinha” ou “fazer qualquer coisa que dê”. Conforme Inês pontuou, “para quem não terminou os estudos, é mais difícil encontrar trabalho”. O fato de não terem concluído a Educação Básica, terem sido “expulsas/os da escola” (Bento, 2011), limita as perspectivas de emprego. Observam-se aqui as consequências, numa reação em cadeia, das reiteradas situações de discriminação: a “expulsão escolar” e a restrição de possibilidades de trabalho.

REFLEXÃO

As estratégias de *coping* relatadas nesse texto revelam a gama de recursos utilizados pelos participantes para se protegerem das agressões durante o período escolar. A identificação separada de cada estratégia, como foi feita aqui, é útil para fins de análise; no entanto, a realidade vivida ocorre de maneira dinâmica. Uma mesma pessoa pode recorrer a mais de uma estratégia simultaneamente, como responder agressivamente às agressões ao mesmo tempo em que busca uma nova escola para estudar; ou ainda, isolar-se durante o intervalo e adotar um “andar específico” para circular pela escola. Conforme mencionado anteriormente, as estratégias de *coping* se desenvolvem em resposta a um estressor percebido e podem variar durante os estágios

de uma situação estressante, podem ser aprendidas, usadas e descartadas (Antoniazzi, Dell'Aglio, Bandeira, 1998).

Ao descrever as estratégias de *coping* das/dos entrevistadas/os, o objetivo foi mostrar as tentativas de administrar o estressor. Descrever essas estratégias não significa afirmar que foram elas, isoladamente, as responsáveis pela administração da situação estressante; no entanto, elas indicam os esforços que os sujeitos tiveram que fazer para lidar com o *bullying* durante o período escolar.

Muitas vezes, os sujeitos não saem ilesos dos recorrentes episódios de estigmatização, que podem deixar marcas profundas em suas vidas. Há consequências na saúde, relacionadas à depressão, ansiedade, abuso de substâncias e tentativas de suicídio. É urgente que intervenções em diversos campos – como Educação, Justiça e Saúde Pública – sejam implementadas para reduzir a reprodução do estigma, minimizando os impactos negativos na saúde de cada sujeito.

REFERÊNCIAS

- ALLPORT, G. W. **The nature of prejudice**. Reading, MA: Addison-Wesley, 1954.
- ALTMANN, H. **Educação física escolar: relações de gênero em jogo**. São Paulo: Cortez, 2015.
- ANDRADE, L. N. **Travestis na escola: assujeitamento e resistência à ordem normativa**. 2012. 278 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 273–294, 1998.
- ANTUNES, D. C.; ZUIN, A. Á. S. Do bullying ao preconceito: os desafios da barbárie à educação. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 33–42, 2008.
- ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais. **Nota da ANTRA sobre cotas e reservas de vagas em universidades destinadas às pessoas trans**. Brasil, 2022. Disponível em: <<https://antrabrasil.org/2020/12/17/nota-antra-cotas-universidades-pessoas-trans/>>. Acesso em: 11 out.
- BENTO, B. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. **Revista Estudos Feministas**, v. 19, n. 2, p. 549-559, 2011.
- BRASIL. Lei nº 11.274, de 6 de fevereiro de 2006. Altera a redação dos arts. 29, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 fev. 2006.
- _____. Lei nº 13.185, de 6 de novembro de 2015. Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying). Diário Oficial da União. Atos do Poder Legislativo, Brasília, DF, 9 nov. 2015. Edição: 213, Seção 1, p. 1.
- BUTLER, J. **Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

- CARRARA, S. Educação, diferença, diversidade e desigualdade. In: BARRETO, A.; ARAÚJO, L.; PEREIRA, M. E. (orgs.). **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, sexualidade, orientação sexual e relações étnico-raciais**. Livro de conteúdo. Versão 2009. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009.
- CARRARA, S. et al. Diversity in school: A Brazilian educational policy against homophobia. **Journal of LGBT Youth**, v. 13, n. 1, p. 161–172, 2016.
- CROCHÍK, J. L. Fatores Psicológicos e Sociais Associados ao Bullying. **Psicologia Política**, v. 12, n. 24, p. 211–229, 2012.
- FOLEY, J. T. et al. Including Transgender Students in School Physical Education. **Journal of Physical Education, Recreation & Dance**, v. 87, n. 3, p. 5-8, 2016.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.
- FROHARD-DOURLENT, H. “The student drives the car, right?”: trans students and narratives of decision-making in schools. **Sex Education**, 2017.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução Márcia Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- HERRIOT, L.; BURNS, D. P.; YEUNG, B. Contested spaces: trans-inclusive school policies and parental sovereignty in Canada. **Gender and Education**, 2017.
- HRW – HUMAN RIGHTS WATCH. “Like Walking Through a Hailstorm”: Discrimination Against LGBT Youth in US Schools. Estados Unidos, 2016.
- INZLICHT, M.; GOOD, C. **How environments can threaten academic performance, self-knowledge, and sense of belonging**. In: LEVIN, S.; VAN LAAR C. (Eds.). **Stigma and group inequality: social psychological perspectives**. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2006. p. 129–150.
- JOHNSON, C. W.; SINGH, A. A.; GONZALEZ, M. “It’s Complicated”: Collective Memories of Transgender, Queer, and Questioning Youth in High School. **Journal of Homosexuality**, v. 61, n. 3, p. 419–434, 2014.
- JONES, T. et al. School experiences of transgender and gender diverse students in Australia. **Sex Education**, v. 16, n. 2, p. 156-171, 2016.
- JUNQUEIRA, R. D. “Temos um problema em nossa escola: um garoto afeminado demais”. **Pedagogia do armário e currículo em ação**. Educação e Políticas em Debate, v. 4, n. 2, p. 221-239, 2015.
- JUNQUEIRA, R. D. Escola, homofobia e heteronormatividade. **Revista Coletiva FUNDAJ**, v. 18, p. s/p, 2017.
- KOSCIW, J. G. et al. The Effect of Negative School Climate on Academic Outcomes for LGBT Youth and the Role of In-School Supports. **Journal of School Violence**, v. 12, n. 1, p. 45–63, 2013.
- KOSCIW, J. G. et al. **The 2021 National School Climate Survey: The Experiences of LGBTQ+ Youth in Our Nation’s Schools**. New York: GLSEN, 2022.
- LAQUEUR, T. W. **Inventado o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Tradução de Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.
- MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. **Psychological Bulletin**, v. 129, p. 674-697, 2003.
- MILLER, C. T. **Social psychological perspectives on coping with stressors related to stigma**. In: LEVIN, S.; VAN LAAR, C. (eds.). **Stigma and group inequality: social**

psychological perspectives. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2006. p. 21–44.

- NERY, J. W.; MARANHÃO FILHO, E. M. A. Transhomens no ciberespaço: micropolíticas das resistências. **História Agora**, v. 2, p. 60-80, 2013.
- NUNES, T. **Ensaio sobre vivências reais de crianças e adolescentes transgêneros dentro do sistema educacional brasileiro** [livro eletrônico]. Curitiba, PR: IBDSEX, 2021.
- PERES, W. S. **Cenas de Exclusões Anunciadas: travestis, transexuais, transgêneros e a escola brasileira**. In: JUNQUEIRA, R. D. (org.). *Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009. p. 235-264.
- RASMUSSEN, M. L. 'Beyond gender identity?' **Gender and Education**, v. 21, n. 4, p. 431-447, 2009.
- REIDL, M. **A pedagogia do salto alto: histórias de professoras transexuais e travestis na educação brasileira**. 2013. 162 f. Tese (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- REISNER, S. L. et al. Transgender Health Disparities: Comparing Full Cohort and Nested Matched-Pair Study Designs in a Community Health Center. **LGBT Health**, v. 1, n. 3, p. 177–184, 2014.
- SALES, A. **Travestis brasileiras e escolas (da vida): cartografias do movimento social organizado aos gêneros nômades**. 2018. 303 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista, Assis, 2018.
- SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. **Transcidadania**, de 04 de abril de 2018(b). Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/lgbt/programas_e_projetos/index.php?p=150965>. Acesso em: 21 jun. 2018.
- SEFFNER, F. Um bocado de sexo, pouco giz, quase nada de apagador e muitas provas: cenas escolares envolvendo questões de gênero e sexualidade. **Revista Estudos Feministas**, v. 19, n. 2, p. 561-572, 2011.
- UENO, K. Sexual Orientation and Psychological Distress in Adolescence: Examination of Interpersonal Stressor and Social Support Processes. **Social Psychology Quarterly**, v. 68, n. 3, p. 258–277, 2005.
- UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Respostas do setor de educação ao bullying homofóbico**. Brasília: UNESCO, 2013.
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Bullying e Violência Escolar: Suas consequências e como combatê-las**. Brasil, 2023. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/blog/bullying-e-violencia-escolar#:~:text=Segundo%20um%20levantamento%20realizado%20pelo,no%20Brasil%20e%20no%20mundo>>. Acesso em: 11 out. 2024.
- YOSHINO, K. **Covering: the hidden assault on our civil rights**. New York, Random House, 2007.

Tabagismo e desigualdades sociais

Eliana Mariani
Rita Barradas Barata

O TABAGISMO COMO IMPORTANTE FATOR DE RISCO PARA AS DOENÇAS

O tabaco era inicialmente consumido sob a forma de rapé para inalação, charutos e cachimbos para fumar, e fumo para mascar. O consumo não era amplamente difundido, mas a partir de 1881, com a criação das máquinas de enrolar cigarros, a prática de fumar se ampliou para todas as classes sociais. O hábito começou entre as camadas socialmente mais favorecidas e, posteriormente, se difundiu para outras. A partir da década de 1920, o consumo de cigarros cresceu exponencialmente, e a distribuição do produto para soldados durante as duas guerras mundiais consolidou o seu uso (Nunes, 2006).

A identificação do tabagismo como fator de risco para a ocorrência de doenças originou-se de observações clínicas fundamentadas e evidências epidemiológicas, especialmente devido ao crescimento exponencial de casos de câncer de pulmão na primeira metade do século XX. Diversos estudos de caso-controle de base hospitalar foram realizados em países europeus e nos Estados Unidos durante a década de 1940 (Teixeira e Jaques, 2011).

Um estudo essencial realizado por Doll e Hill, com uma coorte de médicos britânicos em atividade em 1951, acompanhados por décadas, apresentou seus primeiros resultados em 1956. Este estudo demonstrou uma forte associação entre o tabagismo e o aumento da incidência de câncer de pulmão. Após a validação das conclusões pelos órgãos de saúde tanto na Inglaterra quanto nos Estados Unidos, com a publicação dos resultados de 10 anos de acompanhamento da coorte, muitos outros estudos foram realizados para comprovar a associação entre o consumo de tabaco e doenças cardiovasculares, respiratórias e diversos tipos de câncer (Doll e Hill, 1956).

Atualmente, o tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um grave problema de saúde pública e a principal causa global de morbimortalidade evitável. Estima-se que o tabagismo está associado a cerca de 50 doenças e que aumente o risco de múltiplos problemas de saúde, causando cerca de 8 milhões de óbitos anuais, seja pelo consumo direto de produtos do tabaco ou pela exposição à sua fumaça, denominada tabagismo passivo (Who, 2020).

O tabagismo é um comportamento complexo, influenciado por estímulos ambientais, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e pelos efeitos biológicos da nicotina, substância presente na folha de tabaco que, geralmente, causa dependência química e psicológica (Chatkin, 2004). O fumo passivo refere-se à exposição involuntária à fumaça ambiental do cigarro, que contém em média três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça inalada pelo próprio fumante (INCA, 2021).

Além das substâncias existentes na folha do tabaco e dos elementos químicos produzidos durante a sua combustão, a indústria do tabaco manipula a fabricação de cigarros e outros derivados, recorrendo ao uso de aditivos químicos, umidificantes e aromatizantes, cujos efeitos sobre a saúde, uma vez queimados e inalados, ainda não são completamente conhecidos (Nunes, 2006).

Além de seu potencial para causar dependência à nicotina, o tabagismo também pode desencadear sintomas depressivos, ansiedade, transtorno bipolar, de personalidade ou de déficit de atenção. Fumantes com dependência de nicotina têm maior probabilidade (2,7 a 8,1 vezes) de desenvolver tais sintomas em comparação a ex-fumantes e pessoas que nunca fumaram (Amorim, 2019).

A OMS estima que, globalmente, 50% dos fumantes ou fumantes passivos desenvolverão alguma doença relacionada ao tabaco ao longo da vida, e que o tabagismo está diretamente relacionado a 80% das mortes causadas pelas dez principais causas de óbito no mundo, como: doença cardíaca isquêmica (1ª), acidente vascular cerebral (2ª), doença pulmonar obstrutiva crônica (3ª), infecções do trato respiratório inferior (4ª), câncer de pulmão ou traqueia (5ª) e a diabetes *mellitus* (9ª). As principais causas de morte variam entre os países, segundo a classificação de renda nacional, adotada pela OMS e pelo Banco Mundial, evidenciando desigualdades sociais e determinantes envolvidos

no perfil epidemiológico. No entanto, em todos os grupos de renda, três ou mais causas associadas ao tabagismo estão entre as principais causas de mortalidade (WHO, 2021).

O impacto das mortes prematuras, da perda de qualidade de vida, do surgimento de incapacidades e dos elevados custos econômicos para a sociedade e para os sistemas de saúde atribuídos ao tabagismo chega globalmente a quase 2 trilhões de dólares por ano, o equivalente a cerca de 2% da produção econômica mundial (Drope e Schluger, 2018).

Estudo sobre a mortalidade atribuível ao tabagismo no Brasil em 2015 indica que o consumo do tabaco foi responsável por 157 mil mortes, representando 12,6% do total de óbitos no país, com maior impacto associado às doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica e diversos tipos de câncer (Pinto et al., 2019).

As doenças crônicas afetam indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, atingindo de forma mais intensa aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os de baixa escolaridade e renda, agravando ainda mais a pobreza entre os acometidos por incapacidades, limitações e redução da força produtiva (São José et al., 2017).

Desse modo, o tabagismo impacta negativamente o perfil epidemiológico, aumentando a incidência e a mortalidade precoce de diversas doenças e agravos à saúde, além de causar danos econômicos aos sistemas de saúde e às famílias, caracterizando-se como um importante problema de saúde pública em esfera global.

A POLÍTICA DE CONTROLE DE TABAGISMO NO PAÍS

O reconhecimento mundial sobre a séria ameaça do tabagismo à saúde pública e o crescimento do mercado dos produtos de tabaco impondo uma carga de problemas tanto para o indivíduo quanto para os sistemas econômicos e de saúde, fez com que em 1999, na 52ª Assembleia Mundial da Saúde, os estados membros propusessem a adoção de medidas conjuntas para o controle do tabagismo (WHO, 2015).

Essas medidas resultaram na Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo (CQCT), o primeiro tratado internacional de saúde pública, que entrou em vigor em novembro de 2005. O Brasil ratificou a Convenção Quadro em 2005 tornando o cumprimento de suas medidas e diretrizes uma obrigação legal do governo brasileiro. Desde então, as

medidas previstas no tratado formam o conjunto de obrigações a serem cumpridas pelo Estado brasileiro, e a Política Nacional de Controle do Tabaco passou a ser orientada por essas diretrizes (Mendes et al., 2017).

Com a Convenção Quadro, a política de controle do tabagismo ganhou uma base legítima para impulsionar medidas legislativas, embora já em 1989, o Ministério da Saúde tenha criado o Programa Nacional de Controle de Tabagismo com ações desenvolvidas através de parcerias intersetoriais, com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e com vários setores da sociedade civil.

Desde 1989, as estratégias implementadas no país para prevenção e redução do tabagismo incluem o aumento dos preços dos produtos de tabaco, a proibição da venda de cigarros a menores de 18 anos, a criação de leis para ambientes livres de fumo, a inserção de advertências sanitárias nos maços de cigarros, campanhas sobre os riscos do fumo passivo e a proibição de propagandas e patrocínios relacionados ao tabaco (Drope e Schluger, 2018).

Como consequência da implementação de Políticas de Controle do Tabaco, o período de 1989 a 2008 apresentou uma queda relevante de 46% no percentual de fumantes no Brasil, estimando-se que cerca de 420.000 mortes foram evitadas nesse intervalo (CONIQ, 2016).

Durante esse período, houve um declínio médio anual de aproximadamente 0,8%, conforme aponta Szklo (2012) ao comparar os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (1989) com a Pesquisa Especial de Tabagismo (2008). A redução, no entanto, não ocorreu de forma homogênea: homens apresentaram maiores declínios absolutos de prevalência do que mulheres, e indivíduos entre 15 e 34 anos tiveram declínios absolutos maiores do que aqueles a partir dos 45 anos. Além disso, indivíduos com nove ou mais anos de escolaridade mostraram reduções relativas maiores do que aqueles com até oito anos de educação (INCA). Os autores atribuem os resultados positivos, embora heterogêneos, ao efeito combinado de um conjunto abrangente de ações legislativas, de saúde, educacionais e econômicas implementadas no Brasil ao longo de 20 anos.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019) revelou uma nova redução da prevalência de tabagistas na população brasileira acima de 18 anos: 12,8% total, sendo 16,2% entre homens e 9,8% entre mulheres. A prevalência permanece maior entre grupos com menor escolaridade (17,6%) em comparação com aqueles de maior escolaridade (7,1%), as-

sim como entre a população de raça-cor negra (27,2%) em comparação com a de raça-cor branca (11,8%) (MS, 2019). Destaca-se, nesse período, a lei federal 12.546 de 2014, conhecida como “lei antifumo”, que criou ambientes livres da fumaça de tabaco, sendo considerada um dos maiores sucessos da política brasileira de controle do tabagismo.

Uma visão abrangente sobre a tendência temporal dos indicadores de tabagismo pode ser obtida a partir dos dados do Vigitel – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – entre 2006 e 2023. O documento Vigitel 2006 – 2023, dedicado ao tabagismo e ao consumo abusivo de álcool, aponta que a frequência de fumantes diminuiu no período, variando de 15,7% em 2006 para 9,3% em 2023 (redução média de $-0,40$ pp/ano). Essa diminuição foi observada em ambos os sexos, com maior redução entre homens, passando de 19,5%, em 2006 para 11,7% em 2023 ($-0,47$ pp/ano). No entanto, a análise do período mais recente, entre 2018 e 2023, indica estabilidade, sem variação significativa, com frequência semelhante (9,3%) no início e no final desse período. Situação semelhante de estabilidade foi observada em ambos os sexos (Vigitel Brasil, 2006-2023).

Quanto ao nível de escolaridade, a maior redução absoluta ocorreu entre indivíduos com 0 a 8 anos de estudo, variando de 19,3% em 2006 para 12,2% em 2023 ($-0,44$ pp/ano). Os grupos com maiores prevalências de tabagismo no início do período estudado foram os que apresentaram as maiores reduções em todas as faixas, conforme apresentado na Tabela 4.1. Entretanto, no período mais recente, os grupos de diferentes níveis de escolaridade confirmam a tendência de estagnação descrita para a população como um todo (Vigitel Brasil, 2006-2023).

Embora as prevalências estejam diminuindo ao longo do tempo, as desigualdades aumentam, pois a queda não ocorre de maneira uniforme em todos os grupos populacionais. A razão de prevalência entre homens e mulheres, que era de 1,57 vezes em 2006, passou para 1,63 vezes em 2023. O mesmo padrão pode ser observado nas faixas etárias, com ampliação do risco relativo entre adultos e idosos em relação aos adultos jovens. Nos grupos de escolaridade, as diferenças permaneceram, praticamente inalteradas, mostrando que, apesar da melhora geral, as desigualdades sociais se mantêm entre os grupos.

As políticas públicas para o controle do tabagismo no Brasil são consideradas um sucesso com reconhecimento global. Em 2019, a OMS convidou o país para sediar o lançamento da sétima edição do rela-

TABELA 4.1					
Prevalência de tabagismo na população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal por sexo, idade e escolaridade, 2006-2023					
Variáveis	2006	2010	2015	2020	2023
Sexo					
Masculino	19,5	16,8	12,8	11,7	11,7
Feminino	12,4	11,7	8,3	7,6	7,2
Faixa etária					
18-24	12,1	10,9	7,2	7,1	6,7
25-34	14,0	14,2	10,5	10,6	9,8
35-44	18,7	14,8	10,4	9,6	10,4
45-54	22,8	18,9	12,7	10,0	9,1
55-64	15,0	16,7	12,8	12,2	9,7
65 e mais	9,6	8,1	8,2	5,9	9,1
Escolaridade					
0 a 8 anos	19,3	18,1	14,4	12,4	12,2
9 a 11 anos	13,8	11,9	9,0	9,2	8,9
12 anos e mais	10,8	10,8	7,2	7,5	7,4
TOTAL	15,7	14,1	10,4	9,8	9,3

Fonte: Adaptada de Vigitel Brasil 2006-2023. Tabagismo e consumo abusivo de álcool. Ministério da Saúde, 2023.

tório *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*, reconhecendo os esforços do país na redução do tabagismo. No entanto, o êxito dessas políticas atinge de forma desproporcional os diferentes estratos da sociedade, indicando a necessidade de o país considerar intervenções específicas voltadas para grupos sociais com menor acesso à saúde, à informação e à educação.

Uma abordagem baseada na equidade para a formulação de políticas públicas para o controle do tabagismo pode contribuir para que o Brasil supere disparidades estruturais e alcance um equilíbrio no estado de saúde e bem-estar entre as diferentes classes sociais.

A HIPÓTESE DA EQUIDADE INVERSA

Qualquer intervenção em Saúde Coletiva para alcançar efetividade, ou seja, modificar a distribuição de eventos de interesse na população-alvo, depende fundamentalmente da eficácia das intervenções e da cobertura alcançada pela implementação do programa ou conjunto de ações (Rose, 1992).

Entretanto, há outro aspecto muito importante no desempenho das intervenções práticas em Saúde Coletiva, frequentemente menos considerado tanto na elaboração quanto na implementação de novas intervenções. Esse aspecto é a desigualdade social existente na distribuição de eventos de interesse em saúde, sejam casos, óbitos, condições de saúde ou exposições associadas ao risco. Considerando a existência das desigualdades sociais e seus impactos na saúde, bem como o processo de difusão das inovações na sociedade, Victora et al. (2000) formularam a hipótese da equidade inversa para analisar os impactos que as intervenções em Saúde Coletiva podem ter em diferentes populações.

Os autores partiram da observação de que os diferentes estratos sociais respondem de modo diferente às intervenções em Saúde Coletiva, mesmo que se trate de intervenções massivas. Evidentemente, em se tratando de intervenções de caráter individual, isto é, em que o impacto populacional depende de decisões individuais, podendo comprometer a cobertura populacional, as respostas podem ser ainda mais diversificadas.

Os autores perceberam que a introdução de novas intervenções produz impactos positivos no estado geral de saúde, mas podem inicialmente ampliar as desigualdades relativas entre os diferentes grupos sociais, uma vez que, as camadas mais bem situadas na estrutura social tendem a absorver as inovações mais prontamente do que aquelas situadas em piores condições.

Assim, o efeito das intervenções sobre a desigualdade social em saúde dependerá da efetividade das intervenções introduzidas (eficácia, implementação, aceitação, acesso etc.), da duração do acompanhamento das mudanças, da cobertura nos diversos grupos sociais, da prevalência do problema em cada grupo e das causas componentes em cada um deles. Além disso, também dependerá de o patamar mínimo de ocorrência para o problema considerado já ter sido atingido nas classes mais bem situadas na estrutura social.

Portanto, o impacto final das intervenções sobre as desigualdades sociais, será o resultado de um conjunto complexo de processos, precisando ser compreendido para que as intervenções funcionem não apenas na redução dos níveis de ocorrência do problema, mas também na redução das desigualdades sociais entre os diversos grupos populacionais.

Victora et al. (2005) demonstraram que as desigualdades sociais no acesso a ações de saúde estão inversamente relacionadas aos níveis de cobertura alcançados no país como um todo. Descreveram diferentes padrões de desigualdade social ao longo do tempo em países com diferentes níveis de cobertura. Em países com coberturas altas, acima de 75%, ocorria o que os autores denominaram de desigualdade na base, ou *bottom iniquity*: os quatro estratos com maior nível de riqueza tendiam a apresentar coberturas próximas à média nacional, enquanto o primeiro quintil, correspondente ao menor nível de riqueza, era deixado para trás. Já nos países com coberturas intermediárias, entre 50% e 74%, a desigualdade entre os grupos sociais apresentava padrão linear diretamente proporcional. Para os países com coberturas baixas, menor do que 50%, o padrão observado foi de desigualdade no topo ou *top iniquity*: os três quintis com piores níveis de riqueza apresentavam cobertura baixa, enquanto os dois grupos superiores se distanciavam deles, e apenas o quintil mais alto superava a cobertura nacional. A desigualdade só tende a desaparecer quando a cobertura é alta em toda a população e o estrato mais rico já atingiu o patamar mínimo de ocorrência do evento de interesse, permitindo que os ganhos em cobertura se traduzam em eliminação das diferenças entre ele e os demais grupos.

Qualquer intervenção é adotada inicialmente pelas classes mais ricas, levando ao aumento das desigualdades existentes antes da intervenção. Os padrões de distribuição da desigualdade podem ser explicados pelo intervalo de tempo entre a introdução da inovação e a avaliação dos resultados, e pela cobertura total. Na medida em que a cobertura vai aumentando para todos os grupos a tendência é observar redução na desigualdade, mas os mais pobres podem ser deixados para trás, pela maior dificuldade de acesso. Se as intervenções só são dirigidas às camas mais ricas é possível que elas possam se disseminar progressivamente aos demais grupos mantendo a desigualdade social ou mantendo os grupos mais pobres descobertos.

Os autores desenham três cenários possíveis para políticas voltadas à redução das desigualdades. No cenário correspondente a coberturas nacionais baixas e desigualdade no topo, mais frequente em países pobres, as medidas implementadas devem priorizar a ampliação do acesso para todos os grupos. No cenário de cobertura nacional alta e desigualdade na base, situação mais frequente nos países de renda média alta, políticas focadas nos grupos mais pobres passam a fazer

sentido, favorecendo uma discriminação positiva em benefício desses grupos. Finalmente, no cenário de introdução de novas intervenções em países com desigualdade linear, os programas poderiam ser iniciados pelos grupos mais pobres, expandindo-se progressivamente para os demais, com monitoramento frequente das coberturas por estratos socioeconômicos, de forma a evitar o agravamento das desigualdades (Victora, 2018).

Nas duas últimas décadas, diferentes estudos têm analisado uma ou mais ações promovidas pelos programas de controle do tabagismo em países desenvolvidos, dando prioridade aos aspectos de equidade.

Em 2003, o Banco Mundial analisou o custo-efetividade de diversas medidas voltadas para a redução do tabagismo em âmbito populacional, concluindo que seis dessas ações são custo-efetivas para reduzir a proporção de fumantes: aumentos no preço dos cigarros, leis que proíbem fumar em locais de trabalho e locais públicos, proibição da propaganda dos produtos de tabaco em meios de comunicação, informação de melhor qualidade para os consumidores (campanhas de mídia), rótulos de advertências nos pacotes de produtos do tabaco e ajuda para fumantes que desejam parar de fumar (World Bank, 2003). É importante compreender que todas essas medidas contribuem, em maior ou menor grau, para reduzir as taxas de fumantes; no entanto, nem todas elas agem na redução das desigualdades sociais.

Antes da década de 1960, quando não havia políticas de redução do consumo de tabaco nos países da Europa Ocidental, não eram observadas desigualdades significativas no consumo entre classes sociais. Porém, a partir da década de 1960, com a queda progressiva nas taxas de fumantes nessas populações, inicialmente entre as camadas mais ricas, surgiram desigualdades crescentes conforme o nível socioeconômico, com a prevalência de fumantes concentrando-se nos estratos mais pobres, embora em proporção menor do que era observada na década de 1950 em todos os grupos (Giskes, 2007).

Ao longo das últimas décadas do século XX e início do XXI, muitos países adotaram políticas de controle do tabagismo com diferentes graus de sucesso. Estudos passaram a analisar não apenas as tendências de queda no consumo na população em geral, mas também a possibilidade de redução das desigualdades entre grupos sociais.

A restrição de venda aos menores, por exemplo, é efetiva em retardar o início do consumo, mas não afeta a prevalência entre adultos e carece de estudos sobre seu impacto na desigualdade (Giskes, 2007; Thomas, 2008; Main, 2008).

