



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

ACTAS/ANAIS

**Por la democracia, los derechos sociales y la
salud: volver al camino de la determinación
social y la soberanía popular**

**Por democracia, direitos sociais e saúde:
retomando o caminho da determinação social e
da soberania dos povos**

**Volumen 1/Volume 1
Comunicación Oral/Comunicação Oral**

Realização

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Patrocínio

OPAS
Organização
Pan-Americana
da Saúde

FAPERJ
Fundação Coordenação de Amparo
à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

CAPEs

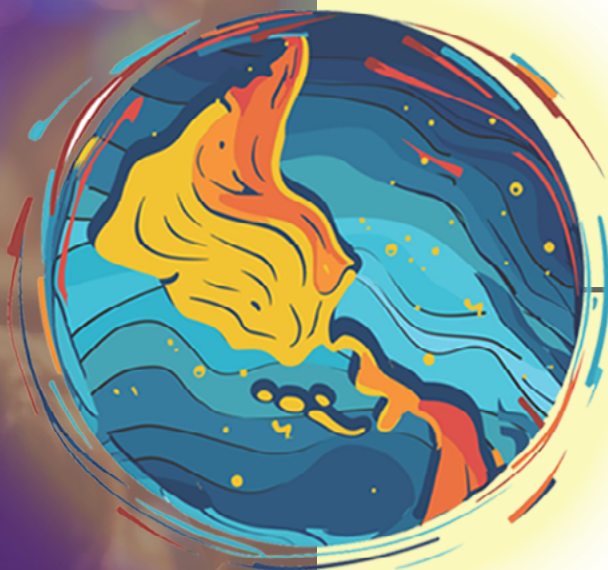
CNPq

**Sindicato dos
Trabalhadores
da Fiocruz**

ENSP

FIOCRUZ

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

ACTAS/ANAIS

**Por la democracia, los derechos sociales y la
salud: volver al camino de la determinación
social y la soberanía popular**

**Por democracia, direitos sociais e saúde:
retomando o caminho da determinação social e
da soberania dos povos**

**Volumen 1/Volume 1
Comunicación Oral/Comunicação Oral**

© 2026 – 1.ª edição – Editora Cebes

Las opiniones de los autores no reflejan necesariamente las opiniones de las instituciones. / A opinião dos autores não reflete necessariamente a opinião das instituições.

Esta publicación se distribuye gratuitamente; se prohíbe su comercialización. Descargue la publicación completa desde el sitio web de Alames: www.alames.org / Publicação com distribuição gratuita, com comercialização proibida. Baixe a íntegra desta publicação no site da Alames: www.alames.org

Actas del XVIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Pública / Anais do XVIII Congresso Latino-Americano de Medicina Social e Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, fevereiro de 2026.

Normalización / Normalização

Luiza Nunes

Mariana Acorse

Diseño gráfico y maquetación / Projeto Gráfico e diagramação

ALM Apoio à Cultura

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Actas del XVIII Congreso Latinoamericano de
Medicina Social y Salud Pública : volumen 1 =
Anais do XVIII Congresso Latino-Americano de
Medicina Social e Saúde Coletiva : volume 1
[livro eletrônico] / organização Asociación
Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).
-- Rio de Janeiro : Centro Brasileiro de
Estudos de Saúde, 2026.
PDF

Vários autores.
Vários colaboradores.
Obra bilíngue espanhol-português
ISBN 978-65-87037-20-2

1. Capitalismo - Aspectos sociais
2. Democratização 3. Desigualdade social 4. Direitos
humanos 5. Direito sociais 6. Movimentos sociais
7. Políticas públicas 8. Saúde pública - Aspectos
sociais I. Asociación Latinoamericana de Medicina
Social (ALAMES).

26-340714.8

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 362.109

Camila Aparecida Rodrigues - Bibliotecária CRB -
SP-010133/O

XVIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA/XVIII CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE MEDICINA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA

COMITÉ CENTRAL/COMISSÃO CENTRAL

Ana Maria Costa (Coordenação Geral)
Universidade do Distrito Federal

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

André Luiz da Silva Lima
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Carlos Fidelis da Ponte
Fundação Oswaldo Cruz

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Universidade Federal Fluminense

Maria Lúcia Freitas
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Maria Lucia Frizon Rizzotto
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

COMITÉ CIENTÍFICO/COMISSÃO CIENTÍFICA

Maria Lucia Frizon Rizzotto (Coordenação)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Ana Maria Costa
Universidade do Distrito Federal

Carla Daniele Straub
Universidade Federal do Paraná

Claudia Beatriz Naranjo Gómez
Universidad Nacional de Colombia

João Felipe Marques
Universidade Estadual de Londrina

José Selig
Universidad Autónoma de Santo Domingo

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Universidade Federal Fluminense

Lilian Welz
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Michele Straub
Universidade Federal do Paraná

Ronaldo Teodoro dos Santos
Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Susan López
Universidad Nacional de La Plata

COMITÉ DE INFRAESTRUCTURA/COMISSÃO DE INFRAESTRUTURA

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo (Coordenação)

Cristina Santos

Giovanna Bueno Cinachi

COMITÉ DE COMUNICACIONES/COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO

Fernanda Regina da Cunha (Coordenação)

Francisco Barbosa

Gabriel Semerene Costa

Maria Clara Marques Fagundes

Rita Loureiro

COMITÉ DE PROYECTOS Y FINANZAS/COMISSÃO DE PROJETOS E FINANÇAS

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo (Coordenação)

Cristina Maria Vieira de Almeida Santos

João Mário da Silva Pereira Sobrinho

COMITÉ DE PRECONGRESO/COMISSÃO DO PRÉ-CONGRESSO

André Luiz da Silva Lima (Coordenação)

Ana Maria Costa

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Maria Lúcia Freitas

COMITÉ DE CULTURA Y OCIO/COMISSÃO DE CULTURA E LAZER

Nilza Rogéria de Andrade Nunes (Coordenação)

Carlos Fidelis da Ponte

SECRETARÍA/SECRETARIADO

Gabriel Semerene (Secretário executivo)

Guilherme Rabelo

Um evento



40 anos

Realização



Apoio



Patrocínio



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PRESENTACIÓN

América Latina es un continente de contrastes. En él se expresan, al mismo tiempo, la desigualdad y la esperanza; la concentración de la riqueza y la pobreza extrema; el autoritarismo y la democratización; la voracidad del mercado y la ampliación de la ciudadanía. En el ámbito de la salud se puede decir que América Latina se encuentra entre la oscuridad, la resistencia y la esperanza. La oscuridad reflejada en el impulso de políticas de salud neoliberales que entienden los servicios de salud solamente como bienes negociables; la resistencia expresada en la acción para impedir que los sistemas y redes públicas de salud desaparezcan o sean privatizados; y la esperanza en el desarrollo de modelos de salud que reconozcan y garanticen la salud como derecho humano fundamental y universal. Aun así, las desigualdades en la calidad de vida y en la condición de salud de la población son evidentes, han aumentado y no parece haber una tendencia en sentido contrario.

La Medicina Social y la Salud Colectiva, que constituyen el objeto de nuestra articulación continental en la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), asumieron el desafío de, frente a la arrolladora política neoliberal, generar un proceso de diálogo social, político y académico entre las organizaciones y los movimientos sociales, las instituciones de salud y la academia respecto al lugar de la salud en la agenda política y de frente al desarrollo latinoamericano, reconociendo las diversas perspectivas, con énfasis en la reducción de las desigualdades sociales, en la determinación social de la salud, en la utopía de los estados sociales de derecho desde la perspectiva de la salud como derecho humano fundamental, garantizado por el Estado. Ese fue el objetivo del XVIII Congreso de Medicina Social y Salud Colectiva: profundizar nuestros análisis y proyectos políticos para reorientar nuestras estrategias de movilización y de lucha por más derechos.

El Congreso representó uno de los principales encuentros de salud colectiva en la región latinoamericana, un momento de celebración de los 40 años de ALAMES. El evento se centró en la construcción de sistemas de salud universales, con debates sobre democracia, derechos sociales y determinación social de la salud, con amplia participación de académicos, profesionales, sociedad civil organizada, estudiantes y gestores de salud de todas las regiones de Brasil y de diversos países de América Latina. El programa incluyó conferencias, mesas temáticas y otros formatos de presentación que buscaron profundizar la colaboración y el intercambio de conocimientos. Con la participación de diversos especialistas regionales e internacionales, el Congreso fortaleció redes de colaboración y amplió el debate académico para la construcción de políticas públicas eficaces.

Con el tema central “Por la democracia, los derechos sociales y la salud: retomando el camino de la determinación social y de la soberanía de los pueblos” marcamos la defensa del desarrollo sostenible, inclusivo, autónomo y con justicia social en América Latina. La programación del evento contó con dos conferencias centrales, cuatro grandes debates, 22 mesas redondas y 68 mesas de Comunicaciones

Orales. Se presentaron 419 trabajos en comunicaciones orales, 911 pósteres para un total de 2574 personas inscritas.