A educação escolar ou por meio de campanhas é efetiva em aumentar a preocupação com os riscos e modificar crenças e atitudes em relação ao fumo entre crianças e adolescentes, mas não parece capaz de modificar o consumo entre os adultos mais pobres (Giskes, 2007).

O banimento da propaganda nas mídias afeta a iniciação e o consumo em adultos e tem potencial para impactar grupos mais pobres, que são mais expostos ao rádio e à televisão. Contudo, os poucos estudos disponíveis indicam pouco ou nenhum impacto nesses grupos. Seria necessário testar formas diferenciadas de elaboração de conteúdo para verificar se mensagens mais ajustadas à audiência-alvo poderiam ser mais efetivas (Giskes, 2007; Hill, 2014).

A proibição do fumo em ambientes de trabalho reduz a exposição ao fumo passivo e exerce pressão social sobre o comportamento dos fumantes, com potencial para reduzir a prevalência. No entanto, parece ser mais efetiva entre os trabalhadores com maior escolaridade e renda, o que pode aumentar a desigualdade (Giskes, 2007; Main, 2008). Os autores ressaltam a importância da ampla implementação e aplicação de sanções para a eficácia da medida. Há dúvidas quanto ao cumprimento rigoroso da legislação em áreas de maior desvantagem social, onde a maioria da população é fumante e menos inclinada a observar as restrições legais. Ainda assim, as leis de ambientes livres de fumo tendem a reduzir as diferenças entre grupos sociais (Hill, 2014).

Para as advertências nos rótulos dos produtos e a proibição de propaganda em meios de comunicação, não há evidências sólidas de impacto na redução das desigualdades (Thomas, 2008).

O aumento no preço dos produtos de tabaco é a medida mais eficaz para reduzir a prevalência e a desigualdade, pois afeta significativamente os mais pobres, contribuindo para a redução das desigualdades (Giskes, 2007, Thomas, 2008, Main, 2008). Embora o aumento de preços reduza as desigualdades sociais, alguns autores questionam a manutenção desse efeito ao longo do tempo, devido à tendência de adaptação aos aumentos ou à substituição por cigarros artesanais (Hill, 2014).

O suporte público para cessação do tabagismo, com terapias medicamentosas e apoio psicológico financiados por programas públicos, facilita a adesão de grupos mais pobres (Giskes, 2007). No entanto, esses programas apresentam baixa adesão e pequeno impacto exatamente nos grupos de menor nível socioeconômico, seja em programas de aconselhamento telefônico ou via internet, intervenções breves nos contatos com os serviços ou profissionais de saúde, programas de terapia comportamental ou programas combinando terapia farmacológica e comportamental (Hill, 2014).

As desigualdades no consumo do tabaco têm persistido ou se ampliado, mesmo com a redução da prevalência de fumantes nas populações europeias. Muitos pesquisadores da Saúde Coletiva buscam entender por que ações eficientes não alteram as desigualdades, mantendo os grupos de menor nível socioeconômico distantes dos benefícios alcançados com a redução da prevalência do tabagismo (desigualdade na base) (Schaap, 2008).

Há grande variabilidade entre países europeus nos esforços de controle do tabagismo e nas taxas de cessação. As taxas de cessação são maiores nos países da Europa do Norte e Ocidental e menores nos países do Sul e do Leste. Pessoas com maior nível de escolaridade têm mais probabilidade de cessação do que aquelas com menor escolaridade em todos os países, mas as diferenças são maiores entre adultos jovens, sugerindo um percurso diferenciado das diferentes coortes de geração para cada grupo socioeconômico.

As taxas de cessação estão positivamente associadas aos esforços de controle do tabagismo em cada país, tanto para grupos com maior quanto com menor escolaridade, mas a associação é mais forte entre os mais escolarizados. As associações mais fortes foram observadas, segundo idade e sexo, para o aumento de preços, enquanto o banimento da propaganda em mídias apresentou associações mais fortes entre os mais escolarizados.

A análise de tendências de consumo também aponta diferenças entre grupos sociais, com uma redução mais lenta entre aqueles em maior desvantagem, o que aumenta as desigualdades ao longo dos anos (Tabela 4.2) (Hiscok, 2012).

Os dados sugerem que a redução da prevalência de tabagismo ocorreu principalmente pelo aumento da proporção de pessoas que nunca fumaram, tanto entre os grupos com acúmulo de desvantagens

TABELA 4.2				
Prevalência de fumantes, ex-fumantes e pessoas que nunca fumaram segundo as desvantagens socioeconômicas (4 a 7 desvantagens) e situação de afluência ou menor desvantagem (0 a 3 desvantagens), adultos ingleses, 2001 a 2008				
Tabagismo	Desvantagem social acentuada		Afluência e desvantagem menor	
	2001-2003	2006-2008	2001-2003	2006-2008
Fumantes	42,6%	42,4%	22,8%	19,4%
Ex-fumantes	20,0%	17,3%	25,9%	25,4%
Não fumantes	37,4%	40,3%	51,3%	55,2%

Fonte: Adaptada de Hiscok, R, Bauld L, Amos A, Platt S. Smoking and socioeconomic status in England: the rise of the never smoker and the disadvantaged smokers. *Journal of Public Health*; 2012; 34(3):390-396. doi: 10.1093/pubmed/fds012.

sociais quanto nos grupos com poucas ou nenhuma desvantagem social, e também pela cessação do consumo de tabaco entre fumantes dos grupos mais afluentes ou com menores desvantagens. Esse efeito, no entanto, não se observou entre aqueles com maiores desvantagens sociais, o que explica o aumento das desigualdades simultaneamente à redução da prevalência na população geral. A proporção de pessoas que nunca fumaram é mais acentuada entre os jovens de ambos os grupos, sugerindo que as medidas de controle têm impacto mais evidente na prevenção do início do consumo do que na cessação entre os grupos em maior desvantagem social.

As pesquisas empíricas e as revisões sistemáticas realizadas para avaliar os efeitos dos programas de controle do tabagismo confirmam a hipótese da equidade inversa, mas também revelam a dificuldade de alcançar maior equidade entre grupos sociais, especialmente quando as intervenções adotadas dependem diretamente dos comportamentos dos indivíduos, das atitudes da sociedade e das ações das autoridades de saúde.

Embora a redução do tabagismo nas populações em geral traga benefícios inegáveis para a saúde, com diminuição da morbimortalidade associada ao consumo de tabaco, nem todos os grupos sociais são igualmente beneficiados. Alcançar aqueles em maior desvantagem social é mais difícil, reforçando a compreensão de que o consumo de tabaco, além de estar associado à dependência química, consumidores que dificulta o abandono do hábito, é amplamente determinado pelas condições concretas de vida dos grupos em pior situação na estrutura social. Portanto, vai muito além de uma simples questão de estilo de vida ou de escolhas individuais.

ESTILO DE VIDA NA TEORIA DA PRÁTICA SOCIAL DE PIERRE BOURDIEU

Os comportamentos associados à saúde, tanto benéficos quanto nocivos, geralmente são relacionados ao chamado estilo de vida. Esse conceito pode ser compreendido por meio de duas vertentes principais, que o definem como um conjunto de comportamentos e hábitos distintos entre indivíduos e grupos sociais em uma mesma sociedade, que se modificam ao longo do tempo.

As abordagens economicistas e psicológicas tendem a atribuir tais comportamentos às decisões individuais, centradas no livre exercício da vontade e na autonomia e do agenciamento de cada indivíduo sobre sua própria vida (Glendinning, 1995). No contexto das práticas de saúde, essa concepção do estilo de vida como resultado de escolhas e preferências individuais leva a uma abordagem de promoção da saúde e prevenção primária que responsabiliza os sujeitos por suas escolhas, desconsiderando as circunstâncias e os contextos em que essas escolhas são feitas.

Por outro lado, as abordagens sociológicas buscam relacionar os comportamentos em saúde à posição social dos indivíduos, entendendo-os como produtos dos determinantes estruturais. A posição de cada pessoa na estrutura social, definida por hierarquias de posse e poder, aciona mecanismos intermediários de distribuição de recursos materiais e imateriais, capacidades, experiências e escolhas, os quais se traduzem em comportamentos característicos de cada fração de classe (Oversveen, 2023).

Thompson (1978) descreve a determinação estrutural como um conjunto de limites e pressões que, coletivamente, moldam as ações humanas. Os atores experimentam e refletem sobre diferentes situações, adotando certos comportamentos práticos a partir de um leque de possíveis ações, articulando assim a capacidade de ação (agenciamento) com o contexto social em que se encontram. Giddens reforça o caráter dinâmico desses determinantes estruturais, insistindo que as atividades humanas na vida cotidiana, fazem e refazem as regras de funcionamento social. A sociedade é continuamente expressa, produzida e modificada pelas práticas sociais (Oversveen, 2023).

Buscando articular as práticas sociais e os comportamentos dos indivíduos, Oversveen (2023), fundamentado nas contribuições de Thompson, Giddens e Sewell, propõe definir os determinantes estru-

turais como um conjunto de processos que estabelecem as condições objetivas e subjetivas em que as práticas sociais ocorrem. Esses processos envolvem a distribuição desigual de recursos materiais e humanos, que capacitam os atores coletivos e individuais a agirem, os ambientes sociais criados pelas instituições e formas de organização, e as disposições subjetivas (conhecimentos, estados psicológicos, esquemas cognitivos, ideologias políticas) que, consciente ou inconscientemente, influenciam os comportamentos.

Para Bourdieu, as práticas sociais não são totalmente conscientes; ao constituírem a vida cotidiana, não se organizam em torno de reflexões abstratas, mas se orientam pela experiência e pelo senso comum. Ele descreve como “estratégia” o jogo entre a liberdade dos agentes e os constrangimentos da organização social, que caracteriza as interações sociais. Os comportamentos de saúde fazem parte dessa rotina cotidiana, sendo guiados pela lógica prática (Williams, 1995).

Bourdieu utiliza o conceito de *habitus* para superar a falsa dualidade entre escolhas individuais, vistas como expressão das vontades e desejos, e a supradeterminação das hierarquias sociais, que dariam pouca margem de manobra aos agentes. O *habitus* é um sistema adquirido de disposições generativas, ajustadas às condições objetivas de vida, que embasa as práticas individuais e coletivas. Esses esquemas generativos, desenvolvidos ao longo do processo de sociabilidade, na família, nos grupos sociais, nas instituições e organizações, são incorporados e enraizados nos indivíduos, expressando-se nas práticas concretas e caracterizando um certo “modo de ser” (Williams, 1995).

O estilo de vida, então, é um produto do *habitus* e se expressa por meio do gosto, sendo uma chave classificatória de distinção entre classes e frações de classe em uma sociedade constituída pelo sistema de posições sociais, determinadas pelo volume e pela composição dos diferentes capitais, e pelo sistema de poder, definido pelas relações de dominação, subordinação ou homologia (Bourdieu, 2011).

Na compreensão de Bourdieu sobre a vida cotidiana e as práticas sociais, o gosto é o processo pelo qual os indivíduos realizam suas escolhas e preferências entre aquelas disponíveis em seu entorno objetivo, de acordo com as oportunidades definidas pelas posições de classe. O estilo de vida é composto normalmente por comportamentos contraditórios no que respeita à saúde, podendo incluir tanto aspectos

promotores de saúde e bem-estar quanto comportamentos nocivos. Essas influências competem entre si, revelando valores e contravalores presentes nos processos de reprodução social, demonstrando que nem todas as trajetórias em uma mesma classe promovem a saúde ou reduzem exposições a risco (Christensen, 2014).

A teoria da prática de Bourdieu situa as práticas sociais na relação entre os campos, a distribuição dos capitais e o *habitus*. As mudanças comportamentais requerem rupturas nas relações entre os agentes, nas conexões com o campo em que as práticas concretas ocorrem e na reconfiguração dos capitais que sustentam os campos e seus valores. Trata-se, portanto, de um processo complexo e multifatorial que envolve diferentes dimensões da vida social. Os campos sociais são arenas de produção, circulação e apropriação de bens, serviços, conhecimentos, *status* e posições competitivas entre os atores. O *habitus* de classe acompanha os sujeitos em todos os campos nos quais eles participam em sua vida social (Burnett, 2017).

Essa abordagem sociológica do estilo de vida amplia a compreensão dos comportamentos de saúde e a possibilidade de provocar mudanças nesses comportamentos para além da esfera das escolhas individuais, inserindo as preferências no contexto social dos grupos aos quais os sujeitos pertencem. Torna-se mais evidente, assim, os motivos para as desigualdades sociais observadas entre as classes e frações de classe, podendo assim orientar práticas de saúde mais conscientes e comprometidas com a superação das desigualdades, indo além da mera modificação de atitudes voluntárias dos sujeitos.

Alguns autores têm utilizado as concepções de Bourdieu para analisar as desigualdades sociais observadas entre os fumantes. O uso do tabaco em países desenvolvidos, assim como em países de renda média alta, segue um gradiente inversamente proporcional aos estratos socioeconômicos definidos por renda, escolaridade ou ocupação como medidas indiretas das posições de classe dos sujeitos. O declínio nas taxas de fumantes foi inicialmente observado entre pessoas com *status* socioeconômico mais elevado, que passaram a se preocupar com saúde e bem-estar, considerando o tabagismo nocivo à saúde e contrário a hábitos saudáveis. Parar de fumar ou nunca ter fumado passou a ser visto como um sinal de distinção em relação às classes trabalhadoras (Thirlway, 2018).

A crescente estigmatização dos fumantes, corporificada nas leis de ambientes livres de tabaco, na proibição de propaganda nas mídias, na proibição do financiamento pela indústria do tabaco de eventos culturais e esportivos, no banimento do tabagismo em locais de trabalho, escolas e repartições públicas do governo, proibição do tabagismo em viagens aéreas, entre outros, exerce pressão sobre os fumantes. Esse comportamento passou a ser visto como indesejável pela maioria dos não fumantes, o que facilita as iniciativas para reduzir a iniciação ao hábito e promover a cessação (Thirlway, 2018).

É importante observar que o tabagismo é espacializado socialmente, predominando em comunidades em que culturalmente o comportamento ainda é mais aceito, tornando assim mais difícil que as ações de controle atinjam igualmente todas as frações de classe. O tabagismo, antes visto como símbolo de *status* social e comportamento associado ao prazer, sem grandes riscos para o indivíduo e a comunidade, passou a ser encarado, a partir dos anos 1960, como um importante risco para a saúde do próprio fumante. Desse modo, a sociedade em geral passou a entender o tabagismo como uma escolha individual, embora com riscos para aqueles que mantinham o hábito como parte do seu estilo de vida. Nas últimas décadas, o tabagismo foi ressignificado, e o programa de controle passou a ser direcionado para o direito dos não fumantes e das crianças. A comprovação científica dos efeitos nocivos do fumo passivo mudou a compreensão do problema da sociedade e permitiu a adoção de legislações e regras que limitam a liberdade individual em prol do direito coletivo de não ser exposto à fumaça do tabaco.

Nas últimas décadas, com a redução da taxa geral de fumantes em várias populações, as desigualdades entre grupos sociais aumentaram, e o tabagismo passou a concentrar-se quase exclusivamente nas camadas mais pobres, de menor renda e escolaridade. As desigualdades já são notadas entre adolescentes, havendo maior risco de fumar entre filhos de pais com menor escolaridade e pior inserção no mercado de trabalho (Alves, 2023).

Em estudos longitudinais, foi observado que as desigualdades são acumuladas ao longo da vida, sendo o risco maior de experimentação entre 13 e 17 anos nos grupos com pior inserção social e o risco de tornar-se um fumante diário entre 17 e 21 anos, tanto para homens quanto para mulheres.

Na Dinamarca, em 2022, a prevalência de fumantes foi de 22% para indivíduos com ensino fundamental e 8% para aqueles com educação superior ou pós-graduação. Após a implementação das leis de controle do tabagismo, ainda que as restrições não tenham sido tão amplas quanto em outros países europeus, houve uma redução significativa na incidência de doenças associadas ao tabagismo. No entanto, o gradiente socioeconômico segundo o nível de escolaridade permaneceu constante, desfavorecendo aqueles com menor escolaridade (Jarls-trup, 2023). Esses dados confirmam a distribuição desigual do tabagismo na população e sugerem o impacto das medidas de controle sobre os estratos sociais em ritmos diferentes, alinhando-se à hipótese da equidade inversa.

TABAGISMO E DESIGUALDADES SOCIAIS NA CIDADE DE SÃO PAULO

A cidade de São Paulo é considerada o centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul, além de concentrar a maior atividade industrial da região. Em 2022, sua população censitária era de 11.451.999 habitantes, sendo a cidade mais populosa do Brasil e do continente americano, com uma das maiores concentrações de habitantes por km² no país (FSEADE, 2024).

Para ressaltar a complexidade urbana da cidade, o sociólogo Américo Sampaio a descreve como sendo a cidade constituída por muitas cidades, distinta e com características próprias. Todas essas cidades se misturam e interagem no interior da metrópole, configurando a dinâmica que molda o movimento histórico da capital paulista (Sampaio, 2018).

Em uma cidade, com dimensões sociais e econômicas como São Paulo, é fundamental compreender a situação de saúde da população, sua exposição a fatores de risco, seu comportamento, o uso de serviços de saúde, além das desigualdades, para formular e avaliar políticas públicas.

Os inquéritos de saúde realizados em 2008 e 2015 com moradores de 12 anos ou mais na cidade de São Paulo permitem identificar as desigualdades sociais na prevalência do tabagismo nesses períodos. Esse período coincide com a intensificação das ações de controle do tabagismo no estado, incluindo a expansão da rede assistencial de referência para os programas de cessação, o treinamento e a capacitação das equipes, além da aprovação, em 2009, da Lei dos Ambientes Livres

da Fumaça do Tabaco. A prevalência do tabagismo e a proporção de ex-fumantes e de pessoas que nunca fumaram nesses dois anos indicam uma redução do tabagismo nesse período (Tabela 4.3).

Os dados mostram um aumento significativo na proporção de pessoas que nunca fumaram na população de 12 anos ou mais, indicando redução na iniciação ao hábito de fumar. Consequentemente, a prevalência do tabagismo diminuiu significativamente no período analisado, com uma redução de 3,2 pontos percentuais. No entanto, o número de ex-fumantes também diminuiu, sugerindo que a cessação do hábito foi menos impactada pela política de controle, apesar da ampliação da oferta de serviços de tratamento para aqueles que tentavam abandonar o tabagismo. Logo, a redução da prevalência foi alavancada mais pela diminuição no número de indivíduos que começaram a fumar do que pelo aumento daqueles que deixaram de fumar.

Os subgrupos com maior prevalência de tabagismo nos anos analisados foram formados por indivíduos sem escolaridade ou com apenas o ensino fundamental, do sexo masculino, de cor branca (em 2008), com renda inferior a um salário-mínimo ou entre um e dois salários-mínimos, empregadores ou autônomos sem negócio próprio, desempregados ou trabalhadores assalariados, com ocupações no comércio e vendas, agricultura e pesca ou em reparo e manutenção, atuando nos setores agrário ou de serviços.

Os subgrupos que apresentaram reduções significativas na prevalência entre 2008 e 2015 foram os indivíduos com ensino fundamental ou médio, do sexo feminino, com renda inferior a um salário-mínimo ou entre um e dois salários-mínimos, autônomos com negócio próprio, trabalhadores assalariados, com ocupação no comércio e vendas ou atuando no setor industrial (Tabela 4.4).

TABELA 4.3
Proporção de não fumantes, ex-fumantes e fumantes atuais em indivíduos com 12 anos e mais residentes na cidade de São Paulo, em 2008 e 2015

Tabagismo	2008	2015
Nunca fumou	64,4 (62,1-66,6)	70,4 (68,6-72,2)
Ex-fumante	16,3 (14,7-18,1)	13,4 (12,3-14,7)
Fumante	19,3 (17,5-21,1)	16,1 (14,8-17,6)

Fonte: ISA-Capital, 2008 e 2015.

TABELA 4.4
Prevalência de tabagismo em indivíduos com 12 anos e mais, segundo variáveis sociodemográficas, município de São Paulo, 2008 e 2015

Variáveis	2008		2015	
	Prevalência %	IC 95%	Prevalência %	IC 95%
Escolaridade				
Nenhuma	22,38	14,59-32,75	17,29	10,40-27,35
Fundamental*	21,18	18,57-24,04	17,67	15,65-19,88
Médio*	18,92	15,96-22,28	14,90	12,95-17,09
Superior	16,29	12,27-21,32	16,00	12,93-19,64
Sexo				
Feminino*	17,80	15,53-20,29	13,93	12,30-15,73
Masculino	20,96	18,16 – 24,07	18,67	16,58-20,96
Raça/cor				
Branca*	20,66	18,05-23,23	16,00	14,06-18,16
Negra	16,87	14,15-20,00	17,01	15,17-19,02
Renda familiar				
< salário-mínimo (sm)*	22,85	16,70-30,43	17,16	14,30-20,46
De 1 a 2 sm*	20,69	18,04-23,61	15,80	13,98-17,79
3 a 4 sm	19,27	14,81-24,67	16,10	12,87-19,95
5 a 9 sm	17,89	12,17-25,52	19,72	14,94-25,56
10 sm e mais	15,08	8,60-25,11	16,78	9,88-27,06
Posição na ocupação				
Empregador	32,54	11,26-40,23	29,40	7,38-68,52
Autônomo com negócio*	20,56	15,09-27,38	13,25	9,70-17,83
Assalariado*	18,77	16,62-21,13	16,28	14,65-18,04
Autônomo sem negócio	23,91	18,97-29,66	20,20	16,57-24,39
Situação de trabalho				
Desempregado	28,84	20,25-38,58	21,27	16,30-27,26
Atividade remunerada*	23,43	20,85-26,22	19,16	17,26-21,22
Aposentado/pensionista	11,72	8,56-15,85	11,26	8,88-14,18
Dona de casa/estudante	9,25	6,85-12,38	8,26	6,36-10,67

(Continua)

TABELA 4.4
Prevalência de tabagismo em indivíduos com 12 anos e mais, segundo variáveis sociodemográficas, município de São Paulo, 2008 e 2015 (Cont.)

Variáveis	2008		2015	
	Prevalência %	IC 95%	Prevalência %	IC 95%
Grupo ocupacional				
Dirigentes e gerentes	19,00	12,43-27,89	17,49	10,84-26,97
Prof. ciência e arte	13,11	8,14-20,42	14,27	10,25-19,53
Técnicos nível médio	15,31	10,44-21,90	16,08	10,96-22,97
Serviços administrativos	18,61	14,10-24,15	15,16	10,91-20,69
Comércio e vendas*	25,31	21,70-29,30	21,39	18,71-24,35
Agropecuária, pesca...	20,34	6,57-48,07	24,30	6,78-58,61
Prod. industrial	19,32	15,76-23,45	19,64	16,48-23,24
Reparação/manutenção	22,42	13,47-34,90	22,00	12,75-35,25
Forças de segurança	–	–	40,06	6,60-86,34
Sector de atividade				
Agrário	35,48	17,63-62,01	–	–
Serviços	22,16	17,84-27,19	22,84	18,98-27,22
Comércio	19,42	16,98-22,11	18,84	16,72-21,14
Indústria*	18,51	14,74-22,98	12,44	9,41-16,28

Fonte: ISA Capital 2008 e 2015.

*Diferenças significantes entre 2008 e 2015.

Para avaliar as desigualdades sociais em termos relativos, é importante considerar as razões de prevalência, em vez das prevalências absolutas em cada categoria. Ao eleger uma categoria ou classe de referência para cada variável, torna-se possível analisar como a desigualdade se comportou durante o período. Valores maiores que um indicam uma maior desigualdade em relação à classe de referência, com desvantagem para o grupo analisado; enquanto valores menores que um indicam vantagem para o grupo em comparação com a classe de referência (Tabela 4.5).

Ao analisar as razões de prevalência segundo escolaridade, observamos uma redução na desigualdade, que era nítida em 2008 e praticamente desaparece em 2015. A política de aumento dos preços dos produtos derivados do tabaco provavelmente é responsável por essa redução, uma vez que pessoas com menor escolaridade tendem a ter menores remunerações no trabalho e são mais

suscetíveis ao impacto negativo do aumento dos preços. Nota-se que a prevalência permaneceu inalterada nos grupos com maior escolaridade e ensino médio, enquanto diminuiu nos grupos com menor escolaridade.

TABELA 4.5 Razão de prevalência de tabagismo em indivíduos com 12 anos e mais, segundo variáveis sociodemográficas, município de São Paulo, 2008 e 2015		
Variáveis	2008	2015
Escolaridade		
Nenhuma	1,37	1,08
Fundamental	1,30	1,10
Médio	1,16	0,93
Superior	1,00	1,00
Sexo		
Feminino	0,85	0,75
Masculino	1,00	1,00
Raça/cor		
Branca	1,22	0,94
Negra	1,00	1,00
Renda familiar		
< 1 salário-mínimo	1,52	1,02
1 a 2 salários-mínimos	1,37	0,94
3 a 4 salários-mínimos	1,28	0,96
5 a 9 salários-mínimos	1,19	1,18
10 salários-mínimos e mais	1,00	1,00
Posição na ocupação		
Empregador	1,73	1,81
Autônomo sem negócio	1,27	1,24
Autônomo com negócio	1,10	0,81
Assalariado	1,00	1,00
Situação de trabalho		
Desempregado	3,12	2,58
Atividade remunerada	2,53	2,32
Aposentado/pensionista	1,27	1,36
Dona de casa/estudante	1,00	1,00

(Continua)

TABELA 4.5
Razão de prevalência de tabagismo em indivíduos com 12 anos e mais, segundo
variáveis sociodemográficas, município de São Paulo, 2008 e 2015 (Cont.)

Variáveis	2008	2015
Grupo ocupacional		
Forças de segurança	...	2,81
Comércio e vendas	1,93	1,50
Reparação/manutenção	1,71	1,54
Agropecuária, pesca...	1,55	1,70
Prod. industrial	1,47	1,38
Serviços administrativos	1,42	1,06
Dirigentes e gerentes	1,45	1,23
Técnicos nível médio	1,17	1,13
Prof. ciência e arte	1,00	1,00
Sector de atividade		
Agrário	1,92	...
Serviços	1,20	1,84
Comércio	1,05	1,51
Indústria	1,00	1,00

Fonte: ISA-Capital, 2008-2015.

Em relação ao sexo, a diferença entre homens e mulheres aumentou ao longo do período, com maior redução da prevalência entre as mulheres. Quanto à raça/cor, houve uma inversão do risco para os brancos, pois a prevalência diminuiu nesse grupo, enquanto permaneceu inalterada entre os negros.

Em relação à renda familiar, a desigualdade nítida que existia em 2008 praticamente desapareceu em 2015, acompanhando o comportamento observado para os grupos de escolaridade. A prevalência permaneceu inalterada nos dois grupos com renda mais alta e caiu mais acentuadamente entre os grupos com menor renda, aproximando-se do valor de referência. Esses dados provavelmente refletem o impacto do aumento dos preços dos produtos do tabaco, que não afeta significativamente os grupos mais ricos, mas tem forte impacto entre os mais pobres.

Por outro lado, ao considerar a posição dos indivíduos na ocupação, que é um proxy para as posições de classe na estrutura social, observa-se que a situação permaneceu praticamente inalterada. Apesar das pequenas quedas na prevalência, não houve mudança relativa nas po-

sições, sugerindo que as desigualdades iniciais persistiram. Isso reflete a força do *habitus*, ou seja, das disposições adquiridas pelos indivíduos durante o processo de socialização, que resistem a mudanças. O mesmo comportamento pode ser observado quanto à situação no mercado de trabalho, que também funciona como proxy para as posições sociais.

Os grupos ocupacionais tendem a manter as desigualdades observadas em 2008, ainda que as razões de prevalência reflitam as pequenas reduções na prevalência ocorridas no período. Os profissionais de nível superior constituem o grupo com menor prevalência de tabagismo em ambos os períodos, seguidos pelos técnicos de nível médio. Todas as outras ocupações, incluindo dirigentes e gestores nos diferentes setores, apresentam riscos maiores.

Finalmente, as razões de prevalência por setor de atividade indicam um aumento do risco para os indivíduos que atuam nos setores de serviços e comércio em comparação aos indivíduos com inserção no setor industrial. A redução mais expressiva do tabagismo entre os trabalhadores do setor industrial pode refletir as restrições ao fumo no local de trabalho, que foram implementadas há mais tempo nesse setor, com maior supervisão e rigor na aplicação das proibições.

Os dados referentes à cidade de São Paulo confirmam vários dos aspectos discutidos anteriormente. Há desigualdades no hábito de fumar entre diferentes subgrupos da população, não apenas em relação a atributos individuais como sexo, idade e raça/cor, mas também conforme características socioeconômicas, como escolaridade e renda, e características relacionadas à posição social dos indivíduos, como ocupação, situação no mercado de trabalho, grupo ocupacional e setor de atividade. As desigualdades na distribuição populacional do tabagismo reforçam a concepção sociológica de que os comportamentos relacionados à saúde são determinados socialmente. Se fossem apenas fruto de escolhas e decisões individuais, a distribuição seria aleatória e não apresentaria padrões coerentes com a estratificação dos indivíduos em grupos socioeconômicos.

Outro aspecto demonstrado pelos dados do município de São Paulo é a hipótese da equidade inversa, que analisa os impactos das intervenções de saúde pública sobre as populações. A maioria das ações do programa de controle do tabagismo é baseada em regulamentações respaldadas por leis, que permitem ao poder executivo estabelecer limitações e proibições dos interesses individuais e corporativos em prol

da saúde coletiva. Essas intervenções têm caráter massivo, abrangendo a população como um todo, sem distinção ou foco específico em grupos de risco. No entanto, os resultados dessas intervenções podem ampliar ou manter inalteradas as desigualdades na distribuição do tabagismo, dependendo de como os diferentes grupos populacionais são atingidos de maneira diferenciada pelas intervenções.

O aumento dos preços dos produtos do tabaco é reconhecido mundialmente como a intervenção de maior impacto tanto na redução da prevalência do tabagismo e quanto na possibilidade de reduzir as desigualdades entre os estratos socioeconômicos definidos pela renda e escolaridade. Ainda que o preço não seja diferenciado para esses estratos, ele atinge com maior impacto os indivíduos mais pobres, que se veem compelidos a reduzir seu consumo ou a substituir os produtos industrializados por produtos artesanais.

Por outro lado, a lei que estabelece ambientes livres da fumaça do tabaco, quando implementada de modo abrangente, tende a proteger os não fumantes do fumo passivo, atuando em todas as camadas sociais. Neste caso, o efeito pode ser a redução do tabagismo, seja pela redução no consumo, seja pela pressão social negativa, que pode levar menos indivíduos a iniciarem o hábito.

Assim como observado em outros países, a redução do tabagismo ocorre mais frequentemente pela diminuição do número de pessoas que começam a fumar, graças ao impacto das diversas ações dos programas de controle, do que pelo êxito no tratamento para a cessação. Em todas as populações, a cessação é mais difícil de ser alcançada, principalmente entre aqueles indivíduos com maior consumo de tabaco, nos quais a dependência química já se instalou.

Entre 2008 e 2015, houve aumento relativo do número de fumantes que fumavam até 10 cigarros/dia e redução dos que fumavam entre 11 e 20 cigarros/dia. Aqueles que fumavam mais de um maço por dia passaram de 11,8% para 9,9%, indicando que a redução na prevalência geral foi acompanhada pela redução na quantidade de cigarros consumidos entre os que continuavam a fumar.

Em São Paulo, entre 2008 e 2015, além da redução da prevalência do tabagismo e da intensidade do consumo, houve mudanças na prevalência da dependência química, com redistribuição de parte dos indivíduos com dependência moderada em 2008 (51,8%) para o estrato de dependência baixa em 2015 (60,2%). Contudo, houve aumento

na prevalência de indivíduos com dependência elevada ou muito elevada, passando de 10,3% em 2008 para 21,7% em 2015. Esses dados sugerem que o processo de mudança de comportamento é complexo, apresentando resultados positivos em determinados subgrupos populacionais e resultados negativos em outros. Vários dados sugerem que subgrupos em maior desvantagem socioeconômica tendem a concentrar tanto a maior prevalência de tabagismo quanto a maior proporção de indivíduos com maior consumo diário e dependência elevada ou muito elevada dos produtos do tabaco.

Portanto, é fundamental analisar os determinantes sociais dos comportamentos associados à saúde para a formulação de políticas de controle e reconhecer as desigualdades sociais existentes. O acompanhamento dos resultados das intervenções também requer um olhar atento aos processos de ampliação, manutenção ou redução das desigualdades sociais, garantindo que, à medida que as metas gerais sejam alcançadas, nenhum subgrupo populacional seja deixado para trás ou acumule desvantagens às já impostas pelas condições precárias de vida, que afetam sua saúde e bem-estar.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J.; PERELMAN, J.; RAMOS, E.; KUNST A. E. The emergence of socioeconomic inequalities in smoking during adolescence and early adulthood. **BMC Public Health**, v. 23, p. 1382, 2023. DOI 10.1186/s12889-023-16183w.
- AMORIM, T. A.; LUCCHESI, R.; SILVA NETA, E. M.; et al. Determinants of mental health and abuse of psychoactive substances associated with tobacco use. A case-control study. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4141-52, 2019. DOI 10.1590/1413-812320182411.02752018.
- BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. Porto Alegre: Zouk Editora, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério da Economia. **Pesquisas Nacional de Saúde – 2019: ciclos de vida**. Rio de Janeiro, IBGE, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **VIGITEL Brasil 2006-2023. Tabagismo e Consumo Abusivo de Álcool**. Brasília, 2023. Disponível em: <http://www.gov.br/vigitel_brasil_2006_2023_alcool_tabagismo.at.pdf> Acesso em: 3 jul. 2024.
- BURNETT, P. J.; VEENSTRA, G. Margins of freedom: a field-theoretic approach to class-based health dispositions and practices. **Sociology of Health & Illness**, v. 39, n. 7, p. 1050-1067, 2017. DOI 10.1111/1467-9566.12544.
- CHRISTENSEN, V. T.; CARPIANO, R. M. Social class differences in BMI among Danish women: applying Cockerham's health lifestyles approach and Bourdieu's theory of lifestyle. **Social Science & Medicine**, v. 112, p. 12-21, 2014.

- CONIQ – Comissão Nacional para Implementação da Convenção – Quadro para o Controle do Tabaco. Relatório da Gestão e Progresso 2013-2014. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo. Acesso em: 15 jun. 2024.
- DROPE, J.; SCHLUGER N. (ed.). **The Tobacco Atlas**, 6. ed. Atlanta: American Cancer Society, 2018.
- GISKES, K.; KUNST, A. E.; ARIZA, C, et al. Applying an equity lens to tobacco-control policies and their uptake in six Western-European countries. **J Public Health Policy**, v. 28, p. 261-280, 2007. DOI 10.1057/palgrave.jphp.3200132.
- GLENDINNING, A.; HENDRY, L.; SHUCKSMITH, J. Lifestyle, health and social class in adolescence. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 2, p. 235-248, 1995.
- HILL, S.; AMOS, A.; CLIFFORD, D.; PLATT, S. Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. **Tobacco Control**, v. 23, p. e89-e97, 2014. DOI 10.1136/tobaccocontrol-2013-051110.
- HISCOCK, R.; BAULD, L.; AMOS, A.; PLATT, S. Smoking and socioeconomic status in England: the rise of the never smoker and the disadvantaged smokers. **Journal of Public Health**, v. 34, n. 3, p. 390-396, 2012. DOI 10.1093/pubmed/fds012.
- INCA - Instituto Nacional do Câncer. O que é tabagismo passivo? Disponível em: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/o-que-e-tabagismo-passivo>. Acesso em: 20 fev. 2021.
- JARLSTRUP, N. S., THYGESEN, L. C., PISINGER, C., et al. Trends in smoking-related diseases by socioeconomic position following a national smoking ban in 2007: a national study in the Danish population. **BMC Public Health**, v. 23, p. 1648, 2023. DOI 10.1186/s12889-023-16456-3.
- KIRCHENCHEJN, C.; CHATKIN, J. M. Dependência da nicotina. In: VIEGAS, C. A. A. (org.) Diretrizes para cessação do Tabagismo. **J Bras Pneumol**, v. 30, n. (supp2), p. S11-S18, 2004.
- MAIN, C.; THOMAS, S.; OGILVE, D., et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: placing an equity lens on existing systematic reviews. **BMC Public Health**, v. 8, p. 178-184, 2008. DOI 10.1186/1471-2458-8-178.
- MENDES, F. L.; SZKLO, A. S.; PEREZ, C. A., et al. A percepção do cumprimento das leis antifumo em bares e restaurantes em três cidades brasileiras: dados do ITC-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. (Supp 3), p. e00140315, 2017. DOI 10.1590/0102-311X00140315.
- NUNES, E. Consumo de tabaco e efeitos na saúde. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 22, n. 2, p. 225-244, 2006. DOI 10.32385/rpmgf.v22i2.10231.
- OVERSVEEN, E. Structural determination and social practice: towards a new understanding of 'structure' in health inequality research. **Social Theory & Health**, v. 21, p. 1-16, 2023. DOI 10.1057/s41285-021-00163-3.
- PINTO, M.; BARDACH, A.; PALACIOS, A., et al. Burden of smoking in Brazil and potential benefit of increasing taxes on cigarettes for the economy and for reducing morbidity and mortality. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, p. 1-18, 2019. DOI 10.1590/0102-311X00129118.
- ROSE, G. **The strategy of preventive medicine**. New York: Oxford University Press, 1992.
- SAMPAIO, A. A geografia da desigualdade na cidade de São Paulo. **Rev. Parlamento e Sociedade**, v. 6, n. 10, p. 61-76, 2018.

- SÃO JOSÉ, B. P.; CORRÊA, R. A.; MALTA, D. C., et al. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. Supp 1, p. 75-89, 2017. DOI 10.1590/1980-5497201700050007.
- SCHAAP, M. M.; KUNST, A. E.; LEINSALU, M., et al. Effect of Nationwide tobacco control policies on smoking cessation in high and low educated groups in 18 European countries. **Tobacco Control**, v. 17, p. 248-255, 2008. DOI 10.1136/tc.2007.024265.
- SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/>. Acesso em: 11 jul. 2024.
- SZKLO, A. S.; ALMEIDA, L. M.; FIGUEIREDO, V. C., et al. A snapshot of striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. **Preventive Medicine**, v. 54, n. 2, p. 162-167, 2012.
- THIRLWAY, F. How will e-cigarettes affect health inequalities: Applying Bourdieu to smoking and cessation. **International Journal of Drug Policy**, v. 54, p. 99-104, 2018. DOI 10.1016/j.drugpo.2018.01.009.
- THOMAS, S.; FAYTER, D.; MISSO, K., et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. **Tobacco Control**, v. 17, p. 230-237, 2008. DOI 10.1136/tc.2007.023911.
- THOMPSON, E. P. **The poverty of theory and other essays**. London: Merlin Press Ltda, 1978.
- VICTORA, C. G.; FENN, B.; BRYCE, J.; KIRKWOOD, B. R. Co-coverage of preventive interventions and implications for child survival strategies: evidence from national surveys. **The Lancet**, v. 366, p. 1460-1466, 2005.
- VICTORA, C. G.; JOSEPH, G.; SILVA, I. C. M., et al. The inverse equity hypothesis: analyses of institutional delivery in 286 national surveys. **AJPH**, v. 108, p. 464-471, 2018. DOI 10.2105/AJPH.2017.304277.
- VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P.; BARROS, F. C., et al. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. **The Lancet**, v. 356, p. 1093-1098, 2000.
- WHO. World Health Organization. **Report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco** World Health Organization. 2015. Disponível em: www.who.int/tobacco. Acesso em: 15 jun. 2024.
- WHO. World Health Organization. **The top 10 causes of death**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Acesso em: 22 abr. 2021.
- WHO. World Health Organization. **Tobacco**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Acesso em: 15 jan. 2021
- WILLIAMS, S. J. Theorizing class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? **Sociology of Health & Illness**, v. 17, n. 5, p. 577-604, 1995.
- World Bank. **Tobacco control at a glance**. Washington DC: World Bank, 2003.

Relações entre as agentes comunitárias de saúde e mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família

Joel Hugo Poloni
Paulo Artur Malvasi

INTRODUÇÃO

A pobreza é um conceito complexo e multidimensional (Crespo, Gurovitz, 2002; Robles Aguilar; Sumner, 2020). Numerosos estudos demonstraram que a pobreza está associada a problemas de saúde mental (Ribeiro et al., 2017). O *stress* e as condições ambientais associadas à pobreza, bem como a baixa probabilidade de receber tratamento especializado, aumentam o risco de problemas de saúde mental (Lund et al., 2011). Ao mesmo tempo, os problemas de saúde mental podem aumentar o risco de pobreza futura devido às despesas mais elevadas com cuidados de saúde, à diminuição da produtividade, aos problemas com a tomada de decisões econômicas, à estigmatização em torno da doença mental e à perda de oportunidades educativas e de emprego, resultando em um declínio subsequente nos rendimentos (Lund et al., 2011). Por exemplo, sabe-se que 61% da população pobre global não tem educação ou tem apenas o ensino primário incompleto, em contraste com 28% dos não pobres (Robles Aguilar, Sumner, 2020).

A pobreza tem sido combatida por meio do Programa de Transferência de Renda (PTR), que é uma estratégia fundamental para reduzir a fome em países em desenvolvimento. No Brasil, o objetivo do Programa Bolsa Família (PBF) é proporcionar às famílias um rendimento mínimo garantido, facilitando o acesso a serviços básicos, como cuidados de saúde e educação (Evans-Lacko et al., 2023). Conforme Bauer et al. (2021),

saúde mental e programas de proteção social estão intimamente relacionados. Para Kilburn et al. (2016), os programas de transferência de renda podem atenuar os efeitos da pobreza ao melhorar a saúde mental.

Em 2003, o governo federal brasileiro estabeleceu o PBF, integrando programas de subsídio/assistência existentes em um sistema centralizado. Os principais objetivos do PBF são: (I) reduzir a pobreza e a desigualdade, proporcionando um nível mínimo de rendimento regular às famílias pobres; (II) quebrar o ciclo da pobreza e incentivar o investimento no capital humano, condicionando as transferências de renda (p. ex., a necessária frequência escolar); e (III) promover oportunidades para as famílias, vinculando-as a outros serviços, como formação profissional e programas de assistência social (Brasil, 2004).

Os beneficiários estão sujeitos a condicionalidades nos âmbitos da Saúde, Educação e Assistência Social. No campo da saúde, há o acompanhamento do calendário de vacinação, do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de sete anos, a realização do pré-natal e o acompanhamento das mães que amamentam (Ministério da Saúde, 2022). Ainda no âmbito da saúde, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham um papel crucial ao acompanhar as mulheres beneficiárias. De acordo com Silva (2007), as famílias que recebem o PBF e são acompanhadas por equipes de saúde devem ser orientadas para que as condicionalidades representem um exercício de direito, buscando alcançar autonomia e inclusão social. Os ACS desenvolvem atividades que as mantêm próximas das famílias beneficiárias, adquirindo percepções e conhecimentos sobre as dinâmicas individuais, familiares e territoriais.

Inseridas constantemente no território de trabalho, as ACS estão em contato regular com a comunidade atendida pela Unidade Básica de Saúde (UBS), o que facilita o entendimento da rotina, das dinâmicas, da realidade familiar e das situações financeiras, sociais e culturais (Filgueiras, Silva 2011). A interface com o PBF é uma das demandas que as ACS precisam atender. O Sistema Único de Saúde (SUS) possui capacidade estrutural e técnica para articular a atenção primária em saúde com o PBF, com o objetivo de combater a transmissão intergeracional da pobreza (Santos, 2020). Esses são saberes que podem auxiliar no acompanhamento e na orientação às famílias, visto que o

PBF é uma necessidade sobre a qual poucos falam. Para compreender a dinâmica de trabalho, destaca-se o termo “burocratas de rua”, que conforme pontuado Lipsky (1980), são agentes do estado que prestam serviços diretamente ao usuário-cidadão, monitorando serviços públicos. Bonelli et al. (2019) ressaltam a necessidade de compreender a relação entre fatores associados às dimensões de atuação dos burocratas de rua e a forma como a política pública é implementada, sendo adaptada ou não ao contexto em que é executada.

A pesquisa subsidiou reflexões desenvolvidas no transcorrer do texto, analisando, entre outros pontos, de que modo o acompanhamento e o monitoramento das condicionalidades de saúde exigidas pelo PBF afetam a relação das agentes comunitárias de saúde com as mulheres beneficiárias.

O PAPEL DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE NO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi introduzido no Brasil em 1991, com o objetivo de prevenir doenças e promover educação em saúde (Filgueiras, Silva 2011). Os agentes de saúde desempenham um papel importante na atenção básica, funcionando como um elo entre as famílias e o serviço de saúde, propiciando o acompanhamento longitudinal de diversas famílias.

Existem condicionalidades pertinentes ao serviço de saúde, sendo necessário orientar as famílias de forma breve e objetiva, já que muitas vezes há desconforto ao falar sobre o valor recebido pelo PBF. Conforme disposto por Santos (2020), o PBF prevê uma articulação intersetorial com outras políticas, conforme a Lei n. 10.386/2004, com o objetivo de promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial no âmbito da saúde.

Muitas famílias necessitam do PBF para a identificação de suas condições de pobreza, conforme apontado por Santos (2020). A inscrição no programa ocorre mediante do registro familiar no Cadastro Único, operacionalizado pelos municípios e processado em âmbito federal, com base nas informações dispostas no sistema, como composição e renda familiar. A vinculação das ACS ao PBF ocorre por existir condicionalidades na área de saúde, que incluem o acompanhamento do calendário de vacinação, o crescimento e desenvolvimento de crianças menores de sete anos e a realização de pré-natal e acompanhamento para as mães

que amamentam (Ministério da Saúde, 2022). Nota-se um déficit de cidadania, pois muitas beneficiárias não compreendem o PBF como um direito, mas sim como um favor que pode ser retirado pelo Estado.

Algumas questões abordadas na pesquisa com as agentes comunitárias de saúde da UBS Vila Albertina Dr. Osvaldo Marçal, na zona norte de São Paulo, norteiam a discussão proposta neste texto. São elas: Quais as percepções das ACS em relação às beneficiárias? Quais os desdobramentos na qualidade de vida familiar ao longo do período de recebimento do benefício? As políticas de transferência de renda podem melhorar situações relacionadas aos estressores da saúde mental? Qual é a percepção das beneficiárias do PBF sobre o impacto do benefício na qualidade de vida? Durante o período de recebimento, notam-se mudanças em sua saúde mental? As beneficiárias consideram que os valores recebidos promovem, além de possibilidades de consumo, melhorias em seu estado psíquico e emocional? A promoção do bem-estar em saúde mental é atingida pelo fomento à qualidade de vida proporcionado pelo PBF?

O MEDO DE PERDER O BOLSA FAMÍLIA

No acompanhamento realizado pelas profissionais, é comum receberem listas com orientações sobre o descumprimento das condicionalidades do PBF. As agentes observam que muitas famílias acompanhadas evitam falar sobre os valores recebidos por medo de perderem o benefício. No entanto, conforme o Ministério da Saúde (2022), com uma renda per capita familiar de até R\$ 105,00 ou entre R\$ 105,01 e R\$ 210,00, as famílias têm direito ao recebimento do benefício. Assim, o receio de cancelamento do PBF demonstra o desconhecimento da legislação, visto que se trata de um direito adquirido decorrente da situação adversa vivida.

Muitas famílias acompanhadas pelas ACS vivem em condições de privações econômicas e necessitam da renda como um alívio imediato contra a pobreza, ocasionando o medo da perda desse benefício. Conforme Freitas e Dantas (2014), podem surgir temores relacionados à perda de direitos adquiridos, causando dúvidas sobre a possibilidade de um futuro digno para as famílias. As ACS representam uma figura de poder, atuando em nome do Estado, que impõe aos beneficiários o cumprimento das condicionalidades. No caso de descumprimento, existem penalidades que podem levar

à suspensão do benefício. Segundo Ferreira e Medeiros (2016), profissionais que interagem diretamente com os cidadãos são considerados burocratas de nível de rua e, na execução das políticas públicas, podem tomar decisões que impactam diretamente a vida das pessoas relacionadas às políticas. Para Santos et al. (2020), os ACS são frequentemente associados ao possível cancelamento do benefício, principalmente em áreas marcadas por diferentes expressões de violência ou pela falta de acompanhamento sistemático por parte dos gestores do PBF.

A seguir, apresentamos trechos de falas das mulheres ACS, transcritos diretamente e mantendo o anonimato das entrevistadas que participaram dos grupos focais.

E às vezes, só tem essa casa, mas a condição financeira é miséria. Mas às vezes, por exemplo, estão em um trabalho temporário, algum bico etc. Eles têm medo de que a gente vai ficar sabendo e avisar a prefeitura. (ACS 1)

Muitas beneficiárias possuem moradia e bens, mas isso não as exime de enfrentar situações de miséria decorrentes de diversos agravos, justificando o medo de perderem a renda gerada pelo PBF. O programa promove melhorias na alimentação, redução de desnutrição e maior autonomia dos beneficiários, sendo fundamental para complementar a renda familiar (Testa, 2013). No entanto, somente a transferência de renda não é suficiente para provocar uma mudança efetiva nas condições de pobreza. É natural que muitas famílias busquem trabalhos adicionais para gerar renda, já que o PBF oferece um alívio imediato, mas não elimina por completo a situação de pobreza.

Tem só com uma família que eu consigo conversar. Outras famílias têm sempre de se esquivar, omitir e não quer passar com certeza as informações, com medo de perderem. (ACS 3)

Sim, a primeira coisa quando começou a pegar o NIS do paciente, eles já começaram, mas por quê? Você vai cortar o meu Bolsa Família? Você vai tirar o meu Bolsa Família? (ACS 2)

O medo de perder o benefício interfere nas orientações sobre as condicionalidades, como a atualização do Cadastro Único, que é necessária inclusive para a manutenção do recebimento. Conforme Testa (2013),

são justamente as famílias em maior situação de vulnerabilidade que enfrentam dificuldades para cumprir as condicionalidades e se mantêm beneficiárias.

Por isso quando a gente bate lá na porta, eles falam. – Mas de novo, eu já dei essas informações... O próprio banco quando eu aí retirar pedia essas informações, (...), mas o medo de perder é constante. (ACS 10)

Não, eles agora não gostam de falar que recebem Bolsa Família, eles acham que a gente atrapalha eles, e quando perdem o benefício, dizem que é, porque nós fazemos pesquisa. (ACS 5)

Para o recebimento do PBF, existem condicionalidades nas áreas de assistência social, saúde e educação. Em caso de descumprimento dessas condicionalidades, as famílias recebem orientações sobre os serviços que abrangem essas três políticas públicas, além de notificações através dos extratos emitidos pelo banco pagador do benefício. As ACS realizam um papel de destaque na atenção básica, atuando como um elo entre a equipe de saúde, as famílias e os usuários. Por serem membros da equipe de saúde que fazem parte da própria comunidade, conseguem criar vínculos mais facilmente (Brasil, 2012).

Em contrapartida, as participantes da pesquisa percebem que falar sobre as condicionalidades associadas à manutenção ou perda do benefício propicia resistência, afastamento e, conseqüentemente, quebra do vínculo com os atendidos. Os beneficiários enfrentam o estigma de receber valores do governo. Tavares (2010) aponta que existe um “efeito estigma” que corresponde à discriminação sofrida ou autoimposta por ser beneficiário. Assim, falar sobre o PBF se torna um tabu, mesmo sendo um direito garantido ao cidadão. Devido à ineficiência do Estado em diversos âmbitos e políticas públicas, muitos se sentem excluídos da sociedade e impedidos de mudar suas condições de vida adversas.

Se faz essas orientações aí, que reforçar mais o fato de que ela não foi contemplada, aí pega mais o foco de que a culpa é nossa. Então a gente não orienta. A única coisa que eu orientei foi assim: ó vocês não vão dar a vacina eles vão lá dar baixa no sistema que vocês não levaram para dar a vacina aí pode ser que isso interfira no seu Bolsa Família. (ACS 4)

Eles realmente não recebem aquilo de coração aberto. ‘Opa espera aí, ela tá falando isso porque talvez, ela vai ver que eu não estou levando minha criança para a escola ela vai cortar’. Acha que a gente tem esse poder mesmo isso acontece. Então muitas vezes em visitas não tem essa fala de tem que levar em consulta, tem que levar na escola. A gente tem um certo distanciamento pelo menos da minha parte. (ACS 2)

Nós focamos mais em orientação e prevenção, porém essas questões financeiras aqui na nossa comunidade, isso faz as pessoas se distanciar da gente e às vezes faz até com que a gente perca um vínculo porque a gente tentou, tentou, tentou, conseguiu e quando consegue ficar meio assim de perder, mas se a pessoa chegar e pedir uma orientação aí sim nós podemos orientar da forma correta e da forma que ela tem que buscar. (ACS 6)

As agentes perceberam a necessidade de realizar orientações sucintas, como vacinação e atualização de cadastro, pois, ao abordarem questões financeiras, são recebidas com desconfiança. No entanto, colocam-se à disposição para orientações caso a família demonstre interesse. Elas desenvolveram estratégias de trabalho com o objetivo de garantir o acompanhamento necessário sem comprometer o vínculo com a famílias.

Devido às dificuldades para oferecer orientações sobre condicionalidades, adotaram estratégias para falar menos sobre o PBF. Assim, buscam promover garantias de direitos e o acesso ao serviço de saúde, uma vez que a ausência desses serviços pode agravar a situação adversa vivida pela família. Na dinâmica de trabalho, é importante realizar orientações em saúde, pois, ao falar sobre vacinação, gestação e outros temas, os agentes estão, na prática, abordando as condicionalidades de saúde exigidas para o recebimento do benefício. Dessa forma, evitam mencionar explicitamente o PBF, considerando a resistência das municipais, evitando serem culpabilizadas pela perda do benefício e consideradas um agente punidor do Estado. Com essa estratégia, as ACS conseguem desenvolver uma importante forma de intervenção mais próxima e ajustada à dinâmica familiar.

PERCEPÇÕES SOBRE A PRECARIEDADE DO PBF PARA A VIDA DAS BENEFICIÁRIAS

A percepção de desconforto com a ideia de acomodação das beneficiárias foi uma constatação comum nas falas de algumas ACS, demonstrando que parte delas reproduz determinadas visões do senso comum.

Para eles o jeito que é, está perfeito. Não tem um objetivo melhor do que aquilo, é comer, ter onde dormir e pronto acabou, para eles aquilo tá ótimo. Eles ficam nesse movimento, nessa situação, nesse mundinho e pronto. (ACS 5)

Elas acham que o governo vai ter isso pra elas para sempre, sabe, não tem isso de que aqui um tempo não vou receber mais esse dinheiro. (ACS 1)

Isso é verdade, pois a pessoa recebe para ajudar naquele momento, mas isso acontece, não todas, mas muitos acabam se acomodando sim. Ah eu já estou recebendo e não preciso fazer nada. (ACS 12)

Ao perceberem a situação de pobreza que persiste, as ACS se angustiam ao saber que a concessão dos benefícios possui caráter temporário e não gera um direito permanente, sendo revista há cada dois anos (Brasil, 2004). Quando percebem que muitas famílias deixam de buscar outras formas de prover o próprio sustento, elas ficam desconfortáveis com a situação precarizada e sem uma solução imediata.

Então é cômodo, eu fico em casa, todo dia sem fazer nada e todo mês está lá meu dinheiro. Vou vivendo de doação, pois a comunidade um ajuda o outro e sempre existe uma associação que dá alguma coisa, cesta básica, no frio o pessoal se reúne para dar cobertor, cesta, doação. Então o pessoal vive disso, do benefício e doação. (ACS 11)

Falou pra mim assim, eu não vou arrumar um emprego registrado para eu não perder o benefício, então ela fica sempre naquela, surge o emprego registrado para ela, mas ela não quer de forma alguma perder o benefício. (ACS 1)

Conforme relatado pelas ACS, existem famílias que buscam doações como estratégias para garantir a alimentação, deixando de buscar outras atividades de geração de renda. Dessa forma, mantêm o benefício e conseguem prover suas necessidades. Embora o PBF não seja um direito permanente, ele está tão enraizado na sociedade que acaba sendo visto como um quase direito, funcionando como um programa de alívio imediato da pobreza, como apontam Santos et al. (2020). O principal desconforto relatado pelas ACS é identificar pessoas que optam por manter o benefício em vez de buscar trabalho formal. Essa escolha, no entanto, é uma estratégia coerente, pois, para receber o benefício, a referência familiar deve cumprir condicionalidades que

exigem disponibilidade de tempo, o que resulta em uma carga horária de trabalho ao conciliarem essas atividades com sua rotina. Quando a família recebe o PBF, as ACS percebem que muitas delas permanecem em uma situação precária, pois precisam se dedicar exclusivamente às condicionalidades para manter o benefício.