En torno al tema central se organizaron seis ejes temáticos y 37 sub-ejes. Los seis ejes fueron:

- CAPITALISMO Y SALUD: Análisis crítico de las relaciones entre el sistema capitalista y sus impactos en la salud de la población.
- SOBERANÍA Y DECOLONIZACIÓN: Exploración de la soberanía en salud y esfuerzos por descolonizar enfoques y prácticas médicas.
- DERECHOS SOCIALES: Discusión sobre la promoción y garantía de los derechos sociales como base para la equidad en salud.
- SALUD Y DEMOCRACIA: Reflexión sobre la intersección entre la salud pública y los principios democráticos, destacando desafíos y oportunidades.
- DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD: Abordar factores sociales, económicos y ambientales que influyen y determinan la condición de salud, reconociendo la complejidad de estas interacciones.
- POLÍTICAS Y MODELO DE CUIDADO: Principios éticos, políticos y organizativos a adoptar en la construcción de los sistemas universales y decoloniales de salud.

Estos temas reflejan y abarcan los problemas y desafíos actuales en la consolidación de la democracia en el continente latinoamericano y el papel central de la salud. La pandemia de Covid-19 mostró la relevancia del debate sobre salud para el desarrollo y bienestar de las naciones. Al mismo tiempo, reveló los poderosos intereses comerciales que ingresan a los sistemas de salud para disputar recursos públicos en la oferta de servicios al mismo tiempo que concentran insumos y tecnología en manos de grandes corporaciones privadas. Este escenario atraviesa toda América Latina, al generar desigualdades de todo tipo e imponer restricciones a la democracia, en la medida en que concentra decisiones y poder al margen de las elecciones de la población. La defensa del derecho a la salud como pilar de los sistemas democráticos es actual y urgente, y el Congreso de ALAMES fue escenario del debate crítico y propositivo para la construcción de proyectos políticos de ampliación y consolidación del derecho humano a la salud. Los compromisos y posicionamientos del Congreso se recogieron en la Carta de Río de Janeiro. <https://congreso.alames.org/carta-do-rio-de-janeiro/>. Y para coronar el éxito del XVIII Congreso Medicina Social y Salud Colectiva, tenemos la alegría de presentar los Anales con los trabajos aprobados y presentados en el evento. ¡Buena lectura!

¡Viva Latinoamérica, viva la salud colectiva!

Río de Janeiro, septiembre de 2025

APRESENTAÇÃO

A América Latina é um continente de contrastes. Aqui se expressam, ao mesmo tempo, a desigualdade e a esperança; a concentração da riqueza e a pobreza extrema; o autoritarismo e a democratização; a voracidade do mercado e a ampliação da cidadania. No campo da saúde pode-se dizer que a América Latina está entre a escuridão, a resistência e a esperança. A escuridão refletida no impulso de políticas de saúde neoliberais que entendem os serviços de saúde somente como bens negociáveis; a resistência expressada na ação para impedir que os sistemas e as redes públicas de saúde desapareçam ou sejam privatizados; e a esperança no desenvolvimento de modelos de saúde que reconheçam e garantam a saúde como direito humano fundamental e universal. Ainda assim, as desigualdades na qualidade de vida e na condição de saúde da população são evidentes, têm aumentado e não parece haver uma tendência no sentido contrário.

A Medicina Social e a Saúde Coletiva, que constituem o objeto de nossa articulação continental na Associação Latino-americana de Medicina Social (Alames), assumiu o desafio de, frente à avassaladora política neoliberal, gerar um processo de diálogo social, político e acadêmico entre as organizações e movimentos sociais, as instituições de saúde e a academia acerca do lugar da saúde na agenda política e de desenvolvimento latino-americano, reconhecendo as diversas perspectivas, com ênfase na redução das desigualdades sociais, na determinação social da saúde, na utopia dos estados sociais sob a perspectiva da saúde como direito. Esse foi o objetivo do XVIII Congresso de Medicina Social e Saúde Coletiva, aprofundar nossas análises e projetos políticos para reorientar nossas estratégias de mobilização e de luta por mais direitos.

O Congresso representou um dos principais encontros da saúde coletiva na região latino-americana região, momento de celebração dos 40 Anos da Alames. O evento enfocou a construção de sistemas de saúde universais, com discussões sobre democracia, direitos sociais e determinação social da saúde, com ampla participação de acadêmicos, profissionais, sociedade civil organizada, estudantes e gestores de saúde de todas as regiões do Brasil e de diversos países da América Latina. O programa incluiu conferências, mesas temáticas, e outros formatos de apresentação que visaram aprofundar a colaboração e o compartilhamento de conhecimentos. Com a participação de diversos especialistas regionais e internacionais, o Congresso fortaleceu redes de colaboração, ampliou o debate acadêmico para a construção de políticas públicas eficazes.

Com o tema central “Por democracia, direitos sociais e saúde: retomando o caminho da determinação social e da soberania dos povos” marcamos a defesa do desenvolvimento sustentável, inclusivo, autônomo e com justiça social na América Latina. A programação do evento contou com duas conferências, quatro grandes debates, 22 mesas redondas e 68 mesas de Comunicações Orais. Foram apresentados 419 trabalhos em comunicações orais 911 pôsteres e 2574 pessoas inscritas.

Em torno ao tema central foram organizados seis eixos temáticos e 37 sub-eixos. Os seis eixos foram:

- CAPITALISMO E SAÚDE: Análise crítica das relações entre o sistema capitalista e seus impactos na saúde da população.
- SOBERANIA E DESCOLONIZAÇÃO: Exploração da soberania em saúde e esforços para descolonizar abordagens e práticas médicas.
- DIREITOS SOCIAIS: Discussão sobre a promoção e garantia dos direitos sociais como base para a equidade em saúde.
- SAÚDE E DEMOCRACIA: Reflexão sobre a interseção entre saúde pública e os princípios democráticos, destacando desafios e oportunidades.
- DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: Abordar fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam e determinam a condição de saúde, reconhecendo a complexidade dessas interações.
- POLÍTICAS E MODELO DE CUIDADO: Princípios éticos, políticos e organizativos a serem adotados na construção dos sistemas universais e decoloniais de saúde

Esses temas refletem e abrangem os problemas e desafios atuais na consolidação da democracia no continente latino-americano e o papel central da saúde. A pandemia de Covid-19 mostrou a relevância do debate sobre saúde para o desenvolvimento e bem-estar das nações. Ao mesmo tempo, descortinou os poderosos interesses mercantis que adentram os sistemas de saúde para disputar recursos públicos na oferta de serviços pari passu à concentração de insumos e tecnologia nas mãos de grandes corporações privadas. Esse cenário perpassa toda a América Latina, ao gerar desigualdades de toda ordem e impor restrições à democracia, na medida em que concentra decisões e poder à revelia das escolhas das populações. A defesa do direito à saúde como pilar dos sistemas democráticos é atual e urgente e o Congresso da Alames foi palco do debate crítico e propositivo para a construção de projetos políticos de ampliação e consolidação do direito humano à saúde. Os compromissos e posicionamentos do Congresso foram reunidos na Carta do Rio de Janeiro. <https://congresso.alames.org/carta-do-rio-de-janeiro/>

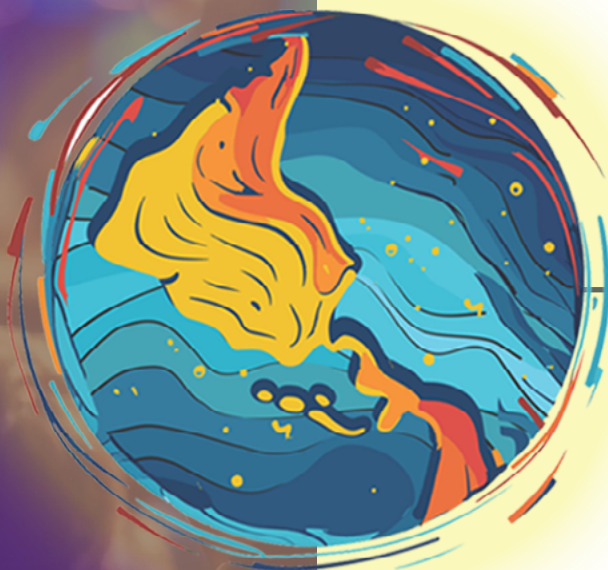
E para coroar o sucesso do XVIII Congresso Medicina Social e a Saúde Coletiva, temos a alegria de apresentar os Anais com os trabalhos aprovados e apresentados no evento. Boa leitura!

Viva a Latinoamérica, viva a saúde coletiva.

Rio de janeiro, setembro de 2025

RESUMEN/SUMÁRIO

Eje 1: Capitalismo y Salud/ <i>Eixo 1: Capitalismo e Saúde</i>	1
Eje 2: Soberanía y Descolonización de la Salud/ <i>Eixo 2: Soberania e Descolonização da Saúde</i>	191
Eje 3: Derechos Sociales y Equidad en Salud/ <i>Eixo 3: Direitos Sociais e Equidade na Saúde</i>	267
Eje 4: Salud Y Democracia/ <i>Eixo 4: Saúde e Democracia</i>	381
Eje 5: Determinación Social de la Salud/ <i>Eixo 5: Determinação Social da Saúde</i>	455
Eje 6: Políticas y Modelo de Atención en Salud/ <i>Eixo 6: Políticas e Modelo de Cuidado</i>	725



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

EJE 1: CAPITALISMO Y SALUD

EIXO 1: CAPITALISMO E SAÚDE

Comunicación Oral/Comunicação Oral

EJE 1: CAPITALISMO Y SALUD/EIXO 1: CAPITALISMO E SAÚDE

Comunicación Oral/Comunicação Oral

A CARGA HORÁRIA EXCESSIVA DE TRABALHO AFETA A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS ESTILOS DE VIDA? O QUE DIZEM OS DADOS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2019.....	7
A COORDENAÇÃO FEDERATIVA EM EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA: LIÇÕES DE ESTADOS E MUNICÍPIOS BRASILEIROS.....	10
A CRISE DO DIREITO À SAÚDE COMO DESDOBRAMENTO DA CRISE ESTRUTURAL DO CAPITALISMO: UMA APROXIMAÇÃO DO DEBATE MARXISTA DA DERIVAÇÃO DO ESTADO.....	13
A ESQUISTOSSOMOSE EM UM “REGIME VETORIAL”: CAPITALISMO E TECNOCIÊNCIA SOB UM CONSÓRCIO DO BANCO MUNDIAL (1960-1980)	16
A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL: INDICADORES DA SUPEREXPLORAÇÃO NA PERIFERIA DO CAPITALISMO	19
A LÓGICA COMPETITIVA NO ACESSO A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: REFLEXÕES SOBRE A REGULAÇÃO AMBULATORIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	22
“A MERCADORIA QUE QUANTO MAIS SE DESGASTA, MAIS GERA VALOR”: SAÚDE DOS TRABALHADORES METALÚRGICOS DA REGIÃO DE CAMPINAS, SÃO PAULO, BRASIL.....	25
A TEORIA MARXISTA DO IMPERIALISMO NA EXPLICAÇÃO DA DINÂMICA DO COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL-FINANCEIRO EM CONTEXTO DE SUBJUGAÇÃO NACIONAL.....	28
AFASTAMENTOS POR SAÚDE FRENTE A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE A PARTIR DA RELAÇÃO ANUAL DE INFORMAÇÕES SOCIAIS ENTRE OS ANOS DE 2012-2021.....	31
ALOCUÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS NO SUS: UMA CRÍTICA A PARTIR DA PERSPECTIVA MARXISTA SOBRE OS LIMITES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	34
ANATOMIA DE UMA CONTRADIÇÃO: A FORMAÇÃO MÉDICA ENTRE EXPLORAÇÃO E RESISTÊNCIA*	36
APARELHOS PRIVADOS DE HEGEMONIA: A ATUAÇÃO DO INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE (ICOS) E AS PRIVATIZAÇÕES NA SAÚDE	39
APROXIMACIONES CONCEPTUALES SOBRE LA DIVISIÓN SOCIAL Y SEXUAL DEL TRABAJO EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS”	42
ARQUITECTURA DEL FINANCIAMIENTO EN SALUD GLOBAL. EL PAPEL EMERGENTE DE CHINA Y EL ROL DE AMÉRICA LATINA.....	45
AVANÇOS DA LÓGICA PRIVATISTA SOBRE A SAÚDE PÚBLICA.....	48
COMO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SE PREPARA PARA AS QUESTÕES ENVOLVENDO O USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS NO BRASIL: DESABASTECIMENTO E DEPENDÊNCIA DO MERCADO INTERNACIONAL.....	51
COMUNIDADES REMANESCENTES QUILOMBOLAS DO PARÁ E OS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: EXTENSÕES UNIVERSITÁRIAS COMO ESTRATÉGIA	

PARA A AGENDA 2030.....	54
CONDIÇÕES DE TRABALHO E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO PÓS-PANDEMIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CEARÁ, BRASIL	57
DESGASTE EN MÉDICOS DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO: UNA EXPERIENCIA EN UNA SUBRED DE BOGOTÁ. SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO, UN CRISTO DE ESPALDAS.	60
DESPRIVATIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: INTRODUZINDO O DEBATE.....	63
DIAGNÓSTICO SOBRE AS RELAÇÕES DE TRABALHO EM MODELOS DE GESTÃO ALTERNATIVOS À GESTÃO DIRETA DO ESTADO NO SUS	66
DISTRIBUIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO AMAZONAS: ANÁLISE POR TIPO DE ESTABELECIMENTO, VÍNCULO EMPREGATÍCIO E REMUNERAÇÃO.....	69
E A SAÚDE DOS RESIDENTES, COMO VAI? AS REPERCUSSÕES DA REGULAMENTAÇÃO NACIONAL DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE A PARTIR DA REALIDADE DO PROGRAMA EM SERVIÇO SOCIAL DA UERJ	72
EL CAPITALISMO CANÍBAL, LA MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD Y LOS TERRITORIOS HUMANOS DE SACRIFICIO. ¿GENOCIDIO POR PLANIFICACIÓN DE LA DESIGUALDAD?	75
EMPREGO APOIADO E INCLUSÃO NO MERCADO FORMAL DE TRABALHO: PRÁTICAS INOVADORAS PARA USUÁRIOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL DO RIO DE JANEIRO	78
ESTADO E NEOLIBERALISMO: IMPLICAÇÕES SOBRE A SAÚDE PÚBLICA E A ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHADORES	80
ESTADO, JUDICIÁRIO E DEPENDÊNCIA: JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA NO BRASIL.....	83
ESTRATEGIAS DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES PARA LA ADAPTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ANTE CRISIS Y EMERGENCIAS: EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN EN LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA.....	86
EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA EN CICOP: CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO EN SERVICIOS DE SALUD DE EFECTORES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA	90
EXPRESSÕES DAS DESIGUALDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: UMA REVISÃO DE ESCOPO.....	93
FÁRMACOS E SEUS EFEITOS (IN)DOMÁVEIS: NOTAS PARA UMA GENEALOGIA SOBRE (DES) ESTABILIZAÇÕES DO ESTATUTO DOS ANTIPSICÓTICOS	96
FONTES DE RECURSOS PARA A SAÚDE PÚBLICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UM RECORTE PARA O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	99
FORTALECIENDO LA PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA: LA EXPERIENCIA DE LOS ESTUDIOS PATHFINDER EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE*	102
FUNEAS E O SUS NO PARANÁ: A LUTA SINDICAL CONTRA A TERCEIRIZAÇÃO	105
GESTÃO DO TRABALHO NOS HOSPITAIS ESTADUAIS GERIDOS POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO	108

HETEROGENEIDADE NAS REMUNERAÇÕES DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: ANÁLISE DAS DISPARIDADES ENTRE AS REGIÕES DO BRASIL	111
ILEGALIDADES, SUBSEGMENTAÇÃO E DESIGUALDADES: UMA ANÁLISE DA PROPOSTA DA ANS DE “PLANOS DE SAÚDE” SEM COBERTURA.....	114
IMPACTO DEL COVID-19 SOBRE LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DESDE LA VISIÓN DE LOS PRESTADORES DE SALUD EN MÉXICO 2019-2022.....	117
“IMPORTA LO QUE NOS PASA” EXPERIENCIAS AFECTIVAS EN LA PRODUCCIÓN SUBJETIVA DEL CUIDADO EN SALUD: TRABAJADORES Y DESEO EN UN MUNICIPIO ARGENTINO CINTIA ALTAMIRANO RAMINGER	120
INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL PARA EL DISEÑO DE ESTRATEGIAS INTERSECTORIALES Y DIVERSAS ANTE OLAS DE CALOR PARA PERSONAS MAYORES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. AÑO 2024	123
JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS DE UMA REDE ATIVISTA E A PERCEPÇÃO DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	126
LA BATALLA CULTURAL EN SALUD	129
LA CONSTRUCCIÓN DEL DATO, LA UTILIZACIÓN DEL MISMO Y SU APROPIACIÓN POR PARTE DE LOS TRABAJADORES	132
LA PRIVATIZACIÓN DE LA NATURALEZA Y EL MODELO DE PRODUCCIÓN FORESTAL DE MONOCULTIVO COMO DETERMINANTES DE LA SALUD Y BIENESTAR DE LAS INFANCIAS RURALES MAPUCHE, REGIÓN DE LA ARAUCANÍA-CHILE.....	135
LAS RELACIONES DE PODER EN EL DEBATE SOBRE LA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA DEL GOBIERNO DE GUSTAVO PETRO: UN ANÁLISIS DESDE LA ECONOMÍA POLÍTICA CRÍTICA.....	138
MEDICALIZAÇÃO E FORMAÇÃO MÉDICA: O PAPEL DO COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL	141
NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN DOMINICANA SOBRE CAMBIO CLIMÁTICO SALUD AMBIENTAL Y DERECHO A LA SALUD	144
O ASSÉDIO LABORAL SOFRIDO POR SERVIDORAS/ES PÚBLICOS DA SAÚDE E A ATUAÇÃO DE UM SINDICATO.....	147
O DESEQUILÍBRIO NA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA E OS DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL E NA COLÔMBIA	150
PERSPECTIVA MARXISTA DEL INTERCAMBIO ECONÓMICO DESIGUAL Y EL DRENAJE DE RECURSOS DESDE EL SUR AL NORTE GLOBAL	153
POLUIÇÃO PLÁSTICA: O GREENWASHING DAS INDÚSTRIAS DE TABACO, BEBIDAS ALCOÓLICAS E ULTRAPROCESSADOS.....	156
PROJETO AVALIAÇÃO DO IMPACTO À SAÚDE DE AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE) PELA EXPOSIÇÃO A AGROTOXICOS NO RJ: EXPERIÊNCIA DA COMUNIDADE AMPLIADA DE PESQUISA (CAP).....	159
PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE MÉXICO: UNA PROPUESTA EPISTEMOLÓGICA DE SU CAMPO DE ACCIÓN	162