Na verdade, estuda apenas para receber o benefício. Tem muitas mães que mandam a criança para a escola se não perde o benefício. Se não traz no posto para tomar a visita perde o benefício. Então eles fazem isso apenas para conseguir receber. (ACS 11)

Tais percepções revelam a reprodução de determinados preconceitos. Popularmente, ser um cidadão livre de estigmas é não depender do Estado para sua sobrevivência. Conforme Telles (2007), a família é um espaço de luta em conjunto contra as mazelas da pobreza, que garante a sobrevivência, a respeitabilidade e neutraliza o estigma da pobreza. Assim, ao ser beneficiária do PBF, ocorre a chancela da pobreza, da qual muitas famílias não conseguem se desvincular. Para Ribeiro, Shikita e Hillbrecht (2017), é comum mulheres serem acusadas de terem cada vez mais filhos para manter o benefício, embora nenhuma literatura comprove o aumento da taxa de natalidade nas famílias mais pobres. Existe uma tradição de cidadania fundada unicamente no trabalho, na qual, conforme Telles (2007), o trabalho regular e regulamentado por lei funciona como um rito de passagem para a existência civil e o acesso aos direitos. No entanto, o recebimento do PBF é um direito e um exercício de cidadania.

O olhar estigmatizado sobre as famílias beneficiárias coloca em dúvida a forma como as orientações para pessoas em situação de pobreza são conduzidas. Além disso, existem críticas quanto ao fato de as ACS estarem inseridas na comunidade como moradoras e trabalhadoras. No entanto, para Menegussi, Ogata e Rosaline (2014), o fato de as ACS pertencerem ao território possibilita que compartilhem ou presenciem os dramas da falta de acesso às políticas públicas. Dessa forma, a situação adversa é percebida de forma duplamente notada, enquanto moradora e profissional, o que leva à utilização de discursos prontos sobre a complexidade da pobreza.

Então, ela tem uma cabeça muito boa, ela investe o dinheiro dela. Mas será que todos os jovens fazem isso? Assim, o que a gente observa é que muitos jovens usam o dinheiro para outras coisas, que vão prejudicar a vida e a saúde deles. (ACS 7)

Sim é bem difícil no meu território, mas assim o que eu vejo em geral em relação ao benefício é que muitas pessoas que têm às vezes vira uma zona de conforto pra elas porque elas não querem trabalhar justamente pra não perder o benefício. (ACS 9)

Conforme relatos, existem pluralidades no manejo e na organização da renda oriunda do PBF. Enquanto algumas famílias se perpetuam no ciclo de pobreza, passando a impressão de que as intervenções não surtem efeito, outras se organizam e usam o benefício para ressignificar a situação de pobreza, promovendo melhores oportunidades para o futuro. Neste contexto divergente, segundo Testa et al. (2013), são justamente as famílias vistas como estando “em uma zona de conforto”, “não fazendo nada”, “acostumando-se a ser pobres”, “aceitando qualquer coisa” etc., que estão em maior vulnerabilidade, com dificuldades para cumprir as condicionalidades e se manter como beneficiárias.

Por fim, o governo utiliza o Cadastro Único para gerir o PBF; conforme as informações cadastradas, as famílias podem perder o benefício. A principal questão a nível individual ou familiar é que, embora possa ocorrer alguma mudança que justifique a interrupção do benefício, a pobreza continua existindo ano após ano. Conforme Accorssi et al. (2012), transformar uma situação com raízes históricas tão profundas em um curto espaço de tempo é quase inviável. Atualmente, o que se realiza é uma atenuação dos problemas, com mudanças a longo prazo.

O PBF NÃO MUDA A VIDA DAS MULHERES: PERCEPÇÕES SOBRE OS LIMITES DA RENDA E SOBRE O LUGAR ATRIBUÍDO AO PBF

O PBF tem como foco a população em situação de pobreza. Conforme Accorssi et al. (2012), o conceito de pobreza está associado à privação e à renda, sendo mutável ao longo do tempo. Dessa forma, a pobreza é definida pelo contexto social, como padrões de vida e a maneira como as necessidades são supridas na realidade socioeconômica em que se vive.

É ela que distribui o dinheiro para comida, para pagar uma conta. Ela não pega esse dinheiro para investir nos estudos dos filhos ou para investir em um curso para ela e para o marido. Então eu acho que é uma coisa muito pessoal se tem alguém dentro daquele ciclo que consegue ver além disso e conseguir ir trabalhar e conseguir

estudar e conseguir sair dessa vida é porque essa pessoa conseguiu ver e não porque recebeu o benefício [...] A meu ver o benefício de famílias que têm a renda bem baixa é para sobreviver e não para mudar de vida. (ACS 3)

O PBF serve como uma garantia de sobrevivência, mas sem proporcionar uma ressignificação da situação de pobreza a curto prazo. Para a superação da pobreza, existem outros fatores relevantes que o programa busca estimular, os quais, a longo prazo, podem impactar positivamente na qualidade de vida. Conforme Testa et al. (2013), muitas famílias reconhecem que a atenção à presença escolar de crianças e adolescentes melhorou, reduzindo a evasão. Possibilidades de trabalho e estudo podem se ampliar com o seguimento das condicionalidades do PBF. Segundo Pedrozo (2007), 91,2% das crianças beneficiárias que não frequentavam a escola passaram a estudar, e 64,4% delas optaram por não trabalhar para se dedicar exclusivamente aos estudos. Para Freire et al. (2013), o principal impacto na família ocorre quando são incentivadas a seguirem as condicionalidades, que garantem o pleno desenvolvimento dos filhos, como acesso à saúde e à educação.

Porque às vezes nós podemos observar aqui as pessoas que mais vem pedir ajuda para assistente social ou para nós na rua são as que não necessita, as que necessita, que passa uma dificuldade, elas têm muita vergonha de vir pedir ajuda. (ACS 8)

Muitas vezes eles não fazem o cadastro por falta de acesso à internet, por não ter um conhecimento de estudo, por não ter documentação necessária. (ACS 6).

Muitas famílias têm dificuldade para obter informações por falta de bens como celular e computador. Mesmo quando possuem esses itens, podem não conseguir realizar pesquisas que auxiliem no acesso às informações que precisam. Consequentemente, se distanciam de seus direitos, enfrentando dificuldades para buscar auxílio e orientações com profissionais dos serviços disponíveis. Entre destinar tempo para buscar informações visando o acesso a políticas públicas e a garantia de direitos, muitas famílias buscam por suprir o mais urgente com o recebimento de doações ou com rendas provenientes de trabalhos informais. Conforme Telles (2007), popularmente os direitos são percebidos como prerrogativa exclusiva daqueles que são considerados “bons cidadãos”, que trabalham honestamente, cumprem suas

obrigações e têm carteira de trabalho assinada. Assim, não é espantosa a percepção de famílias estagnadas e sem perspectivas.

Porque a gente vê as verdadeiras pessoas que necessitam e deveriam ser beneficiadas são aqueles que a gente vê na rua pegando latinha, pegando reciclagem, acordando 5 horas, 4 horas da manhã. (ACS 11)

A busca por sustento com atividades informais é priorizada, já que o mais urgente é atender a necessidades básicas, como a alimentação. As ACS percebem que esses perfis de famílias em situação de miséria dificilmente chegam ao serviço de saúde para pedir ajuda. Conforme Testa et al. (2013), os avanços em relação à alimentação e aos estudos são notórios, mas em relação ao trabalho, este ainda constitui um elemento de privação, em que poucas famílias conseguiram avançar. No entanto, como apontado por Uchimura et al. (2012), mesmo beneficiárias que preferem ter um emprego a receber o benefício apresentam dificuldades para se inserir no mercado de trabalho. Algumas conseguem informações e meios para melhorar sua qualidade de vida, enquanto outras dificilmente buscam os serviços de saúde para falar sobre suas demandas. Frente à dinâmica percebida pelas ACS, é comum que considerem que as situações adversas permanecem inalteradas. Na verdade, conforme Accorssi et al. (2012), as populações em situação de pobreza precisam de diversos tipos de auxílio e suporte contínuo para romper com o ciclo de dificuldades cotidianas.

Mesmo com o recebimento do PBF e as intervenções de profissionais de diferentes políticas públicas, as privações ainda persistem. Freire et al. (2013) destacam que, para muitas famílias em situação de vulnerabilidade, as necessidades básicas de curto prazo foram amenizadas. Por outro lado, é necessário aprofundar o fortalecimento do acesso aos serviços de educação, saúde e interlocuções com as demais políticas públicas. Embora o PBF consiga atender e complementar as necessidades básicas, mudanças duradouras dependem de intervenções mais amplas e maior apoio em rede de serviços. Entre suprir as necessidades básicas das famílias e alcançar uma transformação efetiva da situação de pobreza, existe um longo caminho, permeado por avanços e retrocessos. Nesse sentido, Tavares (2010) pontua que o PBF se caracteriza como uma política de longo prazo, que busca criar condições para a geração autônoma de renda investindo em capital humano, com o objetivo de interromper o ciclo da pobreza.

A PROMOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL

Os valores recebidos do PBF diminuem estressores e promovem saúde mental.

Vamos supor, se quer receber e continuar trabalhando. Aquilo é para eu receber e melhorar minha vida. (ACS 8).

Com o benefício a pessoa viveu ali e comeu e talvez pelo benefício, mas de alguma forma ajudou pois sobreviveu mediante as dificuldades.

O dinheiro que usa para complementar para pagar o aluguel sobra para um lazer ou para uma roupa, que está precisando ou para um remédio, então faz a maior diferença. (ACS 10)

A pobreza é um fator que contribui para agravos no bem-estar e para demandas de saúde mental, conforme discutem Alves et al. (2019), que relacionam a pobreza ao suicídio. Os valores recebidos pelos beneficiários podem melhorar a qualidade de vida, auxiliando na superação de dificuldades ao serem aplicados em necessidades que promovem bem-estar como alimentação, lazer, vestimentas e moradia. Esses recursos suprem imediatamente necessidades básicas, contribuindo paralelamente para a promoção da saúde mental.

Ela não está recebendo aquilo ali de graça, ela tem que se levantar para fazer alguma coisa para receber aquilo, isso ajuda até na saúde mental das pessoas porque alguém que não faz nada não produz nada. (ACS 12)

A maioria deles já pegam o benefício pensando em fazer o cabelo, vou para o bar, vou para a balada. Já pega nesta intenção. (ACS 1)

O PBF atenua os efeitos da pobreza, conforme observado por Alves et al. (2019). No Brasil, o programa cumpre seu principal objetivo de proporcionar alívio imediato à pobreza por meio da transferência de renda. A referência familiar, geralmente representada por mulheres, define como os valores são utilizados, o que propicia maior autonomia. O cumprimento das condicionalidades estabelece ocupações e responsabilidades, embora existam críticas em relação ao tempo dispensado pelas mulheres a essas exigências. Ainda assim, as condicionalidades dignificam a renda recebida, fazendo com que a referência familiar possa utilizar os valores para a promoção de bem-estar familiar ou para si, considerando que o cuidado é um elemento indissociável.

Então, ela tem uma cabeça muito boa, ela investe o dinheiro dela. Mas será que todos os jovens fazem isso? é que muitos jovens usam o dinheiro para outras coisas, que vão prejudicar a vida e a saúde deles [...], mas tem outros, que é uma coisa assim, é muito pessoal, as vezes os pais não têm condições, mas querem que os filhos façam alguma coisa. Daí eles quebram um ciclo. (ACS 9)

Eu tenho as duas situações uma família que utiliza a transferência de renda para pagar o aluguel, a outra (família) sabe usar e os filhos estão sempre em curso gratuitos, você vê a diferença como que um está inserido em um contexto social e o outro não. (ACS 4)

Sobre a utilização dos recursos, Mariano e Carloto (2009) apontam a dificuldade que muitas mulheres enfrentam em distinguir entre despesas com familiares e despesas para si, mesmo quando o dinheiro gasto é obtido por elas. Algumas investem em melhorias para os membros familiares, pois, para elas, ser mãe significa cuidar dos familiares, especialmente dos filhos. Para muitas mulheres, cuidar dos membros da família e cuidar de si mesmas são funções indissociáveis, uma vez que se entrelaçam em suas rotinas. Conforme observado por Raiher (2016), é comum que mulheres atuem em atividades não remuneradas, informais, desorganizadas e pouco valorizadas financeiramente, muitas vezes atreladas às atividades domésticas. Por isso, possuem rendimentos inferiores, o que intensifica a inserção feminina na condição de pobreza. Diante das adversidades relacionadas ao gênero e à pobreza, as mulheres são as principais beneficiárias do PBF, ao qual se dedicam por meio de diversas atividades diárias, justificando o recebimento e promovendo o sustento e o bem-estar emocional tanto para si quanto para suas famílias.

O benefício faz ela ter uma melhora do que era antes porque situação do desemprego, briga, falta de renda daí vem o auxílio e dá uma qualidade de vida, daí a pessoa quer ficar com aquilo para não voltar a ser como era antes. (ACS 9)

Avaliando o recebimento do PBF, observam-se efeitos positivos, como ressignificação da pobreza, e casos estagnados, nos quais o benefício auxilia, mas não gera impactos significativos na superação da pobreza a curto prazo. Conforme Freire et al. (2013), o PBF beneficia as famílias por meio de metas que vão além da situação de pobreza, promovendo mudanças microsistêmicas que repercutem no desenvolvimento físico e cognitivo das crianças e adolescentes.

Quanto à saúde mental, as ACS relatam que a renda proporciona um auxílio para amenizar a situação de pobreza e, consequentemente, melhora a qualidade de vida. O PBF atende um público propício a agravos em saúde mental, conforme apontado por Martin et al. (2007) em um estudo realizado na periferia de São Paulo, que evidenciou que nas mulheres as psicopatologias podem ter diversas causas, entre elas, a pobreza material e as questões de gênero.

Os valores promovem maior autonomia para as mulheres, por serem as principais beneficiárias. Elas também definem como os recursos serão gastos e têm tendência a investir em bens que promovem o bem-estar familiar. Participantes da pesquisa relataram que o bem-estar em saúde mental é alcançado por meio do fomento à qualidade de vida proporcionado pelo recebimento do PBF.

Eu observo, eu acho que melhora sim, (...) ela falou assim que pra tudo na vida dependia do marido, então hoje ela fala assim aí eu como o que eu quero se eu tô a fim de comer alguma coisa diferente eu vou, e compro não preciso mais pedir. (ACS 7)

Ela tem mais autonomia né.

Você passa e você não escuta ela falar assim nossa tô esperando o auxílio cair pra ir comprar uma caixa de leite é: Aí menina eu marquei no salão e o auxílio cai bem no dia vou fazer o cabelo, vou ir fazer minha sobancelha, tô esperando o auxílio cair pra ir fazer a minha unha. (ACS 1)

A promoção da autonomia impacta a saúde mental, conforme Resende e Camilo (2008). O aumento dos gastos familiares com produtos de higiene, vestuário e alimentos promovem o bem-estar. Ao receber o benefício e definir como gastá-lo, a mulher desenvolve maior autonomia e independência. Segundo Santos et al. (2020), é inegável que, ao priorizar a titularidade feminina, as mulheres se tornam protagonistas, o que gera efeitos positivos na autoestima e na autonomia financeira, fatores extremamente relevantes para a promoção da saúde mental. Para Costa e Ludermir (2005), transtornos mentais, como insônia, ansiedade e tristeza, são comumente encontrados em mulheres em situação de pobreza.

É mas é que nem eu vivi no limite, mas nem por isso eu deixei de comprar um perfume eu não deixei de cortar o cabelo porque você se adapta a viver no limite, eu não consigo fazer a minha unha toda semana, mas eu consigo de 15 em 15, eu consigo uma vez por mês. (ACS 6)

Sim, em alguns casos sim. Como eu falei desses 100%, 70% usam indevidamente os outros 30% são visíveis que teve a melhora. Gente, uma das piores coisas que existe é a pessoa passar por dificuldade e fome então qualquer benefício dinheiro que ela vem receber o fato dela poder ter direito de comer de não beber com uma barriga vazia isso é viável que vai melhorar é de saúde mental, falo sobre isso que mexe muito com parte financeira se ela não tiver bem, a pessoa ela não vai pra frente. (ACS 10)

As famílias acompanhadas consomem itens básicos para alimentação e moradia, mas também utilizam o benefício para despesas como beleza e festas. Conforme Santos et al. (2020), o PBF proporciona o alívio imediato da pobreza e a inclusão familiar no mercado de consumo, gerando um sentimento de dignidade ao usufruir de cuidados pessoais. Dessa forma, as ACS consideram que os valores promovem uma melhoria no estado psíquico e emocional das mulheres.

Eu tenho um caso que ela começou a receber e assim mudou tudo! A alimentação dela porque ela é diabética e se caso precisar assim fazer uma pesquisa ela super apoia e deixar é bem legal e até o modo ela começou a sorrir. (ACS 3)

Eu acho que as pessoas começam a fazer planos. (ACS 11)

Uma mais gratificante pra eles é saber assim eu vou poder comprar a minha mistura, eu vou comprar o meu arroz, o meu feijão por mais que eu receba ajuda que acaba um ou outro ajudar, mas pra a pessoa a autoestima sobe. (ACS 4)

Eu não digo que teve uma melhora dela assim, mas eu acho que um alívio, traz um alívio ela conseguir pagar uma conta. Isso de certa forma já traz um impacto né. (ACS 3)

Há uma melhora na qualidade de vida, especialmente na alimentação, moradia e saúde mental. O PBF trouxe mudanças no humor e pensamentos mais positivos, ao possibilitar planos para o futuro e promover mudanças na situação de pobreza. Segundo Silva e Santana (2012), a sensação de insegurança e a falta de esperança explicariam a maior vulnerabilidade dos pobres aos transtornos mentais, que são mais frequentes entre as mulheres. Os transtornos mentais comuns são definidos como alterações no modo de pensar, no humor ou nos comportamentos, associados a angústia e/ou deterioração do funcio-

namento pessoal. Os valores recebidos por meio do benefício são considerados baixos, mas permitem que a família se organize e adquira itens essenciais para as atividades diárias, potencializando o tempo das beneficiárias para outras atividades que não sejam domésticas. Como relatado por Silva e Santana (2012), há associações entre eventos geradores de estresse e transtornos mentais, como o desemprego, más condições de moradia e baixa renda. Os valores recebidos promovem melhorias nas condições de vida, na organização doméstica e na manutenção do lar.

Eu tenho uma que eu estava conversando mais cedo, ela tá recebendo o benefício por que ela tem 2 filhos e ela falou até que voltou a fazer as faxinas de semana, depois ela falou assim ‘o benefício está me ajudando bastante porque completou minha renda, mas eu quero ver se eu arrumo emprego registrado. Esse benefício fez eu ver que eu sou capaz. (ACS 12)

No relato, as ACS mencionam uma família que conseguiu se organizar financeiramente. Após se organizar, a referência familiar conseguiu ressignificar a situação adversa pela qual a família estava passando.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O termo “burocratas de rua” ajuda a compreender como o trabalho das ACS é percebido pelas famílias beneficiárias, pois elas representam e executam uma política pública no acompanhamento territorial e longitudinal do PBF, que promove melhorias na qualidade de vida ao amenizar a pobreza. No entanto, observa-se que as beneficiárias têm receio de perder o benefício. Quando ocorre a perda ou diminuição dos valores recebidos, as profissionais são responsabilizadas erroneamente, pois sua função é garantir direitos, prevenir agravos e promover saúde, vacinação, articulação do território com o serviço de saúde e orientações sobre as condicionalidades. Essas atividades possuem consequências públicas notórias, pois articulam diferentes políticas públicas.

No trabalho, as ACS convivem com a pobreza que se perpetua, sendo consenso em diversas pesquisas que o PBF tem um impacto a longo prazo. No entanto, as mudanças não ocorrem com a intensidade que as profissionais desejam. O PBF colabora para a amenização da pobreza, mas o verdadeiro impacto depende das condicionalidades que

estimulam o acesso à saúde, assistência e educação. Portanto, para a ressignificação da pobreza, é necessário pensar a longo prazo.

Receber o PBF não é compreendido como exercício de cidadania, apesar de estimular o acesso e permanência em outras atividades que a promovem. O emprego formal e a força de vontade são percebidos pelas ACS como os únicos potenciais para uma existência civil mais digna.

As ACS são um importante elo entre o serviço de saúde e as famílias. Elas observam as dificuldades enfrentadas pelas famílias para acessar informações essenciais à garantia de direitos, o que justifica o medo de perder o vínculo ao orientarem sobre as condicionalidades. O vínculo é uma ferramenta importante de trabalho, e sua perda dificulta o acompanhamento familiar, refletindo negativamente na UBS, expondo as famílias beneficiárias à falta de assistência em saúde, o que agrava a pobreza e suas consequências.

A renda do PBF visa suprir demandas urgentes, mas a ressignificação da pobreza depende de muitos fatores. O valor recebido é baixo, mas extremamente importante para auxiliar no atendimento às necessidades básicas. Compreende-se que as condicionalidades deveriam incentivar um pensamento a longo prazo, mas, dado que a pobreza gera inúmeros estressores, é compreensível a busca por alívio imediato de qualquer desconforto.

Em relação à saúde mental das ACS, o ponto nevrálgico é lidar com a morosidade na ressignificação da situação de pobreza. Elas anseiam por não ver mudanças significativas nas famílias acompanhadas. Paralelamente, a quantidade de demandas priva as ACS de tempo para discussões e reflexões mais aprofundadas sobre o tema da pobreza, o que seria efetivo para o trabalho desenvolvido. São necessárias formações continuadas, pautadas nas demandas do território de trabalho dessas profissionais, buscando ampliar as reflexões e saberes.

Por fim, o PBF supre necessidades emergenciais, mas seu maior impacto na pobreza ocorre a longo prazo, por meio do seguimento das condicionalidades. No entanto, mudanças não acontecem com a intensidade que as ACS desejam. Muitas profissionais não alcançarão o vislumbrar da ressignificação da pobreza, pois essas mudanças dependem de forças maiores que buscam a manutenção do *status quo*, como o capitalismo. Dessa forma, as demandas em saúde mental decorrentes da pobreza devem continuar impactando no bem-estar, com o objetivo de propiciar menos estressores em saúde mental. Um olhar

mais atento sobre a pobreza se torna necessário, pois o SUS é um sistema universal, destinado a todos que dele necessitam, o que inclui uma ampla parcela da população atendida. A pobreza é uma condição que pode gerar e ser decorrente de demandas em saúde mental, sendo um tema importante para pesquisas e para a formação de políticas de transferência de renda.

REFERÊNCIAS

- ACCORSSI, Aline; SCARPARO, Helena; GUARESCHI, Pedrinho. A naturalização da pobreza: reflexões sobre a formação do pensamento social. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 536-546, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000300007>. Acesso em: 12 out. 2022.
- AGUILAR, Gisela Robles; SUMNER, Andy. Who are the world's poor? A new profile of global multidimensional poverty. **World Development**, v. 126, p. 104716, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2019.104716>. Acesso em: 15 set. 2022.
- ALVES, Flávia José Oliveira; MACHADO, Daiane Borges; BARRETO, Maurício Lima. Effect of the Brazilian cash transfer programme on suicide rates: a longitudinal analysis of the Brazilian municipalities. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 54, n. 5, p. 599-606, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1627-6>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- BAUER, Annette; GARMAN, Emily; MCDAID, David et al. Integrating youth mental health into cash transfer programmes in response to the COVID-19 crisis in low-income and middle-income countries. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 4, p. 340-346, 2021.
- BRASIL. Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/10.836.htm. Acesso em: 17 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- BONELLI, Francesco et al. A atuação dos burocratas de nível de rua na implementação de políticas públicas no Brasil: uma proposta de análise expandida. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 17, n. spe, p. 800-816, 2019. Acesso em: 15 nov. 2022.
- COSTA, Albanita G.; LUDERMIR, Ana B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100009>. Acesso em: 18 dez. 2021.
- CRESPO, Antonio P. A.; GUROVITZ, Elaine. A pobreza como um fenômeno multidimensional. **RAE Eletrônica**, v. 1, n. 2, p. 1-12, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1676-56482002000200003>. Acesso em: 18 set. 2022.
- EVANS-LACKO, Sara et al. Potential mechanisms by which cash transfer programmes could improve the mental health and life chances of young people: A conceptual framework and lines of enquiry for research and policy. **Global Mental Health**, v. 10, e13, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.4>. Acesso em: 22 set. 2023.

- FERREIRA, Vicente R. S.; MEDEIROS, Janan J. Fatores que moldam o comportamento dos burocratas de nível de rua no processo de implementação de políticas públicas. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 14, n. 3, p. 776-793, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-3951/29522>. Acesso em: 16 nov. 2022.
- FILGUEIRAS, Andrea S.; SILVA, Ana L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300008>. Acesso em: 9 set. 2022.
- FREIRE, Viviam R. B. P.; SILVA, Simone S. C.; MOURA, Maria Lucia S.; PONTES, Fernando A. R.; BORGES, Júlia A. R. Atividades acadêmicas e a rotina de crianças ribeirinhas participantes do Programa Bolsa Família. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 29, n. 2, p. 159-166, 2013.
- FREITAS, Maria E.; DANTAS, Marcelo. Medos sociais dos brasileiros. **Organizações & Sociedade**, v. 21, n. 68, p. 893-909, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-92302014000100008>. Acesso em: 28 set. 2022.
- KILBURN, Kelly; THIRUMURTHY, Harsha; HALPERN, Carolyn T.; PETTIFOR, Audrey; HANDA, Sudhanshu. Effects of a large-scale unconditional cash transfer program on mental health outcomes of young people in Kenya. **Journal of Adolescent Health**, v. 58, n. 2, p. 223-229, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.023>. Acesso em: 11 nov. 2015.
- LIPSKY, Michael. **Street-Level Bureaucrats**. Nova York: Russell Sage Foundation, 1980.
- LUND, Crick; SILVA, Mary; PLAGERSON, Sophie; COOPER, Sara; CHISHOLM, Daniel; DAS, Jishnu; PATEL, Vikram. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 378, p. 1502-1514, 2011.
- MARIANO, Silvana; CARLOTO, Cassia Maria. Gênero e combate à pobreza: programa Bolsa Família. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 3, p. 901-908, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000300018>. Acesso em: 05 fev. 2010.
- GONÇALVES Ana Maria C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**. 2018; 67(2):101-9. doi: 10.1590/0047-2085000000192
- MENEGUSSI, Juliana M.; OGATA, Márcia N.; ROSALINE, Maria H. P. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 87-106, 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Auxílio Brasil na Saúde**. Disponível em: <https://auxiliobrasil.saude.gov.br/>. Acesso em: 9 de set. 2022.
- PEDROZO, E. Uma avaliação ex-ante dos impactos do Bolsa Família na redução do trabalho infantil. In: **ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA**, 32, Recife, 2007.
- RAIHER, A. P. Condição de pobreza e a vulnerabilidade da mulher brasileira. **Informe GEPEC**, v. 20, n. 1, p. 116-128, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.48075/igepec.v20i1.13531>. Acesso em: 4 out. 2022.
- RESENDE, Anne C.; CAMILO, Ana M. H. Avaliando resultados de um programa de transferência de renda: o impacto do Bolsa-Escola sobre os gastos das famílias brasileiras. **Estudos Econômicos** (São Paulo), v. 38, n. 2, p. 235-265, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-41612008000200002>. Acesso em: 4 out. 2022.

- RIBEIRO, F. G.; SHIKIDA, Claudio; HILLBRECHT, Ricardo O. Bolsa Família: um survey sobre os efeitos do programa de transferência de renda condicionada do Brasil. **Estudos Econômicos** (São Paulo), v. 47, n. 4, p. 805-862, 2017.
- SANTOS, Adriano M. dos et al. Tensões e contradições da proteção social na fronteira da assistência com a saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746sol00265>. Acesso em: 29 set. 2022.
- SILVA, Dilma F.; SANTANA, Paulo R. de S. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 175-185, 31 dez. 2012.
- SILVA, Maria Ozanira da. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1429-1439, 2007.
- TAVARES, Priscilla A. Efeito do Programa Bolsa Família sobre a oferta de trabalho das mães. **Economia e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 613-635, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-06182010000300008>.
- TELLES, Vera da Silva. Pobreza e cidadania: dilemas do Brasil contemporâneo. **Caderno CRH**, v. 6, n. 19, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v6i19.18793>.
- TESTA, Mauricio G. et al. Análise da contribuição do Programa Bolsa Família para o enfrentamento da pobreza e a autonomia dos sujeitos beneficiários. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 6, p. 1519-1541, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000600009>. Acesso em: 28 set. 2022.
- UCHIMURA, Katia Y.; BOSI, Maria L. M.; LIMA, Flávia E. L.; DOBRYKOPF, Vanessa F. Qualidade da alimentação: Percepções de participantes do programa Bolsa Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 687-694, 2012.

O olhar do profissional da Unidade de Terapia Intensiva frente à segurança do paciente

Mariana Morais Campos de Carvalho
Danielle Bivanco-Lima
Cássio Silveira
Pollyana Oliveira Lira

Os cuidados na assistência à saúde evoluíram muito nos últimos anos e, atualmente, um dos maiores desafios é oferecer assistência segura e de qualidade. A complexidade do cuidado aumentou exponencialmente, com avanços científicos e tecnológicos, tanto em aspectos de recursos humanos quanto estruturais, demandando necessidades cada vez mais articuladas ao trabalho em equipe (Marra, Sette, 2016). Em 1999, Cyril Chantler, um nefrologista pediátrico britânico, refletiu que “o cuidado à saúde costumava ser simples, ineficaz e relativamente seguro. Agora é complexo, eficaz e potencialmente perigoso” (Chantler, 1999).

Neste contexto, o reconhecimento da segurança do paciente é importante, pois a complexidade do cuidado apresenta riscos inerentes ao processo de trabalho. Além disso, é necessário criar formas de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde com atenção em mitigar eventos adversos (Marra, Sette, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), “a segurança do paciente é uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde, que reduzem os riscos de forma consistente e sustentável, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam o erro menos provável e reduzem seu impacto quando ele ocorre” (WHO, 2024).

A cultura de segurança do paciente é uma prioridade para a qualidade e segurança em todos os níveis de uma organização. Segundo

a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), ela é “a medida em que a cultura de uma organização apoia e promove a segurança do paciente. Refere-se aos valores, crenças e normas que são compartilhados pelos profissionais de saúde e outros funcionários em toda a organização e que influenciam as suas ações e comportamentos” (AHRQ, 2024).

A magnitude dos erros na assistência à saúde foi abordada no relatório do *The Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (tradução – “Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro”), baseado em duas pesquisas retrospectivas em prontuários realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado, que avaliavam a incidência de eventos adversos. Esse relatório informou sobre os riscos decorrentes do cuidado de saúde moderno e estimou a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos por ano em hospitais vítimas de eventos adversos nos EUA (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000).

Recentemente, um estudo conduzido em 11 hospitais de Massachusetts, nos EUA, revelou que, em uma amostra aleatória de 2.809 internações, cerca de 23,6% apresentaram pelo menos um evento adverso. Dos 978 eventos adversos registrados, 222 (22,7%) foram considerados evitáveis. O estudo também documentou a ocorrência de sete óbitos, dos quais um foi identificado como evitável. Os eventos adversos relacionados a medicamentos foram os mais prevalentes, representando 39,0% do total (Bates, 2023).

No contexto brasileiro, uma pesquisa realizada em três hospitais-escola públicos no Rio de Janeiro revelou que a incidência de eventos adversos entre os pacientes foi de 7,6%. Além disso, constatou-se que a proporção geral de eventos adversos evitáveis foi de 66,7% (Travassos, Mendes, Martins & Roozenfeld, 2009).

Compreender os tipos, escopo e frequência dos eventos adversos, assim como aprender a evitá-los, é fundamental para a elaboração de ações que visem à redução dos danos causados pelos cuidados de saúde (WHO, 2008).

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um ambiente singular, que requer uma análise específica quanto ao risco de eventos adversos. Os pacientes acolhidos são de altíssima complexidade e com maior risco iminente de morte, apresentando diversas características que os

tornam mais suscetíveis a erros relacionados à assistência em saúde (Beccaria, 2009).

Os desafios ligados aos eventos adversos na UTI decorrem dos avanços científicos e tecnológicos, refletido em uma ampla gama de equipamentos e na introdução de novas tecnologias para diagnóstico, tratamento e cuidados especializados. Além disso, é verificado um aumento no número de profissionais envolvidos na prestação de cuidados (Beccaria, 2009), gerando maior necessidade de comunicação entre as equipes assistenciais, coordenação do cuidado, além de lidar com os contextos de pressão inerentes ao sistema de saúde.

É fundamental contar com uma equipe multiprofissional na UTI, pois o desenvolvimento adequado do trabalho depende dos cuidados especializados oferecidos por diferentes categorias profissionais. Nesta equipe estão incluídos os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, equipe da limpeza, auxiliares administrativos, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais, entre outros profissionais. Cada profissional tem uma tarefa específica, essencial para o gerenciamento eficaz e seguro dos pacientes. As equipes são organizadas em turnos e executam uma série de tarefas de rotina, além de ações específicas, de acordo com as alterações clínicas dos pacientes (Menezes, 2006).

Fortalecer uma cultura de segurança emerge como um dos pilares essenciais para melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde. Conduzir uma análise abrangente e profunda antes de implementar qualquer iniciativa voltada à cultura de segurança em uma instituição de saúde é fundamental. Esse passo é essencial para entender plenamente o cenário atual da instituição e monitorar o desenvolvimento após a implementação das intervenções realizadas. Essa avaliação pode ser conduzida de forma rápida e precisa por meio de questionários estruturados, e, com base nas informações identificadas, as próximas etapas podem ser cuidadosamente planejadas, visando a promoção eficaz de um ambiente seguro para todos os envolvidos (Carvalho, 2016).

Tendo em vista a crescente valorização e importância da cultura de segurança do paciente, bem como seu impacto em termos de prejuízos à saúde das populações e impactos financeiros para os sistemas de saúde, além de sua relevância em relação ao direito à saúde e ao cuidado de qualidade, optou-se por realizar o presente estudo. O obje-

tivo é descrever a percepção sobre a segurança do paciente sob a ótica dos profissionais que atuam direta ou indiretamente no cuidado ao paciente em uma UTI de adultos de um hospital terciário paulistano.

O PROCESSO DE COLETA DE DADOS: MÉTODOS E ESTRATÉGIAS

Neste estudo identificamos as dimensões da cultura de segurança do paciente, de acordo com o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), instrumento validado para o português, na perspectiva dos profissionais da UTI, para analisar as potencialidades e fragilidades na segurança do paciente e a frequência relatada de notificações de eventos adversos por parte dos profissionais da UTI. O HSOPSC é considerado um instrumento válido, confiável, eficiente e é amplamente utilizado internacionalmente e nacionalmente para mensurar a cultura de segurança do paciente. Foi desenvolvido e disponibilizado em 2004 pela AHRQ e foi traduzido para o português e validado para uso no Brasil (Reis, 2013; Reis, 2016; Reis, 2012).

O HSOPSC é constituído por nove seções e possibilita avaliar a cultura de segurança a nível individual, por unidade/setor hospitalar e do hospital como um todo. Ele abrange 12 dimensões (D) em escala de múltiplos itens, contendo 42 questões: D1. Frequência de eventos notificados (3 itens); D2. Percepção de segurança (4 itens); D3. Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favoreçam a segurança (4 itens); D4. Aprendizagem organizacional/melhoria continuada (3 itens); D5. Trabalho em equipe na unidade/serviço (4 itens); D6. Abertura para comunicações (3 itens); D7. *Feedback* e comunicação sobre erros (3 itens); D8. Resposta não punitiva para erros (3 itens); D9. Dimensionamento de pessoal (4 itens); D10. Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente (3 itens); D11. Trabalho em equipe entre unidades (4 itens); D12. Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços (4 itens) (Reis, 2013; Reis, 2016; Reis, 2012).

O questionário é composto também por uma questão de avaliação geral da segurança do paciente na unidade/área do serviço, uma questão para verificar a quantidade de notificações de eventos que o participante preencheu e apresentou nos últimos doze meses e, também, questões para verificar os dados sociodemográficos (Reis, 2013; Reis, 2016; Reis, 2012).

A maioria dos itens do questionário são respondidos em uma escala de 5 pontos (tipo *Likert*) refletindo a taxa de concordância: de “discordo fortemente” (correspondente a 1 ponto) a “concordo fortemente” (5 pontos), com uma categoria neutra “não concordo, nem discordo” (3 pontos). Outros itens são respondidos utilizando uma escala de frequência de 5 pontos: de “nunca” (1 ponto) a “sempre” (5 pontos). As duas variáveis de resultado são respondidas da seguinte forma: a) grau de segurança do paciente: medida por uma escala de 5 pontos de “excelente” (1) a “muito ruim” (5) e b) número de eventos relatados: quantos relatórios de eventos você escreveu e entregou nos últimos 12 meses, medida pela categoria de respostas: “nenhum”, “1 a 2 eventos”, “3 a 5 eventos”, “6 a 10 eventos”, “11 a 20 eventos” e “21 notificações ou mais” (Reis, 2013; Reis, 2016; Reis, 2012).

As 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, informadas anteriormente, são avaliadas por itens distribuídos ao longo do questionário de forma não sequencial. A cultura de segurança com o instrumento HSOPSC é avaliada através do percentual de respostas positivas obtido nos itens e em cada dimensão (Reis, 2013; Reis, 2016; Reis, 2012).

Para a análise descritiva do instrumento e avaliação da cultura de segurança, foram calculados os percentuais de respostas positivas às dimensões e para cada item da dimensão. As respostas positivas referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as sentenças formuladas de forma positiva, ou 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) nas perguntas formuladas negativamente. As respostas neutras ou intermediárias referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 3 (nem discordo, nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta. As respostas negativas referem-se às respostas que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) nas sentenças formuladas negativamente (Reis, 2013; Reis, 2016; Reis, 2012). Foram agrupadas as respostas negativas (somadas) para a análise estatística.

O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente. Foram conside-

radas “áreas fortes da segurança do paciente” na UTI aquelas cujas dimensões obtiveram 75% ou mais de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”). De modo semelhante, as “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam melhoria foram consideradas aquelas dimensões que obtiveram 50% ou menos de respostas positivas (Reis, 2013; Reis, 2016; Reis, 2012). Foi considerada como dimensão de cultura de segurança do paciente neutra ou intermediária aquela em que as respostas positivas estavam entre 51% e 74%.

O estudo foi desenvolvido com profissionais que atuavam direta ou indiretamente no cuidado aos pacientes em três UTIs destinadas a adultos de um hospital terciário paulistano, referência para tratamentos de alta complexidade. As UTIs em questão possuíam um total de 40 leitos e contavam com 240 profissionais no momento da pesquisa, realizada entre o final de 2019 e o início de 2020. Entre esses profissionais estavam: 51 médicos, 31 enfermeiros, 123 técnicos de enfermagem, 16 fisioterapeutas, 9 profissionais de serviços de higiene e limpeza, 6 auxiliares administrativos, 2 assistentes sociais, 1 psicólogo e 1 nutricionista.

O total de funcionários relatado pela gestão e pela equipe era de 240 profissionais no período do estudo, dos quais 202 atendiam aos critérios de inclusão. Deste total, 90 funcionários aceitaram participar do estudo, representando 44,6% dos elegíveis.

ANÁLISE DETALHADA DOS ACHADOS

Quanto às características sociodemográficas, observou-se a predominância de profissionais do sexo feminino (79,6%), com idade entre 22 e 54 anos. Em relação ao grau de instrução, 37,4% dos profissionais possuíam pós-graduação *lato sensu*, outros 37,4% tinham ensino médio completo, seguidos por 9,6% com ensino superior incompleto, 6% com ensino superior completo, 6% com pós-graduação *stricto sensu*, 2,4% com ensino fundamental incompleto e 1,2% com ensino fundamental completo (Tabela 6.1).

De acordo com o cargo na equipe multiprofissional, houve uma predominância de técnicos de enfermagem (47,7%) e enfermeiros (18,2%), seguidos por fisioterapeutas (12,6%), médicos (10,2%), auxiliares administrativos (3,4%), outros (3,4%), assistentes sociais (2,3%), psicólogos (1,1%) e nutricionistas (1,1%). A maioria dos profissionais nesse estudo apresentava contato direto com os pacientes (93,2%) (Tabela 6.1) (COFEN, 2016).

TABELA 6.1
Características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital terciário paulistano de acordo com sexo, São Paulo, 2019-2020

	Sexo feminino N = 70 (79,6%)	Sexo masculino N = 18 (20,4%)	Total N = 90 (100%)	P
Idade				0,13
20 a 29	8 (12,1%)	0 (0%)	8 (9,5%)	
30 a 39	25 (37,9%)	7 (38,9%)	32 (38,1%)	
40 a 49	28 (42,4%)	7 (38,9%)	35 (41,7%)	
50 a 59	5 (7,6%)	3 (16,7%)	8 (9,5%)	
60 ou mais	0 (0%)	1 (5,5%)	1 (1,2%)	
Grau de instrução				0,70
Primeiro grau incompleto	2 (3%)	0 (0%)	2 (2,4%)	
Primeiro grau completo	1 (1,5%)	0 (0%)	1 (1,2%)	
Segundo grau incompleto	27 (40,9%)	4 (23,5%)	31 (37,4%)	
Superior incompleto	5 (7,6%)	3 (17,6%)	8 (9,6%)	
Superior completo	4 (6,1%)	1 (5,9%)	5 (6%)	
Pós-graduação: nível especialização	23 (34,8%)	8 (47,1%)	31 (37,4%)	
Pós-graduação: nível mestrado ou doutorado	4 (6,1%)	1 (5,9%)	5 (6%)	0,24
Profissão				
Médico	5 (7,1%)	4 (22,2%)	9 (10,2%)	
Enfermeiro	14 (20%)	2 (11,1%)	16 (18,2%)	
Técnico de enfermagem	34 (48,6%)	8 (44,4%)	42 (47,7%)	
Nutricionista	1 (1,4%)	0 (0%)	1 (1,1%)	
Fisioterapeuta	8 (11,4%)	3 (16,7%)	11 (12,6%)	
Psicólogo	0 (0%)	1 (5,6%)	1 (1,1%)	
Assistente social	2 (2,9%)	0 (0%)	2 (2,3%)	
Auxiliar administrativo	3 (4,3%)	0 (0%)	3 (3,4%)	
Outro	3 (4,3%)	0 (0%)	3 (3,4%)	
Contato direto com paciente				0,19
Sim	64 (91,4%)	18 (100%)	82 (93,2%)	
Não	6 (8,6%)	0 (0%)	6 (6,8%)	

(Continua)

TABELA 6.1

Características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital terciário paulistano de acordo com sexo, São Paulo, 2019-2020 (Cont.)

	Sexo feminino N = 70 (79,6%)	Sexo masculino N = 18 (20,4%)	Total N = 90 (100%)	P
Tempo de trabalho no setor				0,38
Menos de 1 ano	8 (11,8%)	2 (11,1%)	10 (11,6%)	
De 1 a 5 anos	24 (35,3%)	6 (33,3%)	30 (34,9%)	
De 6 a 10 anos	20 (29,4%)	4 (22,2%)	24 (27,9%)	
De 11 a 15 anos	5 (7,3%)	4 (22,2%)	9 (10,5%)	
De 16 a 20 anos	10 (14,7%)	1 (5,6%)	11 (12,8%)	
De 21 ou mais anos	1 (1,5%)	1 (5,6%)	2 (2,3%)	
Horas trabalhadas por semana				0,74
Menos de 20 horas	1 (1,5%)	0 (0%)	1 (1,2%)	
De 20 a 39	47 (70,1%)	13 (76,5%)	60 (71,4%)	
De 40 a 59	13 (19,4%)	4 (23,5%)	17 (20,2%)	
De 60 a 79	3 (4,5%)	0 (0%)	3 (3,6%)	
De 80 a 99	3 (4,5%)	0 (0%)	3 (3,6%)	

A maioria dos profissionais tem experiência moderada em UTI, como evidenciado pelo tempo de trabalho no setor. Entre os profissionais, 34,9% indicam que trabalham na UTI entre 1 e 5 anos, 27,9% de 6 a 10 anos, 11,6% há menos de 1 ano, 12,8% de 16 a 20 anos, 10,5% de 11 a 15 anos e 2,3% informam que trabalham na UTI há 21 anos ou mais. Também foi evidenciada a quantidade de horas trabalhadas semanalmente, com a maioria (71,4%) referindo que trabalha entre 20 e 39 horas/semanais (Tabela 6.1).

Uma das estratégias para aprimorar a segurança do paciente é a comunicação de eventos adversos pelos profissionais de saúde, por meio de sistemas de notificação, os quais podem ser informatizados ou não. A notificação consiste no registro ou comunicação da ocorrência de eventos adversos ao setor responsável no serviço de saúde, geralmente à gestão de risco ou departamento de qualidade (Alves, Carvalho & Albuquerque, 2019). No hospital desta pesquisa, o sistema de notificação de eventos adversos era informatizado.

Nesta pesquisa, em relação à notificação da ocorrência de erros percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente, 42,7% dos pro-

fissionais relataram que quase sempre ou sempre eram notificados. Quanto à ocorrência de erros sem risco de dano ao paciente, 36,2% dos profissionais afirmaram que esses erros são quase sempre ou sempre notificados. No caso de erros com potencial para causar danos ao paciente, mas que não os causam, 42% dos profissionais relataram que esses erros são quase sempre ou sempre notificados.

Em contrapartida, na seção do HSOPSC referente ao número de notificações de eventos que o participante preencheu e apresentou nos últimos 12 meses, a maioria dos profissionais (54,7%) afirmou que não realizaram nenhuma notificação de evento adverso. Outros 28,6% relataram uma a duas notificações, 11,9% de três a cinco notificações, 3,6% de seis a dez notificações e 1,2% registraram vinte ou mais notificações.

A falta de notificação adequada de eventos adversos é resultado de diversas barreiras, como: o tempo necessário para realizar a notificação, o receio das consequências de notificar o evento adverso, a ausência de *feedback*, a incerteza sobre o que deve ser notificado e a percepção de que as notificações frequentemente não resultam em melhorias significativas (Alves, Carvalho & Albuquerque, 2019).

Uma pesquisa realizada no Brasil com enfermeiros sobre subnotificação identificou 115 razões para sua ocorrência, destacando-se a sobrecarga de trabalho, o esquecimento e a falta de valorização dos eventos adversos como os mais comuns, seguidos por sentimentos de medo, vergonha e outros (Claro, Krockoz, Toffolletto & Padilha, 2011). Os profissionais só sentirão incentivo para notificar um evento adverso quando perceberem que isso resulta em melhorias concretas para a segurança do paciente.

Considerando as orientações da AHRQ, na percepção dos participantes da pesquisa, nenhuma das dimensões do HSOPSC foi classificada como área de força, mostrando, portanto, a necessidade de melhoria em relação à cultura de segurança do paciente nesta UTI (Tabela 6.2). A ausência de áreas de força para a segurança do paciente pode estar atrelada à recente preocupação global acerca da temática.

A dimensão com a pior avaliação percentual na percepção dos profissionais desta UTI foi “respostas não punitivas aos erros”, com apenas 16,9% de respostas positivas. Em contrapartida, os profissionais demonstraram uma percepção mais favorável em relação à dimensão “trabalho em equipe dentro da unidade”, que obteve 68,3% de respos-

tas positivas, e à dimensão “aprendizagem organizacional com foco na melhoria contínua”, que alcançou 59,8% de respostas positivas. Ambas foram consideradas áreas neutras/intermediárias para a segurança do paciente (Tabela 6.2).

Em uma pesquisa realizada nos EUA, envolvendo 680 hospitais gerais e 447.584 profissionais, foi observado um resultado semelhante. A dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” também obteve a maior quantidade de respostas positivas (82%), enquanto a dimensão “respostas não punitivas aos erros” apresentou a menor quantidade de respostas positivas (45%) (AHRQ, 2016).

TABELA 6.2 Respostas positivas dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva de pacientes adultos de um hospital terciário paulistano para cada dimensão do HSOPSC, São Paulo, 2019-2020		
Dimensões	Respostas positivas*	Classificação
1. Expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	167/340 (49,1%)	Dimensão de cultura fragilizada
2. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	155/259 (59,8%)	Dimensão de cultura neutra
3. Trabalho em equipe dentro da unidade	239/350 (68,3%)	Dimensão de cultura neutra
4. Abertura da comunicação	94/260 (36,2%)	Dimensão de cultura fragilizada
5. Retorno da informação e da comunicação sobre erros	77/258 (29,8%)	Dimensão de cultura fragilizada
6. Respostas não punitivas aos erros	44/261 (16,9%)	Dimensão de cultura fragilizada
7. Adequação de pessoal	137/338 (40,5%)	Dimensão de cultura fragilizada
8. Apoio da gestão para a segurança do paciente	77/257 (30,0%)	Dimensão de cultura fragilizada
9. Trabalho em equipe entre as unidades	117/348 (33,6%)	Dimensão de cultura fragilizada
10. Transições do cuidado e transferências	114/345 (33,0%)	Dimensão de cultura fragilizada
11. Percepção geral da segurança do paciente	114/343 (33,2%)	Dimensão de cultura fragilizada
12. Frequência da notificação de eventos de segurança	105/252 (41,7%)	Dimensão de cultura fragilizada

* Os dados demonstram a fórmula de cálculo de cada dimensão = (respostas positivas/respostas válidas) $\times$ 100.

Para promover uma discussão mais abrangente, as 12 dimensões do HSOPSC serão abordadas individualmente. A dimensão **expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente** obteve, nesta pesquisa, um total de 49,1% de respostas positivas. Essa dimensão avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente e se reconhecem a participação dos funcionários em procedimentos de melhoria da segurança do paciente. Essa dimensão é composta por quatro itens, com destaque para o item em que 42,9% dos profissionais afirmaram que o supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente, e o item em que 43% dos profissionais concordaram que “O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente”.

Neste estudo, constatou-se que essa dimensão estava fragilizada. No entanto, ela é crucial para a segurança do paciente, e uma avaliação positiva reflete uma boa interação entre os profissionais da linha de frente e a gestão. Essa relação é fundamental e pode desempenhar um papel significativo na promoção de um ambiente de trabalho mais seguro e eficiente em termos de cuidados ao paciente, já que a equipe se sente respaldada e reconhecida.

A dimensão de **aprendizagem organizacional e melhoria contínua** apresentou 59,8% de respostas positivas, sendo, portanto, considerada uma dimensão de cultura neutra, e demonstra que possui potencial para se tornar uma área de força para a segurança do paciente.

Essa dimensão avalia se há aprendizado a partir dos erros que resultam em mudanças positivas e analisa a efetividade das mudanças realizadas. Dentre os três itens que a compõem, o de maior destaque foi: “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, com 73,3% dos profissionais concordando com essa afirmação.

Reforçar a cultura de segurança no nível organizacional é um passo considerado fundamental para aprimorar a segurança do paciente. Um dos principais desafios na gestão da saúde é analisar os indicadores de qualidade e seu impacto potencial na segurança (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000).

Em um hospital, uma cultura de aprendizagem se manifesta quando a organização procura aprender com os erros e incorpora processos de melhoria de desempenho. Essa cultura promove a conscientização so-

bre segurança entre os profissionais e cria um ambiente propício para o aprendizado por meio de oportunidades educacionais. Além disso, a avaliação do processo de aprendizagem incentiva o compartilhamento das lições aprendidas e reconhece a educação como um processo contínuo e em constante evolução (Sammer et al., 2010).

A dimensão **trabalho em equipe na unidade** obteve 68,3% de respostas positivas, sendo esta a maior porcentagem encontrada entre as dimensões avaliadas nesta pesquisa. Esta dimensão avalia se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe. A maioria dos profissionais (77,27%) concordou com a afirmação: “Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito”, e 75,86% concordaram que “quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente”.

Observa-se, assim, que os profissionais percebem o trabalho em equipe de forma relativamente positiva, o que é crucial para proporcionar uma assistência com responsabilidade compartilhada, com qualidade e segurança para o paciente.

O trabalho em equipe representa um dos principais pilares para uma assistência abrangente e justa. Um conjunto de características de uma equipe integrada inclui: comunicação efetiva, reconhecimento do trabalho dos outros profissionais e suas especificidades, questionamento da desigualdade na valorização das diferentes funções e profissionais envolvidos, estabelecimento de objetivos compartilhados, promoção da tomada de decisão conjunta e exercício da autonomia profissional considerando a interdependência entre áreas, além de desenvolver um projeto assistencial comum (Peduzzi, Leonello, Ciampone, 2016).

Em uma UTI, o objetivo comum é a recuperação do paciente em tempo hábil, em um ambiente físico e psicológico adequados, aliado a um bom relacionamento humano. O respeito mútuo entre os membros da equipe é muito importante para que todos desempenhem harmonicamente o seu papel, através da união de conhecimentos, experiências e habilidades (Kamada, 1978).

A dimensão **abertura para comunicações** avalia se os funcionários do hospital conversam abertamente sobre os erros que podem afetar o paciente e se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade. Essa dimensão obteve um total de 36,2% de respostas positivas e é composta por três itens. O destaque foi que 50,57% dos

profissionais concordaram com a afirmação de que “Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente”. No entanto, somente 22,09% concordaram que “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores”.

Em uma pesquisa conduzida em três UTIs de um hospital público de ensino em Sumaré, São Paulo, Brasil, foi constatado que a dimensão de “Abertura para comunicação” foi a segunda mais frágil na cultura de segurança, registrando 50,4% das respostas (Santiago, Turrini, 2015).

Uma comunicação assertiva, clara e estruturada é essencial para promover uma cultura de segurança. A implementação de formas de comunicação, como *briefings*, é uma ação extremamente benéfica. *Briefings* são discussões breves realizadas no início dos procedimentos para assegurar que todas as partes estejam informadas e que os equipamentos, os medicamentos e os documentos necessários estejam disponíveis. Um *debriefing* ocorre novamente ao final de um procedimento para possibilitar uma revisão (Sammer et al., 2010).

A dimensão de **retorno da informação e da comunicação sobre erros** foi avaliada de maneira significativamente negativa, com apenas 29,8% de respostas positivas. Essa dimensão avalia a percepção dos funcionários em relação ao relato de erros que ocorrem, à implementação de mudanças e à discussão de estratégias para evitar erros futuros. Ela é composta por três itens, sendo que o item “Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir da notificação de eventos” obteve a menor porcentagem de respostas positivas (20,93%).

Fornecer *feedback* ou fechar o ciclo é fundamental para gerar confiança e abertura, ações importantes para promover uma cultura de segurança. Um bom diálogo e devolutivas das medidas tomadas facilitam a troca de informações com qualidade, a expressão de ideias e a resolução de conflitos (Sammer et al., 2010).

O achado desta pesquisa está em consonância com um estudo realizado no Sul do Brasil em 2016, no qual apenas 17,24% dos profissionais afirmaram receber informações sobre os erros ocorridos na unidade. Os profissionais que trabalham na linha de frente do cuidado necessitam ser ouvidos, serem informados sobre as ocorrências de erros e obter um retorno sobre as medidas que serão adotadas para evitar reincidências (Minuzzi, Salum & Locks, 2016).

A dimensão **respostas não punitivas aos erros** apresentou o menor percentual de respostas positivas, de acordo com os profissionais da UTI estudada (16,9%). Esta dimensão avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais.

Uma cultura de segurança baseada em punição pode resultar na percepção de sofrimento psicológico, físico e profissional por parte dos profissionais, o que pode indicar uma falta de apoio por parte da organização (Merten, van Galen & Wagner, 2017). Alcançar um equilíbrio entre os extremos de punição e indulgência é o propósito de promover uma cultura justa. Esta cultura melhora a segurança do paciente ao capacitar os funcionários a monitorarem proativamente o local de trabalho e participar dos esforços de segurança no ambiente de trabalho (Boysen, 2013; Marsico, Oman & Marx, 2018).