QUANDO AS ONDAS DE CALOR SE ENCONTRAM COM A SAÚDE COLETIVA.....	165
RECONFIGURAÇÕES DE GRUPOS ECONÔMICOS DO SETOR FARMACÊUTICO NOS ÚLTIMOS ANOS: CONCENTRAÇÃO DE CAPITAL E PODER.....	168
REFORMAS NO SISTEMA DE SAÚDE CHILENO: DINÂMICAS PÚBLICO-PRIVADAS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A UNIVERSALIDADE E EQUIDADE.....	171
RELAÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS NA SAÚDE NO ESTADO DEPENDENTE NEOLIBERAL: TENDÊNCIAS E IMPASSES DA PRIVATIZAÇÃO DO SUS.....	174
SAÚDE BRASILEIRA: MARCAS DA SUA HISTÓRIA E REFLEXOS NO CONTEXTO REGIONAL.....	177
SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA UMA GESTÃO SUSTENTÁVEL	180
TRABAJO DE SÍ Y PRECARIEDAD EN LA SALUD MENTAL: UNA SOLUCIÓN INDIVIDUAL PARA UN PROBLEMA GLOBAL. LAS TECNO-ESPIRITUALIDADES EN DEBATE.....	183
TRABALHO, PRECARIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE O ATUAL CENÁRIO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO/RJ, BRASIL	186
UM ESTUDO CRÍTICO ACERCA DO INCENTIVO À GESTÃO MUNICIPAL DO SUS S ÃO PAULO, BRASIL: UMA ANÁLISE DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS	188

A CARGA HORÁRIA EXCESSIVA DE TRABALHO AFETA A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS ESTILOS DE VIDA? O QUE DIZEM OS DADOS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2019

Luciana Ribeiro Abranches¹

Paulo Roberto Borges de Souza Júnior

Rosane Abdala Lins

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Nos últimos trinta anos, houve uma mudança drástica no perfil de morbidades da população brasileira com grande predomínio de doenças e mortes devidas a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas as doenças cardiovasculares (DCV). A carga econômica destas doenças produz elevados custos para os sistemas de saúde e para a previdência social devido à morbidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade e famílias. (1). Diversos fatores estão associados às DCV, entre eles, o sedentarismo, a alimentação não saudável, o consumo de álcool e tabaco e a obesidade (2). A carga horária de trabalho excessiva (CHE) também tem sido associada à menor adoção de hábitos de vida saudáveis e as DCV (3). Além das questões já citadas, a CHE pode dificultar o acesso aos serviços de saúde, aos exames laboratoriais e ao diagnóstico de DCNT, principalmente entre aqueles que trabalham seis dias por semana. O presente estudo analisa dados da Pesquisa Nacional de Saúde buscando verificar a associação entre a CHE e o diagnóstico autorreferido de algumas doenças cardiovasculares, a utilização dos serviços de saúde e alguns hábitos relacionados à saúde, de modo a contribuir para o debate atual sobre a redução da carga horária que está acontecendo no Brasil.

OBJETIVO

Analisar a associação entre a carga horária excessiva de trabalho e o diagnóstico autorreferido de doenças cardiovasculares, a utilização dos serviços de saúde e os hábitos de vida relacionados à saúde.

METODOLOGIA

Foram analisados os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. A PNS é um inquérito domiciliar de abrangência nacional, com amostragem probabilística estratificada e em três estágios de seleção. (4), (5).

A população do estudo corresponde aos adultos com 35 anos ou mais, que estava ocupada na semana de referência da pesquisa. A CHE foi definida com base nas pessoas que referiram se deslocar

¹ Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS/ICICT/FIOCRUZ). E-mail: lrabranches@gmail.com

para o trabalho 6 ou 7 dias na semana ou trabalhar 44 horas ou mais no trabalho principal. Foi verificada a associação da CHE com o diagnóstico autorreferido de hipertensão arterial, diabetes, doença do coração e colesterol alto; a utilização de serviços de saúde, a realização de exames laboratoriais, a medição da pressão arterial, a prática de atividade física no lazer, o consumo regular de refrigerantes e a substituição regular de uma refeição por sanduíches, salgados ou pizzas. Foram realizados testes Qui-quadrado de Pearson com correção de Rao-Scott e ajustados modelos de regressão de Poisson controlando por sexo e idade. As análises consideraram o plano amostral da pesquisa.

RESULTADOS

Foram analisados dados de 35.921 adultos com 35 anos ou mais de idade que estavam ocupados na semana de referência da pesquisa, equivalentes a, aproximadamente, 62,5 milhões de pessoas após a expansão da amostra (55,1% homens e 44,9% mulheres). Não foram encontradas diferenças significativas na prevalência de diagnóstico autorreferido de diabetes, hipertensão arterial e doença do coração, porém, o diagnóstico de colesterol alto foi significativamente menor entre os trabalhadores com carga horária excessiva -CHE (13,7% vs. 16,6%, $p < 0,01$). Por outro lado, o percentual de pessoas que nunca realizaram exame para medição de colesterol (6,0% vs. 5,0%, $p = 0,010$) e glicose (5,6% vs. 4,4%, $P = 0,001$) foi maior entre aqueles com CHE, semelhante àqueles que não mediram a pressão arterial nos últimos três anos (6,1% vs. 4,3%, $p < 0,001$). Os trabalhadores com CHE relataram menor utilização dos serviços de saúde, onde 76,4% consultaram um médico nos últimos 12 meses e 18,8% procuraram atendimento nas últimas duas semanas (82,0% e 23,3%, respectivamente, entre os trabalhadores sem CHE). A prática de atividade física no lazer também foi significativamente menos frequente entre os indivíduos com CHE. Já o consumo rotineiro ou abusivo de álcool, o consumo de refrigerantes e a substituição do almoço por sanduíches, salgados, etc. foi mais frequentes entre estes indivíduos. As variáveis relacionadas à utilização dos serviços de saúde, consumo de refrigerantes e sanduíches, práticas de atividade física no lazer e medição da pressão arterial a mais de três anos, permaneceram significativas, mesmo após o controle por sexo e idade através do ajuste de modelos de regressão de Poisson, tendo sido ajustado um modelo para cada variável independente, controlando por sexo e idade.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A prática de atividades físicas no lazer, o acesso aos serviços de saúde para consultas e exames de rotina, o diagnóstico precoce de DCNT e o acesso a uma alimentação saudável e balanceada, são fatores relacionados à saúde e ao bem-estar físico e mental dos indivíduos. As pessoas que trabalham seis dias e/ou 44 horas ou mais por semana tem dificuldade para realizar estas atividades devido ao tempo limitado fora do ambiente de trabalho, principalmente em horário comercial. O presente estudo mostrou que os trabalhadores expostos a uma CHE realizam, em menor proporção, as consultas médicas e os exames preventivos e diagnósticos, atividades físicas, e possuem, em maior proporção, alguns comportamentos não saudáveis, aumentando não só o risco de doenças cardiovasculares e metabólicas, como também um diagnóstico tardio delas. É preciso uma ampla discussão entre setores da saúde, trabalho e sociedade civil de modo a promover um ambiente de trabalho saudável e sem CHE.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Elenco de medicamentos e insumos – Programa Farmácia Popular [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2024 jun 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular/arquivos/elenco-de-medicamentos-e-insumos.pdf>
- (2) Malta DC, Bernal RTI, Iser BPM, Duncan BB, Schmidt MI, Cardoso LSM, et al. Diabetes autorreferido e fatores associados na população adulta brasileira: PNS, 2019. Ciênc Saúde Coletiva. 2022;27(7):2673–84.DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.02572022>
- (3) Baek SU, Lee S, Kim H, Lee S, Park SJ, Kwon YJ, et al. Association between long working hours and metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease: a nationwide population-based study in Korea. Public Health. 2024;232:59–66. DOI:10.1016/j.puhe.2024.04.034.
- (4) Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. PNS 2019: histórico, métodos e perspectivas. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2020 [citado 2025 abr 10];29(5):e2020315. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>
- (5) Souza PRB, Freitas MPS, Antonaci G, Szwarcwald CL. Comparison of sampling designs from the two editions of the Brazilian National Health Survey, 2013 and 2019. Cad Saúde Pública [Internet]. 2022 [citado 2025 abr 10];38(Supl 1):e00164321. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164321>

A COORDENAÇÃO FEDERATIVA EM EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA: LIÇÕES DE ESTADOS E MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Ana Cássia Cople Ferreira¹

Luciana Dias de Lima

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 repercutiu nas relações intergovernamentais brasileiras, do alto ao baixo escalão governamental, evidenciando fragilidades, mas mostrando a viabilidade e o potencial da efetivação dos princípios federativos em um Estado democrático de direito. Como um problema de complexidade intergovernamental (1), a pandemia, ao mesmo tempo, revelou a clara interdependência entre entes federados e foi o inimigo comum que, em muitos casos, uniu atores governamentais e não-governamentais (2). Nesse período, o debate acerca da coordenação de políticas públicas ganhou destaque em análises que identificaram características, determinantes e lições extraídas das respostas de diferentes países (3).

No Brasil, a fragilidade da coordenação nacional e as relações estabelecidas entre o executivo federal e os entes subnacionais foram documentados, indicando a existência de conflitos (4). Em resposta, configurou-se uma situação específica do ponto de vista político-institucional, que impulsionou a articulação de instituições federativas num arranjo de coordenação nacional alternativo (5) apresentaremos os fundamentos teorico-metodológicos e nos resultados que orientaram a construção deste projeto de pesquisa sobre o futuro do federalismo da saúde no Brasil, no âmbito do Centro de Estudos Estratégicos Antonio Ivo de Carvalho da Fundação Oswaldo Cruz (CEE-Fiocruz). Considerando que a saúde não pode prescindir de uma coordenação nacional fortalecida, foram levantadas questões sobre as lições desse período, a partir do ponto de vista dos atores locais.

OBJETIVO

Sistematizar as principais lições da pandemia de Covid-19 para o aprimoramento institucional da coordenação federativa do SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caráter qualitativo, de âmbito nacional, direcionado para os 26 estados da federação. O estudo abrangeu o período de reconhecimento oficial da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da Covid-19 no Brasil (3 de fevereiro de 2020 a 22 de abril de 2022).

1 Ministério da Saúde. E-mail: ana.cople@saude.gov.br

Foram entrevistados, a partir de roteiros semiestruturados, atores políticos que acompanharam os processos de coordenação estadual da resposta à pandemia. Foram entrevistados 31 representantes das secretarias estaduais de saúde e 26 dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), abrangendo todos os estados. Pelas secretarias estaduais, os perfis foram os de gestor da secretaria, chefe ou técnico de setores responsáveis pela condução das ações de enfrentamento à Covid-19. Pelos Cosems, os perfis foram os de membro da mesa diretora, secretário executivo, assessor técnico ou apoiador.

Foram sistematizados e categorizados os relatos dos entrevistados a partir das respostas sobre as lições aprendidas. Seis grandes temas agregaram as lições aprendidas: infraestrutura e investimentos; qualificação e valorização profissional no SUS; comunicação e informação; planejamento em saúde; a estrutura da secretaria de estado de saúde; e arranjo federativo e coordenação estadual do SUS.

RESULTADOS

As lições levantadas pelos entrevistados envolvem tanto necessidades de aperfeiçoamento de processos e de estruturas quanto a incorporação de experiências positivas no âmbito da gestão estadual e da coordenação federativa do SUS. Nos três primeiros grupos de lições apresentados, acerca das demandas por infraestrutura e investimentos, por qualificação e valorização profissional no SUS e por melhorias na comunicação e informação, é interessante observar a percepção de que há dimensões do SUS que não estão plenamente preparadas para atender a futuras emergências e que envolvem os três entes federados. Nos outros três grupos de lições apresentados, relacionados ao planejamento em saúde, à estrutura da secretaria de estado de saúde e sua forma de trabalho e ao arranjo federativo e coordenação estadual do SUS, se concentram as lições voltadas, fundamentalmente, ao aprimoramento da gestão do SUS.

A análise das lições levantadas nas entrevistas revela o quanto considerações embebidas nas experiências vividas, com percepções particulares, refletem desafios nacionais e precisam ser enfrentados pelas três esferas e em diálogo com a sociedade. A lição central aprendida é que os entes federados não conseguem realizar plenamente suas funções de maneira isolada e que as instâncias intergestores do SUS são fundamentais na promoção do trabalho cooperativo.

Em que pese sejam demandas antigas, a pandemia de Covid-19 reforçou que a estrutura e os recursos do SUS precisam ser fortalecidos e o quadro de subfinanciamento histórico revertido. Paralelamente, a indústria nacional da saúde necessita de incentivos e estar mais integrada às necessidades em saúde do país e do SUS. Do lado da gestão estadual, as instâncias de pactuação e espaços de diálogo intergovernamental devem ser valorizados e estendida a experiência de aproximação e trabalho cooperativo da pandemia para outras áreas da atenção à saúde.

CONCLUSÕES

A partir das experiências sistematizadas, entende-se que a gestão estadual do SUS pode contribuir e fortalecer a coordenação federativa do ponto de vista nacional. Particularmente, ela cumpre

um papel relevante na coordenação regional e cooperação federativa, notadamente na promoção da integração entre as ações da atenção primária, da urgência e emergência e da vigilância em saúde. Para tal, é necessário desenvolver capacidades institucionais das SES, com destaque para a atividade de planejamento em saúde, regional e de longo prazo. As SES devem ser fortalecidas estrutural e institucionalmente, com foco na integração interna. E a força de trabalho precisa ser recomposta, valorizada e capacitada para essa finalidade.

Conclui-se que, permeando todas as lições, está o entendimento de que os entes subnacionais não conseguem desempenhar plenamente suas funções isoladamente, e que as instâncias intergovernamentais do SUS desempenham um papel basilar na promoção do trabalho cooperativo.

REFERÊNCIAS

- (1) Paquet M, Schertzer R. COVID-19 as a Complex Intergovernmental Problem. Can J Pol Sci. junho de 2020;53(2):343–7 [citado 2025 jul 10]. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-political-science-revue-canadienne-de-science-politique/article/abs/covid19-as-a-complex-intergovernmental-problem/718CE8A2BCAC8A0A9D65D65A0E841763>
- (2) Peters BG, Grin E, Abrucio FL. American Federal Systems and COVID-19: Responses to a Complex Intergovernmental Problem [Internet]. 2021 [citado 22 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://public.ebib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=6730047>
- (3) Machado, Pereira AMM, Freitas AMM, organizadores. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições [Internet]. Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz; 2022 [citado 14 de junho de 2022]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/t67zr>
- (4) Lima LD, Pereira AMM, Machado CV, Faveret ACSC. Covid-19 e coordenação de políticas de saúde no Estado Federativo Brasileiro. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2021 jun p. 20–4. (Saúde Amanhã).
- (5) Fleury S. Novo Federalismo No Brasil: Tensões E Inovações Em Tempos De Pandemia De Covid-19. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2023. (Conass Documenta).

A CRISE DO DIREITO À SAÚDE COMO DESDOBRAMENTO DA CRISE ESTRUTURAL DO CAPITALISMO: UMA APROXIMAÇÃO DO DEBATE MARXISTA DA DERIVAÇÃO DO ESTADO

Joaquim Gabriel de Andrade Couto¹

Áquilas Mendes²

INTRODUÇÃO

O processo de redemocratização no Brasil incorporou as lutas sociais daquele momento, tendo delimitado na Constituição Federal de 1988 o direito à saúde. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema de saúde universal seguiu a determinação constitucional de que a: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Assim, a luta política do Movimento Brasileiro da Reforma Sanitária, que em sua origem carregava certa radicalidade, foi reconduzida e limitada à uma tática de institucionalização pela via do Estado capitalista (1).

Restritos à forma jurídica do direito, os indivíduos são abstraídos como cidadãos, categoria que pressupõe uma pretensa igualdade jurídica, que oculta as relações sociais de classe que marcam a sociabilidade capitalista. Como cidadãos, os indivíduos são livres para vender sua força de trabalho em troca de um salário, e essa generalização se expressa na forma jurídica do sujeito de direito (2).

Assim, partimos de um questionamento crítico acerca dos limites da noção de direito à saúde, entendendo que ele não se efetiva em sua materialidade como norma jurídica (um artigo constitucional), tendo em vista a própria dinâmica de crise do capitalismo e das suas relações sociais contraditórias, condensadas na forma Estado (3), isto é, na essência do Estado capitalista e não apenas no seu aparelho, como entende o debate marxista da derivação do Estado.

OBJETIVO

Realizar um debate crítico sobre a categoria do direito à saúde, levando em consideração a totalidade do modo de produção capitalista em sua crise contemporânea e as formas sociais oriundas dessa sociabilidade, à luz do debate marxista da derivação do Estado.