É amplamente difundido na sociedade e, especialmente, entre os profissionais de saúde, o conceito de que eles são infalíveis. Desde a graduação, é frequente a ideia equivocada de que “bons profissionais de saúde não cometem erros” ou que “basta estar atento para evitá-los”. Infelizmente, poucos se dão conta que errar é humano (Ministério da Saúde, 2014). Um espaço seguro para compartilhar reflexões profissionais proporciona a troca de experiências, fomentando, portanto, a cultura de segurança do paciente, aprendizado e melhoria contínua, permitindo, assim, que outros aprendam com suas vivências e contribuam para uma prática mais segura, eficaz e que promovam melhores resultados para os pacientes.

A dimensão **adequação de pessoal** avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes, apresentando um total de 40,5% de respostas positivas. Essa dimensão é composta por quatro itens, com destaque para o item “Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho”, no qual somente 18,82% dos profissionais concordaram com a afirmação. Com base nesses percentuais, percebe-se que os profissionais desta UTI consideram o quantitativo de pessoal insuficiente para atender à demanda de trabalho.

Na rotina da UTI, a equipe se depara frequentemente com situações de alta demanda de trabalho, principalmente a equipe de enfer-

magem, que lida continuamente com as necessidades dos pacientes e familiares, além de interagir rotineiramente com os aspectos emocionais mais intensos da vida. A carga de trabalho de enfermagem é um dos fatores mais determinantes para a segurança do paciente e para a qualidade do atendimento em UTI (Carayon, Gurses, 2005).

A sobrecarga de trabalho relacionada à desproporção entre o número de profissionais de enfermagem e de pacientes é relatada como fator de risco inclusive para o aumento da incidência de infecções hospitalares em pacientes críticos. Em um estudo realizado em duas UTIs de hospitais públicos brasileiros, foi detectado que aproximadamente 78% dos incidentes sem lesão e de eventos adversos em pacientes foram relacionados à esfera da enfermagem. A sobrecarga de trabalho foi identificada como causa dessas complicações, ressaltando que os eventos adversos podem ser prevenidos por meio da prestação adequada de cuidados de saúde (Novaretti et al., 2014).

Uma pesquisa conduzida em quatro hospitais da Finlândia constatou que as chances de ocorrência de incidentes de segurança do paciente eram de 10% a 30% maiores, e a taxa de mortalidade dos pacientes aumentava em cerca de 40% quando a carga de trabalho da equipe de enfermagem ultrapassava o nível ideal. Quando a carga de trabalho é reduzida, ocorre 25% menos chances de um evento acontecer. Quando os enfermeiros têm mais tempo para cuidar e observar cada paciente, o risco de eventos adversos reduz e, consequentemente, previne a deterioração da condição de saúde do paciente (Fagerström, Kinnunen & Saarela, 2018).

A dimensão **apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente** recebeu 30% de respostas positivas e avalia se a administração e gestão do hospital proporciona um clima de trabalho que promova a segurança do paciente, demonstrando que a segurança do paciente é uma prioritária. Esta dimensão é composta por três itens, com destaque para o item “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade”, no qual 39,53% dos profissionais concordaram, e 25,28% concordaram com a afirmação “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente”.

Corroborando esses dados, duas pesquisas realizadas no Brasil mostraram percentuais relativamente próximos aos encontrados nesta pesquisa, indicando que os profissionais não acreditam que há apoio

adequado da gestão para a segurança do paciente (Minuzzi, Salum & Locks, 2016; Batalha-Silva & Melleiro, 2016).

Dois comentários foram escritos pelos profissionais desta pesquisa ao final do questionário HSOPSC:

Sinto falta de protocolos que irão nortear o atendimento, quanto estatística que por sua vez refletem na qualidade do atendimento. Protocolos unificam as condutas, nos obrigam, através dos dados analisados, revermos estratégias para minimizar os erros. Devemos realizar condutas baseadas em resultados! Protocolos não engessem, norteiam! Muitas vezes a posição de conforto do profissional leva ao erro! Por favor, mais cobrança! (Fisioterapeuta 1)

A partir do momento que o hospital foca a segurança do paciente, ele tem o dever de disponibilizar todos os recursos necessários para a sua aplicabilidade. Não adianta cobrar pulseira de identificação e não disponibilizar a quantidade necessária, para que se exija a norma estabelecida, ou um dia está disponível e em outro não há na casa. (Enfermeiro 2)

A relação entre a segurança do paciente e a qualidade da gestão é inegável. A gestão desempenha um papel crucial no avanço ou retrocesso de uma organização. Os gestores carregam a responsabilidade moral e legal de assegurar cuidados de alta qualidade e segurança para os pacientes. Como líderes, é sua responsabilidade estabelecer novas políticas, revisar as existentes, tomar decisões significativas diariamente e criar um ambiente de trabalho que permita aos colaboradores oferecer o melhor atendimento possível aos pacientes (Alanazi & Falqi, 2023).

A dimensão de **trabalho em equipe entre as unidades hospitalares** obteve 33,6% de respostas positivas e avalia se as unidades do hospital cooperam e se coordenam para oferecer cuidados de alta qualidade aos pacientes. Somente 37,5% dos profissionais concordaram com a afirmação de que “As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes”, enquanto 41,71% consideraram que as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.

Um comentário deixado por um técnico de enfermagem chama a atenção em relação ao trabalho entre a UTI e a farmácia:

Setor de farmácia não entrega as medicações no horário previsto antes das 16 horas, sendo assim prejudica a administração das

medicações no horário, falta medicações onde o técnico de enfermagem tem que se deslocar ao setor de farmácia. (Técnico de enfermagem 2)

Essa informação, escrita pelo técnico de enfermagem, exemplifica a importância de uma melhor integração entre as equipes das unidades de internação e da farmácia. É fundamental estabelecer uma colaboração estreita com a farmácia hospitalar, pois esse trabalho conjunto pode contribuir significativamente para a redução de erros relacionados à medicação (Mello & Barbosa, 2013).

A falta de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é uma das principais razões para erros e danos aos pacientes. Assim, para melhorar a segurança do paciente, é de extrema importância manter uma comunicação sólida entre as diversas unidades hospitalares.

A dimensão de **transições do cuidado e transferências** avalia se as informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são transferidas através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno, e obteve 33% de respostas positivas. Esta dimensão é composta por quatro itens, e destaca-se que 21,59% dos profissionais discordam da afirmação de que “O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra”.

Uma transferência de cuidado consiste na transferência de responsabilidade por alguns ou todos os aspectos do cuidado de um paciente ou grupos de pacientes para outra pessoa ou grupo de profissionais. Transferências de alta qualidade são essenciais para a assistência em saúde segura e são realizadas em diversas situações clínicas (Merten, van Galen & Wagner, 2017).

A comunicação ineficaz durante a transferência de cuidados é reconhecida como um fator crítico para a segurança do paciente. Cerca de 80% dos eventos adversos envolvem falhas de comunicação entre os profissionais durante a transferência. Além de causar danos ao paciente, essas falhas de comunicação podem levar a atrasos no tratamento, tratamento inadequado e maior tempo de permanência no hospital (Joint Commission, 2012).

A comunicação eficaz na passagem de plantão requer a superação das barreiras ambientais, como a necessidade de um ambiente físico adequado, com diminuição de ruídos e interferências. Além disso, é essencial superar as barreiras humanas, pois o processo de passagem de plantão demanda seriedade, comprometimento, atenção e envol-

vimento para garantir que informações relevantes sejam transmitidas, assegurando a continuidade do cuidado (Silva, Anders, Rocha, Tomazoni & Scapin, 2018).

A dimensão de **percepção geral de segurança do paciente** avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas relacionados à segurança do paciente. Esta dimensão obteve 33,2% de respostas positivas. Dentre os quatro itens dessa dimensão, o que obteve menor porcentagem de respostas positivas (22,98%) foi a afirmação de que “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”.

Os profissionais da UTI que participaram da pesquisa avaliaram a cultura de segurança do paciente, atribuindo uma nota na seção E do HSOPSC. A maioria dos profissionais (49,4%) avaliou a segurança do paciente como regular, 34,1% como muito boa, 10,6% como excelente, 4,7% como ruim e 1,2% como muito ruim (Tabela 6.3). Este resultado é semelhante ao encontrado em outros estudos, como o realizado na Turquia em 2015, em que 43% dos enfermeiros avaliaram suas unidades como “regulares” em termos de segurança do paciente (Yilmaz & Goris, 2015).

A movimentação em relação à segurança do paciente teve início no final da década de 90, mas o conceito foi incorporado mais recentemente pelas organizações de saúde brasileiras. Por isso, ainda não há um diagnóstico amplo sobre os problemas de segurança do paciente, e muitas organizações ainda estão em processo de desenvolvimento (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000; ANVISA, 2013).

TABELA 6.3
Nota da segurança do paciente na percepção dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva de pacientes adultos de um hospital terciário paulistano, de acordo com sexo, São Paulo, 2019-2020

Nota	Sexo feminino	Sexo masculino	Total N = 90	P
Excelente	8 (11,9%)	1 (5,6%)	9 (10,6%)	0,18
Muito boa	24 (35,8%)	5 (27,7%)	29 (34,1%)	
Regular	31 (46,3%)	11 (61,1%)	42 (49,4%)	
Ruim	4 (6%)	0 (0%)	4 (4,7%)	
Muito ruim	0 (0%)	1 (5,6%)	1 (1,2%)	

É necessário modificar a cultura organizacional atual, implantando e fortalecendo a cultura de segurança em todo o sistema de saúde. Uma cultura de segurança sólida favorece o aprimoramento da assistência à saúde segura, promovendo avanços na comunicação, no trabalho em equipe, no compartilhamento de conhecimentos, entre outros. A cultura de segurança impulsiona os profissionais a se responsabilizarem pelos seus atos, por meio de uma liderança proativa, assegurando a cultura justa no tratamento dos eventos adversos (ANVISA, 2013; Reis, Martins & Laguardia, 2013).

Avaliar a cultura de segurança do paciente tem um papel fundamental na promoção do cuidado seguro, pois permite identificar áreas fortes e frágeis que necessitam de melhorias, ajudando a direcionar os planos de ação voltados para a segurança do paciente (Minuzzi, Salum & Locks, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa destacou áreas que necessitam de atenção especial e intervenção dos gestores para fortalecer a segurança do paciente. Diante disso, é essencial o desenvolvimento de planos de ação estratégicos, voltados para abordar as lacunas identificadas e promover uma cultura de segurança robusta na UTI estudada. Isso pode envolver a implementação de programas de treinamento e educação para os profissionais de saúde, a introdução de protocolos e procedimentos padronizados, o estímulo à comunicação aberta e eficaz entre os membros da equipe, além do estabelecimento de sistemas de monitoramento e *feedback* contínuo para garantir a melhoria contínua. Ao adotar uma abordagem proativa e centrada no paciente para lidar com essas questões, os gestores têm a oportunidade de promover um ambiente mais seguro e de qualidade na UTI, beneficiando diretamente a segurança e o bem-estar dos pacientes atendidos.

Uma das limitações deste estudo foi a quantidade reduzida de participantes, principalmente pela intensa carga de trabalho dos profissionais da UTI, conforme relatado por estes à pesquisadora em diversos momentos durante a coleta de dados. No entanto, espera-se que os resultados contribuam para fomentar a discussão sobre a segurança do paciente e para o processo de reflexão dos profissionais. Afinal, os debates sobre segurança do paciente ainda estão em constante desenvolvimento, tanto no Brasil quanto no mundo. Apesar dos avanços sig-

nificativos nas últimas décadas, ainda há desafios a serem enfrentados para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde.

Estudar a segurança do paciente é essencial, pois permite compreender as lacunas existentes nos sistemas de saúde, bem como a implementação de práticas e políticas eficazes para mitigar riscos e promover o bem-estar e a integridade dos pacientes. Além disso, o conhecimento nesta área contribui para a capacitação de profissionais de saúde mais conscientes, capazes de adotar medidas preventivas e corretivas para reduzir incidentes adversos e aprimorar a qualidade do atendimento. É imperativo que a cultura de segurança do paciente seja adotada por toda a equipe hospitalar, visando proporcionar uma assistência de qualidade, caracterizada por decisões e condutas assertivas, protocolos adequados e uma abordagem eficaz, tornando o período de internação do paciente o mais tranquilo possível. Este é um percurso de constante evolução e aprendizado, que demanda um compromisso contínuo com a melhoria da segurança e dos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS

- AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). **Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016: user comparative database report**. Rockville, MD: AHRQ, 2016.
- AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (n.d.). **About patient safety culture**. Retrieved July 23, 2024, from <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>
- ALANAZI, N. H.; FALQI, T. A. Healthcare Managers' Perception on Patient Safety Culture. **Global Journal of Quality and Safety in Healthcare**, v. 6, n. 1, p. 6-14, 2023.
- ALVES, M. F. T.; CARVALHO, D. S.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2837-2847, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.20182019>
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BR). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: ANVISA, 2013.
- BATALHA-SILVA, E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. Supl. 1, p. 109-123, 2016.
- BATES, D. W., et al. The Safety of Inpatient Health Care. **New England Journal of Medicine**, v. 388, n. 2, 2023. <https://doi.org/10.1056/NEJM198207083070206>
- BECCARIA, L. M., et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 3, p. 276-282, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2009000300008>
- BOYSEN, P. G. Just Culture: A Foundation for Balanced Accountability and Patient Safety. **Ochsner Journal**, v. 13, n. 3, p. 400-406, 2013.

- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CARAYON, P.; GURSES, A. P. A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 21, p. 284-301, 2005. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.05.002>
- CARVALHO, R. E. F. L., et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. e2849, 2016. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1300.2849>
- CHANTLER, C. The role and education of doctors in the delivery of health care. **The Lancet**, v. 353, n. 9159, p. 1178-1181, 1999. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)09055-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)09055-5)
- CLARO, C. M.; KROCOCKZ, D. V. C.; TOFFOLLETO, M. C.; PADILHA, K. G. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 217-224, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100029>
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil** (Vol. I). FIOCRUZ/COFEN, Rio de Janeiro, 2016.
- FAGERSTRÖM, L.; KINNUNEN, M.; SAARELA, J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. **BMJ Open**, v. 8, p. e016367, 2018. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367>
- JOINT Commission. Joint Commission Center for Transforming Healthcare Releases Targeted Solutions Tool for Hand-Off Communications. **Joint Commission Perspectives**, v. 32, n. 8, 2012.
- KAMADA, C. Equipe multiprofissional em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 19-25, 1978.
- KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Eds.). **To Err is Human: building a safer healthsystem**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
- MARRA, V. N.; SETTE, M. L. (Coord.). **Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional**. Rio de Janeiro: Autografia, 2016.
- MARSICO, N.; OMAN, L.; MARX, D. Interview: a just culture conversation with the leadership of Magruder Hospital [Vídeo], 2018. Retrieved from <https://youtu.be/Lb7XtiZRLtk>
- MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, 1124-1133, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>
- MENEZES, R. A. **Diffíceis Decisões: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo**. Coleção Antropologia e Saúde. Editora Fiocruz, 2006.
- MERTEN, H.; van GALEN, L. S.; WAGNER, C. Safe Handover. **BMJ**, v. 358, p. j4098, 2017. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4098>
- MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva na Perspectiva da Equipe de Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. e00142514, 2016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000142514>
- NOVARETTI, M. C. Z., et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670508>

- PEDUZZI, M.; LEONELLO, V. M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp. 103-114.
- REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro** (Tese de doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- REIS, C. T., et al. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100017>
- REIS, C. T., et al. Confiabilidade e validade da versão brasileira da Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC): um estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 11, e00115614, 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115614>
- REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700009>
- SAMMER, C. E., et al. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01340.x>
- SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe., p. 112-119, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700017>
- SILVA, M. F.; ANDERS, J. C.; ROCHA, P. K.; TOMAZONI, A.; SCAPIN, S. Q. Fragilidades da passagem de plantão em uma unidade pediátrica na perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, v. 18, n. 2, p. 62-68, 2018.
- TRAVASSOS, C.; MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp027>
- WHO. World Health Organization (WHO). Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: WHO, 2008.
- WHO. World Health Organization (WHO). About patient safety. Retrieved July 23, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about>
- YILMAZ, Z.; GORIS, S. Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units. **Pakistani Journal of Medical Sciences**, v. 31, n. 3, p. 597-601, 2015. <https://doi.org/10.12669/pjms.313.7675>

Regionalização e regulação em saúde da rede de urgência e emergência no estado de São Paulo

Ana Lúcia Passos Meira

Nelson Ibañez

Marília Louvison

APRESENTAÇÃO

A regionalização permanece um tema de debate entre os gestores. Compreender como os agentes se organizam para produzir, de maneira colaborativa, não apenas bens, mas também valores públicos, pode ser o ponto de partida para construir soluções para os problemas enfrentados pelas sociedades contemporâneas. Os desafios impostos pela regionalização têm sido foco constante de pesquisas avaliativas que buscam apontar caminhos para a integração e coordenação de serviços e cuidados. O objetivo é aperfeiçoar essas práticas por meio de inovações e políticas que melhorem a integração do sistema de saúde com foco no paciente, aprimorando as articulações regionais e colocando em evidência o papel da regulação dos serviços e equipamentos de saúde como uma ferramenta para a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A política da Rede de Urgência e Emergência (RUE), uma das redes temáticas do SUS, visa garantir o acesso aos serviços, trazendo à tona a estruturação e organização de fluxos. Essa iniciativa também foi uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para ofertar serviços e ações de saúde que reduzam as desigualdades de acesso, promovendo atenção à saúde de forma contínua, equânime, o mais próxima possível da moradia da população e em tempo oportuno.

Nesse contexto, este capítulo buscará identificar os elementos essenciais da regulação que apoiam a implementação da RUE em cinco

regiões de saúde do estado de São Paulo. Para atingir esse objetivo, foi necessário compreender como o processo de regulação ocorre no cotidiano dos sistemas locais de saúde, permitindo identificar potencialidades e fragilidades que interferem no acesso dos usuários às ações e aos serviços de saúde de urgência. Esse diagnóstico foi essencial para pensar em alternativas que qualifiquem o processo regulatório, garantindo, assim, o acesso dos usuários de forma oportuna dentro da RUE.

INTRODUÇÃO

A ideia e o debate sobre a regionalização da saúde têm tido relevância no Brasil, principalmente no contexto da política de saúde pública, pois se trata de uma das principais estratégias para a consolidação da descentralização da saúde e a implementação dos princípios básicos da integralidade e equidade, contidos na Constituição Federal de 1988 (CF/88) no quesito da saúde (Rocha, 2012). Dessa forma, a regionalização tem sido considerada um processo fundamental para o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, a regionalização em saúde no Brasil não é um processo simples, especialmente por enfrentar as desigualdades e diversidades regionais, além da abrangência das atribuições do Estado na saúde e da multiplicidade de atores (governamentais, não governamentais, além dos públicos e privados) envolvidos na condução e prestação de serviços de atenção à saúde. Louvison (2019) afirma que as desigualdades regionais se apresentam em mosaicos territoriais, nos quais é indispensável identificar tanto as inclusões desiguais quanto as exclusões abissais, fortemente agravadas pelas políticas de austeridade. A equidade territorial, nesse contexto, é um desafio a ser enfrentado para que a integralidade, como diretriz do SUS, seja efetivamente concretizada (Viana e Izzi, 2019).

Todas essas questões dificultam a obtenção de uma rede de cuidados equânimes e integrais, conforme previsto pela CF/88, permanecendo como um propósito a ser alcançado pelo sistema. Nos últimos anos, observou-se um processo de incorporação institucional de instrumentos de gestão que buscam garantir o acesso e melhorar a utilização dos serviços do SUS pelos usuários, com destaque para o papel da regulação assistencial (Ferreira et al., 2010; Evangelista et al., 2008; Baduy et al., 2011). Uma regulação deficitária pode reforçar as desigualdades no acesso, devido à superposição de instrumentos, fragmentação das informações e falta de recursos especializados (Louvison, 2019).

O acesso dos usuários à rede de atenção requer a adoção de uma racionalidade organizativa que leve em consideração a complexidade ou gravidade dos diagnósticos, as características dos usuários e o perfil da rede. Esse acesso deve ser balizado por princípios, diretrizes e protocolos, garantindo equidade, que é materializada por meio da regulação assistencial. No Brasil, esse processo foi fortalecido pela instituição da Política Nacional de Regulação (PNR), em 2008, introduzindo o conceito ampliado de regulação (Brasil, 2008). De acordo com a PNR, a regulação do acesso é organizada por meio de complexos reguladores e centrais de regulação (Figueiredo, Angulo-Testa, Hartz, 2019).

Ao falar de acesso, uma das portas de entrada do SUS é a Rede de Urgência e Emergência (RUE), fortalecida e instituída pelo Ministério da Saúde (MS), a partir do Decreto nº 7.508/2011, que propõe a construção de redes temáticas e a constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2011). As iniciativas para a ampliação da RUE aconteceram no Brasil, fortemente nos últimos 20 anos, incluem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), as Centrais de Regulação Médica das Urgências as Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a política dos hospitais de pequeno porte (HPP), ampliando o número de unidades e proporcionando maior acesso dos usuários aos serviços do SUS (Tofani et al., 2022; Tofani et al., 2024). No entanto, esses serviços enfrentam desafios como superlotação e ineficiência de processos, repercutindo na sua integralidade com os demais serviços da rede e a garantia do direito ao acesso em tempo oportuno, evidenciando a fragilidade do componente regulatório (Tofani et al., 2023).

Portanto, observar os processos que estruturam a regionalização, a partir do papel da regulação no estado de São Paulo, é relevante para proporcionar acesso e integração entre os serviços de saúde. Esse olhar é pertinente para entender a consolidação da RUE, já que a regulação se apresenta como uma ferramenta essencial para a integração vertical das RAS, articulando-se com todos os elementos da rede na busca pela organização dos fluxos, garantia de acesso, alinhamento da regulação assistencial, além da cobertura de vagas e da resolutividade da rede. Desempenha, assim, um papel fundamental no aprimoramento e na implantação da regulação regional, uma ferramenta importante para a minimização das desigualdades regionais e dos vazios assistenciais apresentados no nosso sistema de saúde, incluindo o estado de São Paulo.

CAMINHOS E DISCUSSÕES

Para compor a discussão dessa produção, foram selecionadas cinco regiões do Projeto que foram contempladas na Pesquisa citada anteriormente, sendo elas: a Região Metropolitana de Campinas (RMC), o Vale do Ribeira (VR), o Litoral Norte (LN), Itapeva e o Vale do Jurumirim (VJ) e para a análise dos dados coletados nessas regiões foi utilizada a abordagem de estudos de caso múltiplos. Essa abordagem justifica-se por possibilitar abordar fenômenos complexos, favorecendo sua investigação no seu contexto (Yin, 2005). Essa produção é parte integrante do projeto Saúde em Ação do estado de São Paulo e compôs o livro Estratégias para saúde em São Paulo (Neves, Meira et al., 2020).

Os dados foram compostos por entrevistas com os responsáveis pela regulação nos municípios eleitos para cada uma das regiões; além do uso de documentos (protocolos, fluxos, lista de espera, carteira de consultas/procedimentos oferecidos) e dados dos sistemas de informação. Tratou-se de amostra por intencionalidade, constituída por informantes-chave. Além dessas entrevistas, também foram realizadas outras entrevistas em profundidade com usuários, com o objetivo de identificar as trajetórias assistenciais (itinerários terapêuticos – IT), utilizando como traçador o Acidente Vascular Encefálico (AVE).

Os IT's foram realizados com o objetivo de compreender a dinâmica real de resolução dos problemas de saúde e os modos como os pacientes e seus familiares buscam soluções para esses problemas. Assim, foi possível desenhar o fluxo assistencial adotado a partir da assistência prestada a esses usuários na rede de urgência e emergência nas regiões estudadas, com o AVE sendo utilizado como traçador. Isso se deve ao fato de se tratar de um acondicionamento de saúde que exige cuidados assistenciais de urgência, o que implica que o paciente precise recorrer aos serviços estruturais da rede, incluindo a APS, o SAMU, a UPA e, por fim, os hospitais.

Complexos reguladores regionais e as centrais de regulação de urgência e emergência: estruturação e operação na garantia do acesso em rede

O estado de São Paulo, ao passo do fortalecimento da descentralização e buscando implementar a regionalização, constituiu 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), acompanhando o movimento

nacional de desenvolvimento de regiões de saúde, especialmente a partir do Pacto de Gestão pelo SUS (2006). Este pacto reafirmou a regionalização como uma diretriz do SUS, propondo a criação de espaços regionais, os chamados Colegiados de Gestão Regional (CGR), posteriormente transformados em Comissões Intergestores Regionais (CIR) pelo Decreto nº 7.508. Essas instâncias foram criadas para atender às questões de saúde em cada região, funcionando como representações descentralizadas que, ao mesmo tempo em que descentralizavam a atuação dos órgãos de saúde, formavam uma rede de serviços com diversas funções, incluindo a criação de mecanismos e órgãos que proporcionassem acesso aos serviços e equipamentos de saúde nas regiões (Brasil, 2011a; Paschoalotto et al., 2018).

No estado de São Paulo, por meio de uma proposta da Secretaria Estadual de Saúde (SES-SP), o complexo regulador (CR) inclui, além da central estadual, os complexos reguladores regionais. A criação dos complexos reguladores foi prevista na Política Nacional de Regulação em Saúde (PNRS), em 2008, como uma dimensão do processo regulatório em saúde que, por meio de CR's, visa conformar uma rede de cuidados integrais e equitativos (Brasil, 2008). A central estadual é a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS).

Nem todas as regiões do estado de São Paulo possuem seus próprios CR's; algumas dessas regiões, como Ribeirão Preto e Campinas, usam a plataforma (portal) da CROSS em seus núcleos regionais. Nas regiões que não implantaram seus núcleos de regulação, os equipamentos locais de saúde solicitam diretamente à CROSS. Em 2009, a Central de Regulação de Urgências Estadual (CRUE) do estado de São Paulo foi criada para responder às solicitações de atendimentos de urgência do estado, funcionando ininterruptamente. Em cada um dos 17 DRS, foi implantado um núcleo de regulação, em horário comercial, que tinha como função o agendamento de procedimentos eletivos. Em 2010, a CROSS passou a agregar a regulação de urgência, além da eletiva, expandindo suas ações voltadas para a regulação do acesso de alguns estabelecimentos de saúde, tanto na área ambulatorial quanto hospitalar, buscando contribuir para integralidade da assistência, propiciando o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades de cada região.

A regulação assistencial é materializada por meio do acesso do usuário à rede de atenção. Para isso, é necessário adotar um planejamento e uma racionalidade organizativa que considerem a complexidade e/ou

a gravidade do diagnóstico, as características da população atendida e o perfil da rede de atenção. Tudo isso precisa ser orientado por princípios, diretrizes e protocolos, visando garantir a integralidade e a equidade. A regulação também pode ser entendida como um dispositivo de gestão valioso, capaz de equalizar o sistema de saúde, reduzir a desigualdade e compatibilizar a relação entre necessidade, demanda e oferta (Vilarins et al., 2012). Fundamental para a articulação das RAS, a regulação assistencial pode ser operacionalizada por meio de um centro de comunicação, um complexo regulador, que ordena os fluxos e contrafluxos nos diversos pontos de atenção distribuídos pelos sistemas de saúde locais e estaduais (Mendes, 2015), permitindo o acesso dos pacientes aos serviços de saúde prestados pelas redes local e regional.

No entanto, as atividades do sistema de regulação do acesso não se restringem apenas à organização do acesso, ao desenvolvimento e à manutenção de protocolos atualizados, e à capacitação de um corpo de trabalhadores. Monitorar e avaliar também são atividades que compõem o escopo de atuação das centrais de regulação de acesso. Considera-se que o sistema de acesso regulado funciona como um grande observatório, cujas informações podem subsidiar o planejamento, a Programação Pactuada Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Investimento (PDI). Logo, para que haja um desenvolvimento adequado da regulação assistencial, é necessária a existência de um sistema de informação gerencial eficaz. Essa limitação é encontrada no estado de São Paulo, seja pela falta de cultura organizacional voltada para o monitoramento, seja pela não emissão de relatórios gerenciais da central regulação, vivenciados na execução das atividades da CROSS. Conforme citado por Ferreira et al. (2010), a ação regulatória não se concretiza sem a descrição pormenorizada e a quantificação da oferta disponível e/ou necessária, o que é fundamental para toda a programação de saúde (Ferreira et al., 2010).

Nesse estudo, pode-se configurar um desenho de como estava conformado o setor de regulação do acesso dos municípios, este presente em todas as regiões estudadas. Os setores de regulação eram compostos de equipe própria e tinham processos de trabalho particulares, custeados pela gestão municipal. Apesar dos entrevistados referirem que possuem uma certa organização, observou-se que menos de 70% (68,7%) possuíam uma coordenação formal do setor e apenas 18,8% adotavam protocolos de regulação. Isso foi apresentado em relação à equipe, constatando-se que 56,2% contavam com médico regulador

no setor. Em um dos municípios (Itatiba), porém, o médico não atuava de forma exclusiva. Destaca-se a variedade na composição das equipes, especialmente no que diz respeito ao quantitativo e à formação dos funcionários. As CR's dos municípios de Cajati, Juquiá e Itaporanga contavam apenas com um funcionário para desenvolver as atividades.

No que tange ao sistema de regulação do acesso à sua rede própria, foi apresentado nas CR's de Itapeva, Ilha Bela e Campinas. Itapeva adotava o SISREG, Ilha Bela utilizava um sistema próprio adquirido pela gestão municipal (*software* privado) e em Campinas havia a interligação da CR municipal com a CROSS, encontradas em prédio próprio e único.

É importante ressaltar que as centrais municipais não se caracterizam como centrais de regulação assistencial, pois realizam exclusivamente o agendamento de consultas. O critério de inserção na fila de acesso, geralmente, é baseado na ordem de chegada, sem um fluxo de encaminhamento diferenciado. Além disso, verificou-se a ausência de critérios para a classificação dessa fila, como a priorização por risco ou urgência, o que compromete a obtenção de respostas mais adequadas em termos de oportunidade, qualidade e tempo de acesso.

Em suma, as regiões não dispunham de um sistema efetivo de regulação do acesso. As centrais municipais careciam de um aparato técnico-operacional capaz de viabilizar a implementação de um acesso pautado na equidade e na integralidade. Ressalte-se que a regulação assistencial se fundamenta não apenas na garantia do acesso, mas também na promoção da equidade e da integralidade da assistência. Assim, a equidade constitui uma premissa básica, que pode ser alcançada por meio da previsão adequada de serviços de saúde compatíveis com as necessidades da população, aliada ao uso de instrumentos que promovam a utilização adequada dos serviços, conforme o risco apresentado pelo usuário-cidadão (Mendes, 2015).

De forma geral, constatou-se que a força de trabalho era insuficiente e apresentava baixa qualificação. Além disso, na prática, não havia o uso de protocolos de acesso. A oferta total de consultas e procedimentos especializados era insuficiente para atender à necessidade da região e não estava disponível no sistema CROSS, o que comprometia o monitoramento e a avaliação das vagas, bem como o acesso às RAS. A implantação de sistemas gerenciais eficazes poderia trazer ganhos significativos para a gestão da RAS e, conseqüentemente, para a integralidade da atenção.

O grande desafio que as regiões enfrentam é que a regulação trabalhe de forma articulada e informatizada com as regulações municipais, desenvolvendo ações em cogestão, com a perspectiva de se organizar o Complexo Regulador Regional, ainda inexistente. Fundamental para articulação das Redes de Atenção à Saúde, a regulação assistencial pode ser operacionalizada por meio de um centro de comunicação, ou seja, um complexo regulador que ordena os fluxos e contrafluxos nos diversos pontos de atenção distribuídos nos sistemas de saúde locais e estaduais (Mendes, 2015).

Assumindo-se esta lógica, os mecanismos regulatórios devem reproduzir o sentido dado à regionalização, ou seja, eles necessitam incorporar e promover o exercício da cooperação e da cogestão na organização da rede de saúde considerando, minimamente, os problemas prioritários de saúde, as capacidades operacionais e a participação social como componentes essenciais deste arranjo (Rocha, 2012).

Fluxo assistencial: indução de fluxos regionais qualificados pactuados na garantia do acesso

Mesmo com todos os avanços apresentados ao longo dos anos, o acesso aos serviços de saúde ainda se apresenta como um desafio, muitas regiões de saúde não contemplam todos os serviços necessários para atender a população, o que gera a ocorrência de diversos fluxos regionais. Isso também reflete na necessidade do enfrentamento de um aglomerado de problemas para a garantia da integralidade da atenção à saúde (Guerra, 2015). Há de se entender que a compreensão dessa necessidade de saúde pode refletir numa possível organização da oferta de serviços.

Nesse momento, faremos uma pequena análise a partir das informações obtidas do banco de dados secundários disponibilizados pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), no ano de 2015 e também obtidos em bancos de dados da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Ministério da Saúde (MS). Como aqui estamos trabalhando a ligação da regulação com a RUE, vamos priorizar a exposição da busca e análise feitas em dados da área hospitalar da CROSS, bem como suas transferências e fluxos assistenciais, tentando identificar os fatores associados ao papel da regulação em relação à RUE no estado.

Aqui cabe lembrar que, na área hospitalar, a CROSS só operacionaliza a regulação de internações de urgências, em geral chamadas “inter-hospitalar”, quando um paciente atendido em regime de urgência em algum estabelecimento de saúde, teve seu quadro estabilizado e necessita de internação ou procedimento de complexidade superior ao estabelecimento em que se encontra.

Ao analisar os dados disponíveis, se pode observar que nas regiões de Itapeva e Região Metropolitana de Campinas (RMC), grande parte das transferências foi realizada para a própria região de origem (69% e 98% respectivamente), fato esse que pode ser explicado pela importância do parque tecnológico de serviços de saúde disponível na RMC que abarca uma diversidade de serviços de saúde hospitalares, gerando menos pacientes deslocados entre as regiões de saúde para resolução de suas demandas assistenciais, muitas vezes complexas. Mesma situação foi verificada na região de Itapeva. Esta última por ter como polo para assistência hospitalar a Santa Casa, que recebe diversos pacientes dos municípios da região. Um fato curioso dos dados coletados é que, em duas das regiões de saúde (Litoral Norte e Vale do Ribeira), no ano de 2015, menos de 10% das transferências hospitalares foram realizadas para a própria região de origem. Fato este que pode ser explicado, por o VR apresentar baixa densidade tecnológica e poucos leitos de UTI e o mesmo acontecendo para o LN. O contrário acontecendo no Vale do Jurumirim, onde cerca de 40% das transferências hospitalares foi realizada para a própria região de origem, região essa caracterizada pela presença de Santas Casas nos municípios estudados e alguns outros hospitais na região.

Arelado a este desafio de resolução dos casos de saúde, também se encontra a importância do papel da regulação, não só esta exercida sobre os serviços, mas também na regulação do acesso dos usuários, em especial quando se trata de necessidades de saúde mais complexas, desde a regulação de leitos à oferta de insumos fundamentais à assistência.

Espera-se que a regulação se faça ponto-chave neste processo e cumpra o seu papel, em especial, num desenho regional, pouco visto pela mesma e que coloca em cheque a integralidade da assistência e os direitos assistidos à saúde pela Constituição.

Quando se analisa o número de transferências hospitalares realizadas por fluxos e pactos habituais, por mil habitantes, o maior número encontrado foi na região Metropolitana de Campinas (9,4%), talvez

pela densidade de serviços ofertados na rede hospitalar. Seguida do Vale do Jurumirim e Itapeva (as duas com 6,6%), ambas as regiões com serviços hospitalares em todos os municípios visitados. Por fim, as regiões do Litoral Norte e Vale do Ribeira realizaram, em 2015, apenas 1,8 e 0,3 internações por mil habitantes utilizando este recurso. Essas duas últimas regiões dispõem de poucos equipamentos de alta complexidade e talvez, esse número baixo de internações e transferências advinha de que casos mais graves, já são enviados para municípios que extrapolem o limite regional.

Espera-se que uma região de saúde realize o referenciamento para outra região apenas quando esgotada sua capacidade e obedecendo aos fluxos e pactos estabelecidos. O ideal seria que a região de saúde respondesse às demandas mais prevalentes de sua população, referenciando apenas os casos mais pontuais e raros. Para isso há de se entender a importância da distribuição dos serviços de saúde, desconcentração de seus parques tecnológicos, estratégias políticas de descentralização dos serviços, além da organização do sistema de saúde, a partir de pactuações e acordos técnico-políticos que possam implicar em padrões de fluxos de usuários nos territórios para acesso a uma rede integral (Xavier et al., 2019). Arelado a isso, o papel da regulação em interligar todos esses pontos de saúde numa perspectiva de regionalização, que pode interferir de modo positivo na universalidade do acesso à saúde, capaz de permitir o planejamento e a organização dos serviços de forma ampla, a partir das necessidades das regiões de saúde, estabelecendo uma integração racional e equitativa de ações e serviços, de acordo com a oferta e as necessidades encontradas em um determinado contexto socio sanitário, otimizando recursos humanos e tecnológicos no complexo sistema regional de saúde, além de captar arranjos políticos e de responsabilidades entre seus atores (Lima et al., 2012; Guerra et al., 2020).

Acesso e continuidade de cuidado nas redes regionais de atenção à saúde a partir do traçador AVE

Aqui foi adotado o traçador do AVE para entender como que se dava o acesso e como que o paciente era assistido pela rede de atenção à saúde nas regiões estudadas, a partir de entrevistas semiestruturadas em usuários que haviam sido acometidos por AVE nos últimos seis meses, expondo a formação de itinerários terapêuticos (IT). Trazer o IT para

essa discussão faz sentido quando buscamos entender os caminhos percorridos pelos usuários na sua busca pelo cuidado, nos fazendo permitir identificar os fluxos criados nas regiões de saúde, possibilitando compreender o funcionamento das redes de atenção à saúde, e no nosso caso, como a regulação desempenha seu papel nessa interligação dos serviços utilizados pelo usuário do SUS (Viana et al., 2017).

Nos últimos anos, um fator que fica cada vez mais evidente em nossos arranjos políticos e organização dos serviços de saúde é a participação privada na gestão. E o mix público-privado se faz realidade em diversos cenários, desde a gestão de serviços de saúde ao dispêndio das famílias para aquisição de bem ou serviços de saúde. Não diferente do que foi apresentado nas entrevistas realizadas, onde ficou clara a participação privada nos IT's estudados, sobretudo em dois formatos: (1) compra de medicamentos (por falta destes na rede, ou por prescrição de medicamentos não disponíveis) e; (2) pela demora em agendamento de consultas especializadas e exames na rede pública, levando os usuários a busca pelo setor privado visando agilizar seu atendimento/exame.

Vários usuários referiram problemas no atendimento na UPA/Emergência, tanto dos serviços públicos quanto do privado. Isso demonstra desde problemas na estratificação de risco, quanto demora no atendimento e a necessidade de influências políticas para conseguir um melhor atendimento, além de que não foram identificados encaminhamentos dos hospitais para a continuidade do cuidado na atenção primária à saúde (APS).

Independente do fluxo do cuidado para o indivíduo entrevistado, um padrão encontrado foi a falta de acompanhamento prévio pelos serviços da APS. As fragilidades da APS em coordenar longitudinalmente o cuidado dos usuários ficam evidentes. Além de se colocar destaque ao papel da APS como ponto de ligação entre os serviços de saúde das RAS.

Entender esses cenários vivenciados pelos usuários nos fazem olhar para além da organização formal dos fluxos, uma vez que esses não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos predeterminados pelas regiões de saúde. Há pontos positivos nessa reflexão, uma vez que podem servir como potenciais elementos para os processos de organização, planejamento e gestão de serviços de saúde, na construção de práticas cuidadoras compreensivas e contextualmente integradas (Cabral et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regionalização é um processo complexo, e a realidade atual demanda soluções harmônicas para compor interesses, com o estado desempenhando um papel essencial na promoção de uma regionalização virtuosa, que agregue os municípios, contando com a efetiva e potente participação das estruturas regionais estaduais e com a presença ativa da própria União. Essa perspectiva busca a criação e a consolidação de uma instância mobilizadora de soluções, que ultrapasse o papel do espaço de diálogo, alcançando uma elevada capacidade para a gestão regional competente, cooperativa e solidária. Todas as regiões citaram a importância de um maior direcionamento por parte dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), principalmente, no que diz respeito à organização dos serviços de saúde nas regiões, o que pode gerar certo descrédito do DRS entre os gestores entrevistados.

Um desafio importante para as regiões é a implantação de um Complexo Regulador Regional (CRR), que opere de maneira coordenada com os municípios, proporcionando racionalidade no fluxo de pacientes dentro e fora da região. É necessário ainda examinar a necessidade de revisão das referências de serviços e equipamentos regionais de saúde e considerar a criação de uma instância para a supervisão de leitos, tema que precisa ser examinado pela Comissão de Intergestores Regional (CIR), com a participação do grupo condutor da RUE e das equipes municipais e regionais atuantes nesta rede.

A instituição do CRR possibilita avanços na garantia do acesso oportuno e igualitário, mas exige, ao mesmo tempo, a implementação de sistemas gerenciais eficientes, com decisões baseadas em sólidas competências de diagnóstico das condições de saúde e das alternativas para melhor organização do sistema, em conformidade com os marcos legais nacionais, sempre dirigidas ao atendimento dos princípios da integralidade da assistência e da equidade de acesso. A gestão competente da força de trabalho, buscando o engajamento dos profissionais nas ações de aprimoramento da qualidade gerencial e assistencial.

Apesar de ter sido formalmente criada em 2011 e contar com um grupo condutor estabelecido, a RUE ainda conseguiu estruturar um conjunto coordenado de serviços e processos para cuidar de pacientes em situação de urgência e emergência. Não há protagonismo suficiente de atores-chave no planejamento, estruturação, monitoramento, avaliação e na tomada de decisões relacionadas à construção e defi-

nição das metas de desenvolvimento da rede de serviços da RUE. No entanto, é importante ressaltar que a interligação das instâncias públicas, com manutenção do diálogo voltado ao planejamento regional, funciona como fator condicionante para a conformação das redes; e o contrário também é verdadeiro.

O aprimoramento do planejamento regional e das discussões de CIR é fundamental para buscar soluções harmônicas que melhorem os desenhos regionais e promovam uma melhor distribuição dos serviços, ampliando a responsabilidade sanitária de forma sistêmica e diminuindo a fragmentação do processo de cuidado. A regulação do acesso é uma ferramenta essencial para a integração vertical na RAS. Para cumprir seu papel, é necessário contar com recursos humanos qualificados e recursos tecnológicos robustos. Essa estruturação da Regulação Regional deve facilitar a definição de referências regionais, a distribuição dos recursos assistenciais de forma regionalizada, articulada e hierarquizada, com o estabelecimento de responsabilidades e a instituição de mecanismos de monitoramento e avaliação, implantação de protocolos e identificação de leitos na RUE e demais redes temáticas.

Por fim, o desafio reside em garantir que os mecanismos de regulação estejam em sintonia com a proposta de regionalização construída em redes regionais de saúde, buscando a racionalização dos recursos a partir da regulação do acesso. Ainda é necessário superar a pouca potência de interferência na reversão do modelo atual de atenção fragmentado, fortemente especializado, dispendioso e pouco efetivo para a saúde da população e para a consolidação da regionalização da saúde. É fundamental considerar as diversidades dos territórios e dos diferentes pontos da rede de atenção, que devem articular-se entre si para conformar um sistema integrado de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui uma Política Nacional Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 ago. 2008.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011a. (Coleção para entender a gestão do SUS. Volume 1).

- BADUY, R. S., et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.
- CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E. I. G., et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.
- EVANGELISTA, P. A.; BARRETO, S. M.; GUERRA, H. L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 767-776, 2008.
- FERREIRA, J. B. B., et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 14, n. 33, p. 345-358, 2010.
- GUERRA, D. M. **Descentralização e Regionalização da Assistência à Saúde no Estado de São Paulo: uma análise do Índice de Dependência**. Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2015.
- GUERRA, D. M.; LOUVISON, M. C. P., et al. Índice de Dependência Regional e Macrorregional: uma contribuição ao processo de regionalização do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 138, p. 431-443, Jul-Set 20.
- KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality the case for trac-ers. **N Eng J Med**, v. 288, n. 4, p. 189-194, 1973.
- LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N.; MACHADO, C. V., et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 17, n. 7, p. 2881-2892, 2012.
- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.
- NEVES, H.; MEIRA, A. L. P. M., et al. **Redes temáticas – introdução**. In: IBAÑEZ, N.; VIANA, A. L. V., et al. *Gestão regional e redes: estratégias para saúde em São Paulo*. São Paulo: Manole, 2020.
- PASCHOALOTTO, M. A. C., et al. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 80-93, 2018.
- ROCHA, J. S. Y. **Manual de saúde pública & saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.
- TOFANI, L. F. N., et al. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção de cuidado. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 761-776, Jul-Set 2022.
- TOFANI, L. F. N., et al. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 32, n. 1, p. e220122pt, 2023.
- TOFANI, L. F. N., et al. A política de Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: contextos de influência e de produção de textos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, p. e34028, 2024.

- VIANA, A. L. V.; BOUSQUAT, A.; et al. Região e redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 17, n. Supl.1, p. S17-S26, out., 2017.
- VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; 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.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- XAVIER, D. R.; OLIVEIRA, R. A. D.; BARCELLOS, C., et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo intenações: método para apoio na regionalização de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. e00076118, 2019.

Reflexões sobre o desenvolvimento da gestão de saúde nos cursos médicos do estado de São Paulo: o que revelam os responsáveis?

Gabriela Furst Vaccarezza
Paulo Marcondes Carvalho Junior
Nivaldo Carneiro Junior

INTRODUÇÃO

Esse capítulo visa apresentar uma reflexão específica sobre um dos eixos orientadores das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação médica, considerando as atribuições constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Brasil, 1988). O debate proposto refere-se ao eixo “gestão em saúde”, que, juntamente com “atenção à saúde” e “educação em saúde”, compõe os três eixos norteadores das DCN de 2014 para a graduação em Medicina (Brasil, 2014).

Nossa trajetória profissional, vivenciada em diferentes formas de gestão do SUS, incluindo organizações sociais com foco na saúde, gestão de serviços de saúde privados e públicos, além do trabalho com profissionais de saúde, nos levou às reflexões aqui apresentadas. A primeira parte do estudo dedica-se a um estudo metodológico que classificou as escolas de medicina existentes no estado de São Paulo em 2020. A segunda parte explora as nuances do ensino da gestão em saúde nos cursos médicos.

Cabe ao Ministério da Saúde, gestor federal do SUS, definir os perfis profissionais que contemplem as necessidades do sistema de saúde brasileiro (Moreira, Dias, 2015). As DCN de 2014 devem funcionar

como parâmetros para mudanças curriculares e orientar um currículo baseado em competências. Vale ressaltar que a natureza de uma competência é complexa, pois envolve uma combinação de pré-requisitos interligados, como habilidades cognitivas e práticas, conhecimento, motivação, orientação de valores, atitudes e emoções (Bollela, Machado, 2010). Nessa perspectiva, o conceito de gestão do cuidado é incorporado, com foco no aprendizado voltado para a integralidade do cuidado e ênfase na Atenção Primária à Saúde por meio de metodologias inovadoras. As escolas médicas incluíram em seu plano político-pedagógico esta competência em três núcleos: “gestão do cuidado”, “competência gerencial” e “acompanhamento e avaliação do trabalho em saúde” (Machado et al., 2021).

Destaca-se que 87% dos médicos do estado de São Paulo trabalham no SUS e, desses, 10% desempenham funções administrativas e/ou gerenciais nos serviços de saúde (Scheffer et al., 2023). Nesse sentido, Rodrigues et al. (2022) apontam que os médicos no Brasil ocupam frequentemente cargos administrativos em unidades de saúde, muitas vezes sem conhecimentos adequados de administração pública e/ou de gestão em saúde. Portanto, incorporar “gestão em saúde” como um dos eixos na formação médica é relevante. No entanto, cabe questionar o entendimento e os cenários de ensino-aprendizagem dessa competência nas Instituições de Ensino Superior (IES).

Pode-se afirmar que a gestão em saúde busca combinar “gestão” com a solução das necessidades de saúde da população (Campos; Onocko, 2009). Por outro lado, gestão não é simplesmente uma forma de organizar e administrar recursos; é uma combinação de saberes e técnicas voltadas para resolver problemas e atender às necessidades de saúde em uma ação dialógica que envolve atores e processos sociais (Carvalho; Campos; Oliveira, 2009). Nesse contexto, trata-se de um campo específico do conhecimento científico, tradicionalmente não inserido nas graduações médicas.

Bursztyn et al. (2015) ressaltam a necessidade de definir as responsabilidades exclusivas do médico e em que medida ele pode contribuir. A práxis clínica, denominada pela DCN de 2014 como atenção à saúde individual, é o campo nuclear de saber, saber-fazer, ou seja, um espaço de liderança do médico. Essa competência parece ser mais próxima do domínio do exercício profissional legitimado do médico, enquanto as demais competências descritas nas DCN suscitam dúvidas e deixam

lacunas, com sobreposições e confusões (Kussakawa; Antonio, 2017). Além disso, há dificuldade na apresentação clara dos conteúdos prioritários para definir as competências nas matrizes curriculares (Teixeira Junior, 2020).

Essas considerações nos fizeram pautar a execução deste eixo de competência na formação médica, partindo do entendimento de que estamos lidando com uma questão emblemática e enfrentando desafios importantes na qualificação dos profissionais no contexto do sistema de saúde brasileiro. Assim, analisamos o desenvolvimento da competência em gestão em saúde a partir dos responsáveis pelos cursos de graduação em Medicina no estado de São Paulo, geralmente os coordenadores dos cursos.

PROCEDIMENTOS E CAMINHOS PARA O RECONHECIMENTO E REFLEXÃO DO TEMA

Estudo de método misto sequencial explicativo. Foi adotada neste trabalho a estratégia de triangulação explanatória sequencial. Esta triangulação é caracterizada pela coleta e análise dos dados quantitativos em uma primeira fase da pesquisa, seguidas de coleta e análise de dados qualitativos em uma segunda fase, ou seja, a etapa qualitativa é desenvolvida sobre os resultados quantitativos iniciais (Creswell, 2010).

A primeira etapa do estudo foi uma análise descritiva das Instituições de Ensino Superior (IES) utilizando informações coletadas em dezembro de 2020 no portal eletrônico do Ministério da Educação (e-MEC). Foram analisadas variáveis como a categoria administrativa da instituição, gratuidade, regime letivo, metodologia de ensino e data de início do curso. A presença de hospital universitário (HU) próprio e a utilização da rede do SUS como cenários de prática foram coletadas nos websites das IES. Para instituições com mais de um curso de Medicina em diferentes campi, cada curso foi considerado independentemente.

A opção metodológica foi a análise de *cluster* dos cursos de Medicina do estado de São Paulo. A análise de *cluster* é um conjunto de técnicas que classifica casos em grupos sem conhecimento prévio dos *clusters*, buscando semelhanças e diferenças nos dados para formar agrupamentos homogêneos internamente e heterogêneos entre si.

As escolas que compõem os grupos são similares entre si, entretanto os grupos são heterogêneos. Foram formados três grupos. A abordagem quantitativa empregada deu base e fundamentou a escolha dos sujeitos da pesquisa, pois permitiu classificar as 67 escolas médicas do estado de São Paulo (SP) em três grupos.

Todas as IES utilizam o SUS como cenário de prática e estão distribuídas, no estado de São Paulo, em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) (São Paulo, 2006). A região da Grande São Paulo (DRS I) responde por 28% dos cursos e quando somada a Baixada Santista (DRS IV) e Campinas (DRS VII) representa praticamente metade dos cursos médicos (47%) (Vaccarezza et al., 2023).

Foram selecionados dois representantes de cada grupo, sendo um da grande São Paulo (DRSI) e outro pertencente a outra DRS. A escolha foi feita visando englobar uma dispersão. É importante ressaltar que a seleção dos sujeitos-chaves se deu por meio destes critérios de escolha não objetivando uma representatividade, mas sim com intuito de reconhecer elementos particulares e que possam também ser identificados em outros agentes com semelhanças estruturais e institucionais (Minayo, 2014). Esta perspectiva está em acordo com as intenções da pesquisa, que é compreender como se desenvolve a gestão em saúde nas escolas médicas do estado de São Paulo.

A análise de conteúdo das falas dos sujeitos aprofunda a compreensão do desenvolvimento da competência em gestão em saúde nos cursos de medicina, explorando motivações, crenças e valores além de incorporar o dinamismo da vida individual e coletiva (Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021; Minayo, 2012).

A escolha dos sujeitos da pesquisa foi uma parte estratégica e crítica da metodologia. As falas, destes voluntários refletem as interações, conflitos e contradições existentes (Minayo, 2014). A constituição do conjunto de participantes que seriam convidados a integrar a pesquisa visa representar o contexto no qual o estudo está inserido, ou seja, a realidade empírica sob investigação. É importante considerar que o estado de São Paulo possui uma vasta extensão territorial com grande dispersão geográfica dos cursos médicos. Além disso, soma-se um ensino superior tão diverso e heterogêneo quanto o brasileiro (Gomes, 2010).

Foram convidados dois representantes de cada *cluster* formado. O critério para essa escolha considerou a inserção regional do curso, ou

seja, um na cidade de São Paulo, devido à significativa contribuição da grande São Paulo com 28% de todos os cursos, e outro localizado em uma região diferente do estado. A definição da região se apoiou na divisão técnico-administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (DRS) (São Paulo, 2006).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas entre janeiro de 2022 e março de 2023, aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (CAAE: 44362921.6.0000.5479, Parecer nº 5.534.670). O roteiro elaborado abordou três eixos principais: ensino da gestão em saúde, interação com os cenários de prática, e relatos das potencialidades e dificuldades. O processo de análise foi dividido em três fases: análise preliminar, categorização do material e interpretação dos resultados (Bardin, 2011).

A análise preliminar foi responsável pela organização dos dados. A categorização do material foi realizada por meio de um estudo aprofundado das transcrições, visando obter unidades de registro contextualizadas (Bardin, 2011). As dimensões como o conceito de gestão em saúde, o ensino dessa disciplina, o relacionamento da instituição com os cenários de prática, e a validação das competências, juntamente com os núcleos de significado: o entendimento da gestão em saúde, a unidade curricular responsável pelo desenvolvimento dessa competência, o perfil do professor, os conflitos e as dificuldades no treinamento foram identificados nesta fase. É importante destacar que tanto as dimensões quanto os núcleos de significado foram definidos a partir da análise do material em consonância com os objetivos do estudo (Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021).

O QUE REVELAM OS RESPONSÁVEIS PELO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS EM GESTÃO EM SAÚDE NOS CURSOS DE MEDICINA

Todos os entrevistados são graduados em Medicina, fizeram residência médica nas suas respectivas especialidades, têm experiências na assistência médica e com titulações acadêmicas mínima de Doutor. O tempo de término na graduação variou de 20 a 42 anos. Apenas um dos entrevistados não refere experiência em gestão administrativa de serviço de saúde. Este dado está de acordo com a demografia médica de 2023 que apontam para o grande número de

médicos que exercem funções administrativas gerenciais nos serviços de saúde (Scheffer et al., 2023).

É importante ressaltar que as falas dos sujeitos foram analisadas na perspectiva do conjunto desses significados e não como um somatório de depoimentos, ou seja, interpretação dos elementos envolvidos pode até utilizar critérios numéricos como o número de entrevistas, mas não será este o definidor de relevâncias, conforme apontado por Minayo (2014) para a análise qualitativa deste tipo de estudo.

Os entrevistados expuseram seus entendimentos a respeito de gestão em saúde. O conceito apresentado vai em direção a processos e/ou procedimentos administrativos em determinados setores da organização dos serviços de saúde, visando a operacionalização da assistência ao usuário.

Eu acho que é uma gestão de pessoas, então. Eu acho que gestão em saúde é essencialmente isso. E3

Gestão em saúde é simplesmente aplicar os recursos para fazer o melhor para as pessoas. Então por exemplo, gestão em saúde é comprar o remédio certo para o tratamento de determinada doença, gestão em saúde é você usar o dinheiro para as necessidades, dar o número de leito suficiente para aquela comunidade. E4

Eu entendo que a gestão em saúde é todo o processo de organização do serviço e de logística inclusive para que o acesso seja assegurado ao cidadão comum. Então, para mim a gestão em saúde ela indica desde a operacionalização do cuidado até a efetivação deste cuidado. E2

A definição da gestão em saúde utilizada pela E1, descrita abaixo, converge com a definição de gestão do cuidado, que é definida como a disponibilização das tecnologias de saúde possíveis, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa (Cecilio, 2011). Neste sentido aponta a ideia do planejamento e a decisão tecno-racional do gestor.