MÉTODO

Utilizaremos como referência teórica o debate marxista da derivação do Estado, cuja origem se deu na Europa da década 1970, e que teve como ponto de partida a crítica da Economia Política de Marx. Esse campo se apoia no mesmo caminho utilizado por Marx para apresentar as categorias que

1 Aluno de Doutorado em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP. E-mail: joaquimgc Couto@gmail.com.

2 Doutor em Ciências Econômicas (UNICAMP). Professor da Faculdade de Saúde Pública da USP e do Departamento de Economia da PUC-SP.

constituem as formas sociais do capital, desvendando as relações sociais que se escondem por detrás dessas categorias, a forma-mercadoria, a forma-valor, a forma-dinheiro e a forma-capital, agregando a forma-Estado (4).

O debate derivacionista propõe uma maneira de analisar o Estado e o direito a partir das formas sociais derivadas do capital, entendendo que essas formas têm como base as condições materiais históricas determinadas pelo modo de produção capitalista. Nesse sentido, o processo de derivação segue o desenvolvimento do jurista soviético Pachukanis, o qual elaborou um importante trabalho sobre a forma jurídica e a forma Estado, introduzindo a noção de sujeito de direito, no contexto da sociabilidade capitalista, a partir do método dialético de Marx para análise da teoria jurídica moderna, tendo como ponto de partida a forma mais abstrata do capital: a forma-mercadoria (5).

RESULTADOS

Marx apresentou a forma-valor como a estrutura social que organiza as relações capitalistas, pois a troca de mercadorias exige a equivalência entre elas, viabilizada pela forma-valor (6). Seguindo essa linha, Pachukanis identificou a forma jurídica como reflexo da forma-mercadoria, na qual os indivíduos aparecem como iguais, sujeitos de direitos e proprietários de mercadorias, mesmo que, para os trabalhadores, a única mercadoria seja sua força de trabalho (5).

No capitalismo, a dominação e a exploração não se mostram abertamente, pois isso ameaçaria a reprodução do capital. As relações sociais de produção se ocultam sob a forma-mercadoria, internalizadas subjetivamente na forma jurídica. Ainda assim, as normas que sustentam a dominação exigem uma mediação externa e impessoal, que evita o confronto direto entre classes. Essa característica específica, que permite a exploração sob aparência de equivalência, refere-se ao Estado capitalista (5), isto é, à forma-Estado.

A noção jurídica de sujeito de direito, sob a categoria de cidadão, disfarça as relações de dominação e exploração do capitalismo. O direito à saúde é limitado pela própria forma estatal, que preserva as relações capitalistas. Assim, a política pública de saúde segue o movimento contraditório do capital, adaptando-se aos seus ciclos para não ameaçar sua reprodução (3).

No contexto de crise, a política de saúde está submetida aos ajustes fiscais permanentes, que promovem o subfinanciamento do sistema, uma vez que a austeridade é um mecanismo acionado diante da crise da forma econômica, que se desdobra na crise do Estado e do direito à saúde (7,8). Assim, o direito à saúde é limitado pela lógica da sociabilidade capitalista, e sua garantia não se efetiva somente por meio das formas jurídicas e estatal, mas pela luta política (2).

CONSIDERAÇÕES

Apresentamos um breve debate crítico sobre a noção de direito à saúde difundida no campo da Saúde Coletiva, especialmente no Brasil, fazendo uma aproximação com a perspectiva teórica marxista

do debate derivacionista do Estado. A partir disso, entendemos que o direito e o Estado são formas sociais do capitalismo responsáveis por garantir a reprodução dessa sociabilidade.

A noção de direito à saúde é limitada pela crise estrutural do capitalismo, que se reflete em uma crise da própria forma-Estado. Com isso, a política pública de saúde está submetida ao movimento do capital, sendo constantemente adaptada às necessidades de cada momento do desenvolvimento capitalista. Sendo assim, o direito à saúde, fundamental princípio do SUS no Brasil, está subsumido às necessidades de reprodução do capital e, portanto, a conquista do Estado e a instituição de normas jurídicas não são suficientes para a garantia desse direito, sendo necessária a retomada da luta política por uma outra sociabilidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Dantas AV. Do Socialismo à Democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
- (2) Holloway J. O estado e a luta cotidiana. Direito e Práxis [Internet]. 2019 [citado 2025 jul. 14];10(2):1461–99. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/42732>
- (3) Huwiler LA. Apuntes sobre el proceso de políticas públicas y sus límites. In: Crítica de las políticas públicas: Propuesta teórica y análisis de casos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo Libros; 2022. p. 21–56.
- (4) Holloway J, Picciotto S. Introduction: Towards a Materialist Theory of the State. In: State and Capital: a marxist debate. Londres: Edward Arnold; 1978.
- (5) Pachukanis E. Teoria geral do direito e marxismo. São Paulo: Boitempo; 2017.
- (6) Marx K. O Capital: crítica da economia política. Livro I. São Paulo: Boitempo Editorial; 2013.
- (7) Mendes Á. Crise do capital e o Estado: o desmonte da Saúde Pública brasileira em curso no neofascismo de Bolsonaro In: Economia política da saúde: uma crítica marxista contemporânea. São Paulo: Hucitec; 2022. p. 96–153.
- (8) Behring E. Fundo público e ajuste fiscal permanente no capitalismo contemporâneo em crise: impactos para o financiamento da saúde. In: Economia política da saúde: uma crítica marxista contemporânea. São Paulo: Hucitec; 2022. p. 189–226.

A ESQUISTOSSOMOSE EM UM “REGIME VETORIAL”: CAPITALISMO E TECNOCIÊNCIA SOB UM CONSÓRCIO DO BANCO MUNDIAL (1960-1980)

Bráulio Silva Chaves¹

INTRODUÇÃO

A esquistossomose é uma doença historicamente presente no Brasil, assumindo caráter epidêmico e endêmico. Ela é considerada uma doença tropical, um termo controverso que exprime o que supostamente seria uma demarcação de incidência geográfica de certas doenças que estariam associadas a regiões tropicais e subtropicais.

Em um rol da OMS, a esquistossomose também é considerada doença tropical negligenciada. Em outro emolduramento da própria OMS, ela é designada dentro das “vector-borne diseases”, doenças transmitidas por vetores (1). Perseguir histórica e sociologicamente a esquistossomose é também seguir o caramujo. Tecnicamente, o caramujo é um hospedeiro intermediário e não um vetor. Porém, o enquadramento da OMS contribui para fortalecer a premissa do trabalho.

O conceito de tecnociência visa caracterizar um conhecimento pragmático que nasce na Modernidade e que foi potencializado pelas dinâmicas produtivas do capitalismo, ressaltando-se suas consequências para o trabalho intelectual. Considerando o papel do Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (2), como ele atuaria como articulador de agendas em torno dos vetores e da esquistossomose?

OBJETIVO

Analisar a construção do que se denomina como um “regime vetorial”, tendo como base a pesquisa exploratória documental sobre a esquistossomose, entre 1960-1980; compreender o papel do Banco Mundial como um articulador do capitalismo e da tecnociência para as agendas na saúde; analisar como o Banco Mundial se coloca como um porta-voz de interesses do complexo industrial-farmacêutico, fomentando agendas de pesquisa e produções medicamentosas centralizadas nos vetores.

METODOLOGIA

São etapas da metodologia: 1) Levantamento e análise de bibliografia; 2) Análise da plataforma e de possíveis modelos para extração de dados (“The Docs World Bank”, ver link: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/webdocs>); 3) Escolha de descritores, com seu uso em inglês e português, incluindo: vetor, esquistossomose, malária, dengue, doenças tropicais, doenças negligenciadas,

¹ Professor Titular do Centro Federal de Educação e pós-doutorando em Saúde Coletiva no Instituto René Rachou/Fiocruz Minas. E-mail de contato: braulio@cefetmg.br

sanitário, sanitarismo, engenharia, meio ambiente, Banco Mundial, Shell Frescon, Bayer, Bayluscide, Moluscicida; 4) Organização das fontes, com sua categorização; 5) Análise qualitativa dos documentos; 6) Síntese dos resultados e produção das análises que visem testar e confirmar as inferências.

RESULTADOS

O corpus é constituído por 105 conjuntos de documentos, com tipologias diversas. Por exemplo, em um mesmo conjunto de documentos, estão contidos vários outros, por exemplo, relatórios, cartas, documentações oficiais (ofícios, memorandos etc.), publicações diversas (revistas, livros e artigos).

Na década de 1970, é possível verificar um expressivo conjunto de achados relativos à esquistossomose. Foram encontrados 45 conjuntos de documentos. É na década de 1970 que o próprio conceito de doença negligenciada começa a ser difundido. Assim, há uma dinâmica importante dessas agências que se colocam como financiadoras de projetos científicos e reverberam a ideia de que os países ditos desenvolvidos estariam assumindo, pela via teórica e prática, o compromisso de acabar com a pobreza e com os males que ela provoca. A partir de alguns referências, Pereira (2) discute como a “pobretologia” esteve ligada às produções de economistas, marcando a “imposição da pobreza como unidade de análise, parâmetro legítimo e foco obrigatório para toda e qualquer iniciativa no âmbito da assistência ao desenvolvimento”.

Não por acaso, há vários conjuntos de documentos que envolvem a produção de dados vinculados a projetos em regiões em que a esquistossomose foi considerada um obstáculo a projetos de desenvolvimento agrícola e industrial, em países da África e da Ásia. O Egito foi um país de destaque nesse período, constituindo inclusive um local de base para testagem de diversos fármacos que pudessem matar os moluscos – os chamados moluscicidas. Nesse sentido, a presença da Bayer foi incisiva, como indústria produtora de fármacos que eram utilizados como bala mágica contra os moluscos. Ou seja, há um solucionismo tecnocientífico que desloca a doença de acordo com certos interesses. A presença ruidosa da Bayer e a forma com que métodos farmacológicos são testados e universalizados para outros contextos demonstram a capacidade de certos atores em definirem cognitivamente uma doença, reduzindo-a a um suposto vetor.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O trabalho analisou a construção de um “regime vetorial” a partir esquistossomose, mas há outras doenças que poderiam estar nesse lugar, como a malária e a dengue. A ideia não é necessariamente nova: a ênfase nos vetores obscurece problemas estruturais deliberadamente. Porém, buscou-se matizar como se dá esse processo, por meio de algumas problematizações e abordagens empíricas. Um ponto fundamental é o entendimento dessa ênfase nos vetores como um entrave concreto que repercute no presente. Em diferentes locais, há uma difícil concretização da participação comunitária e popular na construção das agendas de saúde pública, assim como

diversos métodos específicos ainda continuam sendo aplicados de uma forma universalizada. Compreender esse “regime” é apostar em possibilidades de superar a (re)produção de certas negligências na saúde e construir agendas CT&I efetivamente democráticas.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Vector-borne diseases [Internet]. 2020 mar 2 [citado 2025 mar 15]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases>
- (2) Pereira JMM. O Banco Mundial e a construção político-intelectual do “combate à pobreza”. Topoi (Rio J). 2010 jul;11(21):260-82.

A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL: INDICADORES DA SUPEREXPLORAÇÃO NA PERIFERIA DO CAPITALISMO

Thauanne de Souza Gonçalves¹Inês Leoneza de Souza

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Amanda de Lucas Xavier Martins

Juliana Roza Dias

Thais de Almeida Brasil

Valentina Sofía Suárez Baldo

Arthur Lobo Costa Mattos

Daiane Carvalho de Oliveira

Carlos Alberto Grisólia Gonçalves

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa utiliza como referencial teórico a Teoria Marxista da Dependência (TMD) para compreender a força de trabalho em saúde no Brasil. Eduardo Galeano afirma que “Há dois lados na divisão internacional do trabalho: um em que alguns países especializam-se em ganhar, e outro [...] em perder. Nossa [...] América Latina [...] especializou-se em perder”. (1). Esse trecho é ilustrativo do que a TMD explica sobre a economia política dos países da periferia do capitalismo. E devido à divisão internacional do trabalho, esses países dependentes, recorrem à superexploração dos trabalhadores para compensar as perdas de valor nas trocas desiguais com os países centrais (2). Ao observar dados gerais sobre a força de trabalho no Brasil são evidenciadas condições precárias, aprofundadas pela reforma trabalhista e pela austeridade fiscal (3). Neste estudo, damos enfoque à força de trabalho em saúde. Contudo, é um desafio compreender quais indicadores são representativos da superexploração da força de trabalho. A face mais visível são os baixos salários, as longas jornadas e a alta intensidade do trabalho. Mas há mais indicadores que são demonstrativos das condições relegadas à força de trabalho brasileira em geral e da saúde em específico. No âmbito do Projeto “O Estado dependente brasileiro e a acumulação privada de capital no setor de saúde”, reunimos esforços para identificar esses indicadores.

OBJETIVO

Identificar os indicadores capazes de descrever as condições de superexploração da força de trabalho em saúde do Brasil

1 Doutoranda do Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/ UERJ). E-mail: thauannesg@gmail.com

METODOLOGIA

A pesquisa adota uma abordagem quantitativa com base na análise de dados secundários disponíveis em bases públicas, para investigar indícios de superexploração da força de trabalho na saúde, com foco nas áreas profissionais da enfermagem e da medicina. Esses segmentos compõem juntos mais de 70% da força de trabalho do setor no Brasil⁴ e refletem contextos variados relacionados à escolaridade, classe econômica e formação social, permitindo observar como a superexploração se manifesta de forma desigual entre grupos profissionais. Serão analisados dados extraídos de fontes como RAIS, CAGED, CNES, PNAD, Censo Demográfico, COFEN, estudos sobre a demografia médica e da enfermagem, INSS, OIT, DIEESE, IPEA, Ministérios do Trabalho e da Previdência Social, além de dados de produção disponíveis em outras bases do DATASUS. O recorte temporal abrange o período de 1990 a 2024, mas adequa-se à disponibilidade dos bancos de dados. Busca-se identificar os elementos que permitem verificar a existência da superexploração da força de trabalho na saúde nos bancos de dados brasileiros.

RESULTADOS

Os resultados consistem na sistematização de um conjunto abrangente de indicadores que estão organizados em quatro eixos principais: mercado e condições de trabalho; intensidade do trabalho; efeitos da superexploração; e caracterização da força de trabalho. No primeiro eixo, foram mapeados indicadores relacionados aos vínculos formais, tipo de contrato, jornada semanal, remuneração média, greves, e relação entre vínculos públicos e privados. O eixo da intensidade do trabalho contempla dados sobre a distribuição da carga assistencial em diferentes níveis de atenção, como número de atendimentos e procedimentos realizados, bem como a relação entre número de profissionais, leitos e população. No eixo dos efeitos da superexploração, foram reunidos dados sobre afastamentos, licenças, aposentadorias por invalidez, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, além de indicadores de mortalidade e da presença de organizações sociais no setor. Por fim, foram sistematizados dados para a caracterização da força de trabalho, incluindo gênero, raça, idade, tempo de formação, inserção por porte populacional e proporção de profissionais por habitante. Também foram identificados indicadores macroeconômicos e sociais que permitem compreender a formação de um exército industrial de reserva vinculado à saúde.

CONSIDERAÇÕES

Mapear os indicadores da superexploração da força de trabalho é um esforço importante para compreender a dinâmica do capitalismo nos países dependentes. Ao trazer a Teoria Marxista da Dependência para o campo da saúde, reforça-se a importância de analisar as formas específicas que a dependência assume nos diferentes setores. A força de trabalho em saúde, marcada por distintas formações sociais e desigualdades, oferece um campo fértil para essa análise, sobretudo pela importância dessas profissões da reprodução social da força de trabalho. Além disso, esta pesquisa busca dar visibilidade à realidade e à precarização a que vêm sendo submetidos esses profissionais.

REFERÊNCIAS

- (1) Galeano EH. As veias abertas da América Latina. Porto Alegre: L&PM; 2010.
- (2) Marini RM. Dialética da dependência. *Germinal: Marxismo e Educação em Debate* [Internet]. 2017 dez 16 [citado 2024 jul 12];9(3):325–56. DOI: <https://doi.org/10.9771/gmed.v9i3.24648>
- (3) Castro EL de, Gonçalves T de S. A superexploração, os trabalhadores da enfermagem e o Sistema Único de Saúde. *Temporalis* [Internet]. 2023 jul 1 [citado 2025 abr 14];23(45):217–33. DOI: <https://doi.org/10.22422/temporalis.2023v23n45p217-233>
- (4) Machado MH, Teixeira EG, Freire NP, Pereira EJ, Minayo MC de S. Óbitos de médicos e da equipe de enfermagem por COVID-19 no Brasil: uma abordagem sociológica. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2023 jan 16 [citado 2024 nov 16];28:405–19. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.04812023EN>

A LÓGICA COMPETITIVA NO ACESSO A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: REFLEXÕES SOBRE A REGULAÇÃO AMBULATORIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Milton Santos Martins da Silva¹

Carolina Passos Sodré

Mariana Couto Lois Gonzalez

Amanda de Almeida Sanches

Melissande Cristine Conceição Martins Alves

Lara Daniel Grigorovski

Chrisson Monteiro Roza

INTRODUÇÃO

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se na conformação de uma rede regionalizada de serviços que articula diferentes níveis de atenção à saúde, com a Atenção Primária à Saúde (APS) assumindo papel central na ordenação do cuidado. Esse modelo inspira-se em princípios históricos como os estabelecidos no Relatório Dawson (1), que propôs a hierarquização dos serviços a partir da lógica territorial e da coordenação integral dos cuidados. No Brasil, esse modelo foi incorporado de forma complexa, sendo o município do Rio de Janeiro um caso emblemático, sobretudo após reformas promovidas a partir de 2009 que ampliaram a cobertura da APS e descentralizaram o processo de regulação de acesso a especialidades. Entretanto, essa descentralização gerou desafios organizacionais, sobrecarga de trabalho para médicos da APS e aprofundamento de iniquidades no acesso aos serviços, destacando tensões entre princípios do SUS e modelos gerencialistas de gestão.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo analisar o processo de descentralização da regulação assistencial ambulatorial no município do Rio de Janeiro, especialmente no contexto da APS. Busca-se compreender os impactos dessa mudança na organização do cuidado, na função dos profissionais de saúde e na equidade do acesso, à luz dos princípios estruturantes das redes de atenção à saúde e dos modelos gerenciais incorporados na administração pública municipal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma análise teórico-conceitual com base em revisão de literatura e documentos oficiais. Foram utilizados como principais referenciais teóricos o Relatório Dawson (1), os estudos de Starfield (2) sobre os atributos da APS, além de literatura nacional recente que discute regulação em saúde (3,4) gestão por resultados (5) e a municipalização no contexto do SUS (6). O caso do Rio de

Janeiro é analisado em perspectiva histórica e normativa, contextualizando o avanço da descentralização da regulação ambulatorial e suas consequências práticas, especialmente a partir da adoção do SISREG e da criação do Complexo Regulador municipal (7).