Saber fazer escolhas, saber priorizar para que a gente consiga com o menor recurso o melhor resultado e a maior eficiência. E1

A gestão é um modo de relação com o mundo e consigo mesmo que busca racionalizar e otimizar o tempo, o corpo, a mente, a subjetividade, as relações, de modo a tornar a vida mais rentável, mais útil

e competitiva inclusive na perspectiva de empregabilidade (Moraes, 2012). Bursztyn et al. (2015) apontam que há dois âmbitos distintos de atuação: o indivíduo, com necessidades próprias, e o contexto social, em que intervêm variáveis do campo da política, da economia, do meio ambiente etc. (Bursztyn et al., 2015).

A Biblioteca Virtual em Saúde (n.d.) apresenta um conceito de gestão em saúde que necessita de pactuação, ação política porque define como as atividades de formação, implementação e avaliação de políticas, instituições, programas, projetos e serviços de saúde, bem como a condução, gestão e planejamento de sistemas e serviços de saúde.

O conceito de gestão em saúde apresentado pelos entrevistados pode ser um limite para o desenvolvimento dos desempenhos e ações-chaves que levem ao desenvolvimento da competência de gestão em saúde. Embora todos tenham pleno conhecimento do eixo gestão em saúde, da DCN, nem todos enxergam na diretriz a definição de gestão e nem tão pouco como desenvolver esta competência na graduação em medicina (Brasil, 2014).

Eu acho que não está lá dentro e acho que está longe de estar dentro. [O conceito de gestão em saúde não está descrito na DCN, de 2014] E1

Essas questões relacionadas à gestão em saúde estão contempladas na diretriz [DCN para medicina de 2014] ... depende um pouco de como você lê e como você interpreta e qual é a sua crença né, se você tem uma crença e você pensa de um jeito você vai ler e interpretar de interpretar de um jeito. E6

Eu acho que quando as diretrizes trazem os pressupostos do SUS e ela fala de integralidade e ela fala de educação permanente, ela traz ferramentas que amparam, para que a gestão seja trabalhada. Mas eu não vejo que ela traga isso de uma forma muito clara para quem não tem domínio de área. Teoricamente as diretrizes são muito bem colocadas e elas mostram o desejo de parceria da educação com a saúde onde a educação realmente traga todo que ela seja provedora da saúde, né? E2

Outro ponto importante é a necessidade de políticas públicas. Melhor dizendo o desenvolvimento desta competência deve estar diretamente relacionado com o envolvimento de diversos atores do SUS. A efetivação dos eixos de formação sugeridos pela DCN 2014 depende

de mudanças significativas na cultura institucional das IES, da integração entre ensino serviço e da formação do docente (Rodrigues et al., 2022).

O perfil dos professores que estão a frente desta área de ensino são os que tem formação em saúde coletiva e ou medicina de família e comunidade, muitas vezes utilizados como sinônimo esses dois campos disciplinares.

Não são médicos necessariamente, mas tem que ter vivido no SUS. [vivência prévia no SUS como profissional]. E3

Os especialistas [especialistas em saúde coletiva] participam e os médicos de família também. Temos professores da enfermagem. A enfermagem é importante nesta questão de gestão. Temos professores que são ligados a parte de humanas: sociólogos, advogados, psicólogos (...). E6

Onde existe o conflito, quando uma pessoa que não sabe de gestão fala de gestão. Aí você pega o professor de reumatologia que nunca fez gestão e vai explicar sobre gestão isso é muito árido, teórico e não atinge o coração. E1

A ausência da unidade curricular pode levar a uma lacuna de conteúdo teórico propriamente dito. Esta lacuna aliada ao padrão hegemônico de formação médica vigente no país pode ser um limite importante na aquisição desta competência. Rodrigues et al. (2022) apontam que os movimentos pedagógicos na formação médica e em saúde do Brasil ainda estão fortemente ligados à atenção à saúde (Rodrigues et al., 2022).

Acho que temos muito pouco [disciplinas de gestão em saúde na graduação]. Existem estágios que contemplam gestão, mas são questões [conteúdo teórico] muito pontuais. E1

Embora nosso curso ofereça (...) vários contatos com a gestão e eu estou falando desde a atenção básica, incluindo a urgência e emergência até a atenção terciária, eu tenho muitos momentos (...) dentro do sistema único de saúde (...) eu estou lá o tempo todo com o estudante, com o assistente [médico] como nosso docente dentro do serviço, mas (...) discussão para a saúde pública (...) não são explorados (...) são muito mais explorados (...) cuidado em si [assistência médica individual]. E2

Achar espaço na grade [todas as unidades curriculares que o aluno deve cursar do primeiro até o último semestre do curso de graduação], sabe assim, se seguir todo mundo [professores e responsáveis pelas unidades curriculares] a grade da medicina teria vinte anos. Este desafio para mim é a primeira coisa. E1

A questão é quase conteudista tem que saber tudo que se sabe hoje sobre fisiologia, patologia, enfim medicina. esta é uma dificuldade na gestão, para encaixar a gestão. E3

Apenas duas escolas têm professores exclusivamente médicos. A formação docente pode representar uma limitação no desenvolvimento desta competência. Embora médicos ocupem sistematicamente posições de chefia administrativa, nem sempre possuem a formação necessária como docentes.

Quando eu falo de médicos, eu estou falando de um time que não tem uma tradição e de um compromisso com a saúde pública, assim um compromisso é eu estou tratando com especialista que tem um olhar de especialidade que foram formados por um modelo da especialidade que eles têm pouca aproximação com o olhar da vigilância em saúde propriamente dita e aí é difícil que estes supervisores, que estes facilitadores de práticas médicas olhem para a questão da gestão eles olham muito mais para o cuidado propriamente dito. E2

Eu não acho que tem um perfil específico de professor, acho que precisa estar explícito na grade curricular [gestão em saúde] para garantir o desenvolvimento desta competência. E1

As DCN contêm orientações para a elaboração dos currículos das escolas médicas e devem ser seguidas por todas as instituições de ensino superior (IES). Apesar dos quase dez anos de existência, alguns pontos permanecem de extrema importância, entretanto é importante ponderar se a DCN de 2014 conseguiu acompanhar e orientar a construção de currículos capazes de formar egressos com atitudes e habilidades suficientes para serem médicos em um mundo cada vez mais incerto e com problemas complexos (Nobre et al., 2023).

Os entrevistados pontuam estratégias de ensino-aprendizagem com foco na gestão em saúde apesar de não ter esta unidade curricular.

O conceito de gestão em saúde vem inserido nos objetivos de aprendizagem nos processos de tutoria. Aqui a principal ferramenta da metodologia ativa é ainda a aprendizagem baseada em problemas, o PBL. [Problem Based Learning] os objetivos de aprendizagem sempre incluem a gestão em saúde. E5

Hoje praticamente não existe [ensino de gestão em saúde], hoje a gestão fica muito subentendido. E1

É importante ressaltar que a educação médica baseada em competências está sendo adotada em todo o mundo. Consequentemente, há um debate sobre a implementação e avaliação dos resultados destes currículos (Van Melle et al., 2019). Soma-se a esta discussão o próprio conceito de competências. Conceito polissêmico, passível dos mais diversos vieses e interpretações. O conceito de competência, na organização curricular em medicina, é multidimensional e envolve uma grande complexidade tanto no que refere a formação médica como na organização de um currículo baseado em competência (Franco C; Cubas; Franco R, 2014).

A formação do médico é influenciada por diversos fatores, incluindo tendências econômicas e políticas, além das necessidades de saúde individuais e coletivas (Pereira et al., 2021). Nesse contexto, o desenvolvimento da competência em gestão em saúde, no âmbito da graduação em medicina, enfrenta o desafio adicional de que a gestão em saúde está vinculada a diferentes cargos e estruturas de poder, o que dificulta a integração entre ensino e serviço em todos os níveis de atenção (Vaccarezza et al., 2022).

Um dos entrevistados questiona se a graduação seria o momento para desenvolver uma competência dessa natureza. O espaço ocupado pela gestão na estrutura organizacional do sistema de saúde parece tornar o treinamento e o desenvolvimento dessa competência ainda mais complexos na formação médica.

Eu acho que o ensino da gestão transcende a graduação. Eu acho que a graduação é uma pitada [pequena porção] do processo. Assim eu diria que a graduação é uma conscientização do processo de gestão. E1

A efetivação das DCN impulsiona as IES para o desenvolvimento do docente, assim como deve fortalecer e aproximar as relações e parcerias com os órgãos gestores do sistema público de saúde, visando

garantir a adequada formação médica, integrando todas as competências e habilidades necessárias ao futuro médico (Franco C; Cubas; Franco R, 2014). Neste sentido, tendo em vista a efetivação do treinamento desta competência além de pontuar em qual espaço formal este estudante irá desenvolver esta competência, quais serão os conteúdos teóricos ofertados e qual será o perfil dos professores, é importante ressaltar como se dará a mensuração dos desempenhos e o desenvolvimento de uma competência desta ordem.

Na educação médica, o desenvolvimento de competências é um eixo estruturante da formação e deve orientar os conteúdos de ensino, as estratégias educacionais e os processos avaliativos (Gontijo et al., 2018). O conceito de competência parece ter sido forjado com olhar mais objetivo, ou seja, o que legitima uma competência é o fazer prático (Teixeira Junior, 2020).

Todas as escolas trazem a questão da avaliação por meio de casos clínicos verossímeis. Entretanto, apenas uma escola apresenta a ferramenta desenvolvida pontuando as dificuldades.

Eu estou trabalhando com uma ferramenta que se chama EPA, [Entrustable Professional Activities - abordagem para melhorar a tradução da educação médica baseada em competências para a prática no local de trabalho], Eu fiz um pós-doc com as EPAS em Berlin. E aí quando você olha para as EPAS, é muito difícil, quando vc desenha e pensa nos desempenhos, é muito difícil pensando na saúde pública, por isso ficaram muitas EPAS. Com a ajuda dos professores daqui eu escrevi as EPAS para os primeiros dois anos. Ficaram muitas EPAS, Por que não é uma coisa simples, e tem muitas nuances e cenários. E2

Essencialmente uma avaliação de atitude e habilidade. E3

Aqui estamos conversando muito sobre avaliações. Não estou falando de prova e sim de avaliações com feedback. Hoje as provas são basicamente casos práticos, mas os casos precisam ser escritos pensando no atingimento da competência gestão. Acredito que deva ser baseado sempre em casos [validar a competência gestão em saúde], pois especificamente na gestão a validade desta competência tem lados, ou nuances. E1

Os instrumentos de avaliação, normalmente, são preparados para medir a produção e a qualidade. Quem exerce a gestão administrativa

do sistema deseja que os trabalhadores, quase sempre, produzam o que está planejado para ser produzido (Cecilio, 2011). A consistência da validação do desenvolvimento de competência desta natureza esbarra nas oportunidades que os estudantes têm de vivenciar a gestão em saúde, na prática, além do relacionamento com os atores do SUS.

(...) a forma como eu avalio este desempenho e como eu valido este desempenho ela é muito pouco consistente (...) eu identifico que há uma fragilidade na avaliação e na validação deste desempenho. por que como você avalia um desempenho desta ordem? se você não dá um espaço de atuação dentro da gestão para esta pessoa experimentar e participar de problemas reais. E2

O problema para mim não esta nas diretrizes e sim na implementação do que ela [DCN de medicina de 2014] pede. Quando você vai para os documentos eles são lindos, mas eu acho que o problema real é como desenvolver estas competências nos cenários reais e acho que a avaliação deve acontecer in loco. E2

A organização curricular das escolas médicas parece apresentar uma lacuna entre as práticas pedagógicas dos primeiros anos do curso e aquelas observadas durante o internato médico, nos anos finais. Nessas etapas, predominam práticas no ambiente hospitalar e nas diversas subespecialidades, com ensino centrado na figura do professor. Além disso, a avaliação do estudante geralmente não é estruturada e dependente de uma nota de conceito atribuída ao estudante no final do estágio (Bollela; Machado, 2010).

Apenas incluir a avaliação por meio de problemas que remetam a casos reais sem que o estudante tenha uma vivência, em gestão em saúde, nos cenários de prática não controlado parece ser um limitador no desenvolvimento e validação desta competência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as escolas utilizam o SUS, nos diferentes níveis de atenção à saúde, como cenário de prática. No estado de São Paulo, a atenção primária é totalmente gerida pela esfera municipal, enquanto a Atenção de Alta Complexidade não tem um comando único, seja municipal ou estadual (Barata et al., 2004). Deste modo, uma mesma IES pode ter um relacionamento distinto com os diferentes níveis de atenção à saúde.

As DCN preconizam que as IES devem utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem para permitir ao estudante conhecer, compreender e vivenciar as variadas situações de vida, da organização da prática e do trabalho em equipes multiprofissionais. Neste contexto, é preciso ponderar que estes cenários, utilizados como espaços de prática, são locais de trabalho e produção de cuidado em saúde, com suas próprias organizações e dinâmicas (Moreira; Dias, 2015). É mandatório que sejam construídos mecanismos de cooperação entre as IES e os serviços de saúde.

Os entrevistados não relatam ter problemas com a gestão do sistema, entretanto todos citaram diversos conflitos com diferentes atores sociais. A descentralização apresenta desafios tanto para assegurar o acesso a saúde quanto para integrar hospitais universitários, estudantes, docentes, projetos pedagógicos dos cursos às redes de atenção à saúde. As políticas tecnoassistenciais no SUS, em relação à temática do ensino, expõem disputas entre a formação médica e os projetos políticos, que buscam propor a reorganização do trabalho em saúde (Azevedo et al., 2013).

Outro ponto importante, que pode ser gerador desses conflitos, é a cogestão em saúde. Quando a IES está inserida em um território, é necessário agir com cuidado e respeitar a micropolítica, sem impor regras e réguas da academia. O território é um espaço de produção de possibilidades, singularidades e inusitado (Cecilio, 2011).

A expansão e a distribuição das escolas médicas impactam diretamente as relações com os gestores do SUS e a formação de docentes capacitados.

Nesse contexto, é importante ponderar que as vagas em cursos médicos têm sido predominantemente ofertadas por IES privadas desde a década de 1970 e vêm aumentando progressivamente (Kussakawa; Antônio, 2017; Teixeira Junior, 2020). A distribuição dos três grupos formados evidencia três momentos de expansão de cursos. O primeiro grupo representa as escolas mais antigas, em sua maioria gratuitas (78%). O segundo grupo, de escolas intermediárias, conta com apenas uma escola gratuita. O terceiro grupo inclui cursos não gratuitos (97%) com até 12 anos de existência, entretanto a maioria (76%) tem, no máximo, uma turma formada e autorização segundo o edital do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Um

novo ciclo de expansão de cursos médicos é apresentado sob o novo edital do PMM.

O desenvolvimento de uma competência como gestão em saúde requer sinergia entre estratégias educacionais, instituições de ensino, diversos atores sociais do sistema de saúde e o poder público. A interligação desses elementos é imperativa para o desenvolvimento efetivo da competência em gestão em saúde.

Esse processo envolve um ambiente com alto grau de disputas entre atores sociais heterogêneos, onde decisões e ações são tomadas levando em conta diferentes interesses sociais, políticos e técnico-assistenciais.

O ensino da gestão em saúde reflete uma lógica do currículo oculto, caracterizada por um conjunto de atitudes, valores e crenças considerados padrão por determinado grupo. As escolhas pedagógicas, as ações realizadas e os conteúdos programáticos são fortemente influenciados pela visão de mundo daqueles que detêm o poder de decisão. Isso distancia o currículo formal do currículo real, efetivado pelas instituições de ensino superior (Rodrigues et al., 2022).

Foi observada uma insatisfação em relação ao eixo de gestão em saúde da DCN de 2014, devido à percepção de que o conceito de gestão em saúde não está devidamente contemplado e à falta de clareza na descrição das estratégias para o desenvolvimento dessa competência. Além disso, há uma reflexão sobre se o curso de graduação em medicina é o contexto ideal para desenvolver essa competência.

Nesse sentido, é pertinente questionar: será que o eixo de gestão em saúde das DCN de medicina reflete adequadamente a complexidade do desenvolvimento dessa competência? Passados dez anos da última homologação das DCN, o que é necessário para tornar essa competência tão importante um aspecto real no currículo médico, retirando-a do currículo oculto?

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, B. M. de S.; FERIGATO, S.; SOUZA, T. D. P.; CARVALHO, S. R. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. **Interface Comun. Saude. Educ.** Botucatu, v. 17, n. 44, p. 187-199, mar. 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000048>.
- BARATA, B. R. L.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv**

Saude, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, mar. 2004. DOI <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000100003>.

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229p
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. [s.d.]. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Conceito: Gestão em Saúde Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=34024&filter=ths_termall&q=gest%C3%A3o%20em%20saude#Concepts. Acesso em: 06 ago. 2024.
- BOLLELA, V. R.; MACHADO, J. L. M. O Currículo por competências e sua relação com as Diretrizes Curriculares Nacionais para Graduação em Medicina. **Sci Health**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 126-168, maio 2010.
- BRASIL. Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 2014 jun. 23, Seção 1, p. 8-11. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/20138-ces-2014>. Acesso em: 06 ago. 2024.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 06 ago. 2024.
- BURSZTYN, I. Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a saúde coletiva? **Cad ABEM**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 7-19, out. 2015. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Caderno-sABEM_Vol11.pdf. Acesso em: 06 ago. 2024.
- CAMPOS, G. W. de S.; ONOCKO, R. T. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. **Gestão em Saúde**. ©2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>. Acesso em: 06 ago. 2024.
- CARDOSO, M. R. G.; OLIVEIRA, G. S.; GHELLI, K. G. M. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, Monte Carmelo, v. 20, n. 43, p. 98-111, mar. 2021. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2347>. Acesso em: 06 ago. 2024.
- CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. de S.; OLIVEIRA, G. N. de. Reflexões sobre o ensino de gestão em saúde no internato de medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas: Unicamp. **Interface Comun. Saude. Educ**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 455-465, jun. 2009. DOI <https://doi.org/10.1590/s1414-32832009000200017>.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.
- CECILIO, L. C. O. Apointamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Comun. Saude. Educ**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, jun. 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>.
- CRESWELL, J. W. Métodos Mistos. In: _____. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 238-66.
- FRANCO, C. A. G. dos S.; CUBAS, M. R.; FRANCO, R. S. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 221-230, abr. 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000200009>.

- GOMES, M. F. Avaliação e natureza administrativa das instituições de ensino superior. **Ensaio: Aval Pol Publ Educ**, v. 18, n. 68, p. 589-610, set. 2010. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-40362010000300010>.
- GONTIJO, E. D.; ALVIM, C. G.; REIS, Z. S. N. O Desafio da Avaliação na Formação Médica por Competência. **RILP**, Lisboa, n. 33, p. 111-118, nov. 2018. DOI <https://doi.org/10.31492/2184-2043.rilp2018.33/pp.111-118>.
- KUSSAKAWA, D. H. B.; ANTONIO, C. A. Os eixos estruturantes das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Medicina no Brasil. **Rev Docencia Ens Sup**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 165-184, jun. 2017. DOI <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2017.2245>.
- MACHADO, C.; OLIVEIRA, J. M. de; MALVEZZI, E. Repercussions of the 2014 national curricular guidelines on the pedagogical projects of new medical schools. **Interface Comun. Saude. Educ**, Botucatu, v. 25, p. e200358, abr. 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/INTERFACE.200358>.
- MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.
- MINAYO, M. C. de S. Construção dos instrumentos e exploração de campo. In: _____. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 189-201.
- MORAES, M. R. C. Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social, de Vincent de Gaulejac (resenha do livro). **Rev Bras Saude Ocupac**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 287-289, jul. 2012. DOI <https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000200010>.
- MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. D. A. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 300-305, dez. 2015. DOI <https://doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.811>.
- NOBRE, M. L.; LEAL, D. de F. F.; MARINHO, L.; DINIZ JÚNIOR, J.; FERREIRA, L. M. DE B. M.; PINTO JÚNIOR, F. E. L. Diretrizes curriculares do curso médico: o “GPS” precisa ser reprogramado? **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. e055, jun. 2023. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.2-20220252>.
- PEREIRA, D. V. R.; FERNANDES, D. de L. R.; MARI, J. F.; LAGE, A. L. de F.; FERNANDES, A. P. P. C. Cartografia das escolas médicas: a distribuição de cursos e vagas nos municípios brasileiros em 2020. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. e005, jan. 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200282>.
- RODRIGUES, L. C. R.; JULIAN, C. M. C. M.; DAMIANCE, P. R. M.; GARBELLOTTI, T. M. (Re)conhecendo a dimensão da gestão em saúde em um currículo médico. **Rev Port Educ**, Braga, v. 35, n. 1, p. 361-379, jun. 2022. DOI <https://doi.org/10.21814/rpe.21407>.
- SÃO PAULO (Estado). Decreto n. 51.433, de 28 de dezembro de 2006. In: **Diário Oficial do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2006 dez. 29, Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51433-28.12.2006.html>. Acesso em: 06 ago. 2024.
- SCHEFFER, M. (coord.); GUILLoux, A. G. A.; MIOTTO, B. A.; ALMEIDA, C. de J. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf. Acesso em: 06 ago. 2024.

- TEIXEIRA JUNIOR, P. R. Diretrizes curriculares nacionais para o ensino superior: a lógica das competências em foco. **Crítica Educat**, Sorocaba, v. 6, p.1-18, jan. 2020. DOI <https://doi.org/10.22476/revcted.v6.id483>.
- VACCAREZZA, G. F.; CECILIO-FERNANDES, D.; BRANDÃO, C. F. O uso da simulação no treinamento da gestão em saúde. **Rev Eletr Acervo Saude**, v. 15, n. 2, p. e9745, fev. 2022. DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e9745.2022>.
- VACCAREZZA, G. F.; MONTAGNA, E.; BARATA, R. B.; CARNEIRO JUNIOR, N. Análise de variáveis com potencial discriminante para classificação de escolas médicas. **Rev Bras Educ Med**, v. 47, n. 2, p. e068, jul. 2023. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.2-2022-0056>.
- VAN MELLE, E.; FRANK, J. R.; HOLMBOE, E. S.; DAGNONE, D.; STOCKLEY, D.; SHERBINO, J. A. Core Components Framework for Evaluating Implementation of Competency-Based Medical Education Programs. **Acad Med**, v. 94, n. 7, p.1002-1009. DOI <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002743>.

Índice remissivo

A

Abertura para comunicações, 140
Acesso e continuidade de cuidado, 160
Acompanhamento e avaliação do trabalho em saúde, 168
Adequação de pessoal, 142
Adoecimentos, 8
Agentes comunitárias de saúde, 107, 109
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, 143
Aprendizagem organizacional, 139
Atenção à saúde, 167
Aumento no preço dos produtos de tabaco, 88
Autoatenção, 4, 22
Autocuidado, 22, 23

B

Banheiros das escolas, 63, 66
Bottom iniquity, 86
Bullying, 53, 54, 55
 direto e físico, 60, 61
 direto e verbal, 60, 62
 estratégias de *coping* para lidar com o, 64
 enturmar-se, 68
 ficar sozinha/o, 67
 mudar de escola, 72
 não realizar aulas de Educação Física, 66
 não utilizar os banheiros do espaço escolar, 65
 ocultar/disfarçar a identidade de gênero e aparentar ser cisgênero, 69

 parar de estudar, 73
 provocar medo pela expressão facial e estabelecer limites, 70
 revidar a agressão e agredir, 72
 indireto, 62
 tipos de, 59
Burocratas de rua, 109

C

Centrais de regulação de urgência e emergência, 154
Centrais municipais, 157
Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), 155, 158
Cessação do tabagismo, 89
Cogestão em saúde, 179
Competência, 176, 177
 gerencial, 168
Complexos reguladores regionais, 154
Comunicação
 eficaz, 145
 ineficaz, 145
Coping, 53, 54, 55
Covering, 70
Covid-19, 31
Cuidado
 à saúde, 3
 conceito de, 5
 dimensão sociológica do, 6

D

Descentralização, 179
Desigualdade(s)
 na base, 86
 no topo, 86
 social(is), 79, 85, 86

Direitos humanos da população
carcerária, 19

E

Educação

em saúde, 167

médica, 177

baseada em competências, 176

Encarceramento, 1

Ensino da gestão em saúde, 180

Erros na assistência à saúde, 130

Estigmatização dos fumantes, 94

Estilo de vida, 91, 92, 93

Estratégias de *coping* para lidar com o

bullying, 64

enturmar-se, 68

ficar sozinha/o, 67

mudar de escola, 72

não realizar aulas de Educação

Física, 66

não utilizar os banheiros do espaço

escolar, 65

ocultar/disfarçar a identidade de

gênero e aparentar ser cisgênero, 69

parar de estudar, 73

provocar medo pela expressão facial e

estabelecer limites, 70

revidar a agressão e agredir, 72

Estressores, 119

Eventos adversos, 129, 130

Experiências de *bullying* baseadas na

identidade de gênero, 58

Expulsão escolar, 54

F

Fluxo(s)

assistencial, 158

migratórios, 36

Formação médica, 176

Fuga de cuidado, 4

G

Gestão

do cuidado, 168, 172

em saúde, 167, 168, 171, 172, 173, 180

H

Habilidades de enfrentamento, 54

Habitus, 92, 93

Hipótese da equidade inversa, 84, 101

I

Identidade de gênero, 54, 58

Itinerâncias, 6

na busca de cuidado, 5

Itinerários, 5

de cuidado, 1, 2, 6, 8

terapêuticos, 1, 2, 3

L

Lei de Execuções Penais (LEP), 9

Limites da renda, 116

M

Malhas, 6

Mapa do cuidado, 5

Melhoria contínua, 139

Migração internacional, 31

Migrantes, 31, 32, 36, 40

Mudanças comportamentais, 93

Mulheres encarceradas, 1, 7, 8

P

Pandemia de Covid-19, 31, 33, 44

Panoptismo, 63

Percepção geral de segurança do

paciente, 146

Pessoas trans, 53, 54, 55

Pobreza, 107, 116, 119

Política(s)

de controle de tabagismo, 81, 87

Nacional de Atenção Integral à Saúde

das Pessoas Privadas de Liberdade

no Sistema Prisional (PNAISP), 9

Práticas sociais, 91, 92, 93

Programa

Bolsa Família (PBF), 107, 116

medo de perder o, 110

precariedade do, 113

de Agentes Comunitários de Saúde, 109
 de Transferência de Renda (PTR), 107
 Proibição do fumo em ambientes de trabalho, 88
 Projeto Muriel, 56
 Promoção
 da autonomia, 121
 de qualidade de vida e saúde mental, 119
 Psicofármacos, 15, 23
 Psicopatologização da vida, 15

Q

Qualidade de vida, 119

R

Racismo, 18, 43
 Rede de Urgência e Emergência (RUE), 151, 153
 Redes sociais, 21
 Redução do tabagismo, 87, 90
 Regionalização da saúde, 152
 Regras de Bangkok, 9
 Regulação assistencial, 152, 153, 155, 156, 157
 Relacionamentos, 20, 21
 Religiosidade, 21, 22
 Respostas não punitivas aos erros, 137, 138, 142
 Retorno da informação e da comunicação sobre erros, 141

S

Saúde mental, 119, 121
 Segurança do paciente, 129, 131, 132, 133, 134
 Sistema Único de Saúde (SUS), 31, 33, 108, 152, 167
 Sobrecarga de trabalho, 143
 Sofrimento social, 15, 16

T

Tabagismo, 80
 e desigualdades sociais, 79, 95
 fator de risco para as doenças, 79
 Teoria da prática social, 91
Top iniquity, 86
 Trabalho em equipe
 entre as unidades hospitalares, 144
 na unidade, 140
 Transições do cuidado e transferências, 145
 Transtornos mentais, 122

U

União e solidariedade, 20
 Unidade de terapia intensiva, 129, 130

V

Vacinação, 46
 Violência contra pessoas trans em ambientes educacionais, 54
 Vulnerabilidade da população feminina, 8