RESULTADOS

A descentralização da regulação ambulatorial no Rio de Janeiro, especialmente a partir de 2009, transformou os médicos da APS em responsáveis diretos pelo agendamento de consultas e exames especializados por meio do sistema SISREG. A reforma, inspirada em modelos de Portugal e Reino Unido, introduziu práticas do setor privado, como pagamento por performance, rankings de produtividade e metas vinculadas a bônus salariais. Apesar de avanços como a criação do Super Centro Carioca de Saúde e a redução do tempo médio de espera para algumas especialidades, o volume de solicitações também aumentou, mantendo as filas extensas. O modelo descentralizado gerou distorções como agendamentos realizados por profissionais de áreas diferentes das de residência dos pacientes, horários antissociais para marcação e ausência de cotas regionais, aprofundando desigualdades no acesso. Além disso, essa lógica organizativa baseada em competição e produtividade pressionou os profissionais da APS, já sobrecarregados por suas funções assistenciais. O uso de ferramentas como inteligência artificial para manipulação de filas durante períodos eleitorais evidenciou vulnerabilidades do sistema, como a devolução em massa de solicitações sem critério clínico, configurando possíveis práticas de má gestão e corrupção.

CONCLUSÃO

A descentralização da regulação ambulatorial no Rio de Janeiro, embora tenha ampliado a capilaridade do acesso a especialidades, ocorreu de forma desestruturada e sem o fortalecimento de uma autoridade sanitária local, o que resultou na sobrecarga dos profissionais da APS e em distorções regulatórias. A lógica competitiva e gerencialista incorporada ao SUS municipal não apenas desresponsabiliza a gestão pública como agrava as iniquidades de acesso ao colocar a responsabilidade do ordenamento da rede sobre os ombros de profissionais da linha de frente, sem o devido suporte técnico e institucional. O caso evidencia a urgência de reformulações que resgatem os princípios organizativos das redes de atenção à saúde, especialmente a coordenação do cuidado e a equidade no acesso. Propõe-se como alternativa a descentralização parcial do Complexo Regulador até o nível das Áreas de Planejamento (APs), combinando a consideração das especificidades territoriais com a centralidade da autoridade sanitária. A construção de uma rede integrada, justa e eficaz passa pelo enfrentamento da desresponsabilização institucional e da lógica empresarial, em defesa de um SUS público, universal e equânime.

REFERÊNCIAS

- (1) Ministry of Health. Interim report on the future provision of medical and allied services 1920 (Lord Dawson of Penn) [Internet]. London: Ministry of Health; 1920 [citado 2025 fev 4]. Disponível em: <https://sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>
- (2) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2006.
- (3) Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Cien Saude Colet. 2010;15:2307-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>
- (4) Silva CL, Guabiraba KPL, Gomes GG, Andrade CLT, Melo EA. A regulação ambulatorial na atenção primária do município do Rio de Janeiro, Brasil, a partir dos médicos reguladores locais. Cien Saude Colet. 2022;27(6):2481-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15702021>
- (5) Andreazzi MFS, Bravo MIS. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. Trab Educ Saúde. 2014;12:499-518. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>
- (6) Baptista TWF. Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil: vinte anos da Reforma Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, Projeto Nordeste II, PNUD; 1997.
- (7) Pinto LF, Soranz D, Scardua MT, Silva IM. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. Cien Saude Colet. 2017;22(4):1257-67. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26422016

“A MERCADORIA QUE QUANTO MAIS SE DESGASTA, MAIS GERA VALOR”: SAÚDE DOS TRABALHADORES METALÚRGICOS DA REGIÃO DE CAMPINAS, SÃO PAULO, BRASIL

Leonardo Dresch Eberhardt¹

Thais Vieira Esteves

José Augusto Pina

Eduardo Navarro Stotz

Eclea Spiridião Bravo

Mara Alice Batista Conti Takahashi

Hugo Pinto de Almeida

INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta a experiência de construção compartilhada de conhecimentos entre pesquisadores, profissionais de saúde e metalúrgicos da região de Campinas, São Paulo, entre os anos de 2018 e 2021. A pesquisa foi desencadeada a partir de demanda do Sindicato dos Metalúrgicos de Campinas e Região (SMCR), e se insere na “Rede de Pesquisa em Saúde do Trabalhador: construção do conhecimento e intervenção entre trabalhadores, profissionais dos serviços e pesquisadores” (1).

Os metalúrgicos de Campinas possuem uma trajetória de lutas pela saúde que remonta ao final dos anos de 1970, no contexto das greves e organizações que marcaram o período. Em 1984, há a retomada do sindicato pelos trabalhadores com a eleição da Oposição Sindical, após intervenção da ditadura militar. Nas décadas subsequentes, a direção sindical encaminhou uma série de mobilizações por condições de trabalho, sendo a saúde compreendida no âmbito das lutas dos trabalhadores.

O cenário subjacente ao período do estudo compreendeu as crises econômicas (2014-2017; 2020-2021), transformações nos processos produtivos, alterações na legislação – como a Reforma Trabalhista (RT) de 2017 e a Reforma da Previdência em 2019 – e a Pandemia de Covid-19 (2020-2022), temas que foram incluídos no estudo.

OBJETIVO

Estudar o enfrentamento operário e sindical ao processo de desgaste dos metalúrgicos de Campinas e Região, considerando as transformações produtivas e a implantação da RT, no contexto das crises econômicas desencadeadas no Brasil entre 2014-2022 e aprofundadas pelas medidas de controle da pandemia de Covid-19.

¹ Professor Doutor, Faculdade de Enfermagem (FEnf), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). E-mail: dresch@unicamp.br

METODOLOGIA

A metodologia foi pautada pelo diálogo com trabalhadores, sindicalistas e profissionais do Departamento de Saúde do SMCR, procurando viabilizar a participação ativa nas diferentes etapas da pesquisa. Com base em Laurell e Noriega (2), buscou-se “resgatar a saúde dos trabalhadores como um campo de luta entre o capital e o trabalho”, reconhecendo que “os avanços decisivos relacionados à saúde dos trabalhadores foram o resultado da ação e da pressão social conseguidas pelos trabalhadores” (p. 277).

A coleta de dados teve como base o trabalho de campo realizado entre 2019 e 2022, e incluiu: [1] análise documental de relatórios, notícias e convenções coletivas disponibilizados pelo SMCR; [2] realização de 19 entrevistas abertas com operários, cipeiros, sindicalistas e profissionais do Departamento de Saúde; [3] observação participante em atividades coletivas promovidas pelo sindicato.

O referencial teórico-metodológico baseou-se na determinação histórica e social do processo saúde-doença (2). A análise e interpretação dos dados utilizou metodologias qualitativas, em especial a análise temática (3). A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer n.º 3.647.481/2019.

RESULTADOS

As categorias temáticas resultantes da análise incluem: (a) processo de produção e desgaste nas fábricas; (b) Reforma Trabalhista (RT) e negociações coletivas; (c) ações operárias e sindicais; (d) situação dos trabalhadores durante a Pandemia de Covid-19.

O processo de produção nas fábricas é marcado por intensificação do trabalho, prolongamento da jornada e “gestão do medo”: ritmo alucinante, horas-extras, redução de pausas, pressão por metas e competição, Participação nos Lucros e Resultados (PLR), despotismo, violência e imposição da ideologia da empresa.

O perfil epidemiológico do desgaste operário inclui sintomas difusos (dores, mal-estar, nervosismo, etc.), problemas osteomusculares, transtornos mentais, acidentes de trabalho típicos, entre outros. O tempo de vida útil do trabalhador é de cerca de cinco anos: após esse período já está com incapacidade para o trabalho e é excluído da empresa e do setor. Essa realidade pode ser caracterizada como uso predatório da força de trabalho pelas empresas (4). A ação sindical busca obter o reconhecimento do adoecimento no trabalho.

Com a RT e o fim da ultratividade, os metalúrgicos de Campinas enfrentaram a ofensiva das empresas sobre os direitos dos trabalhadores, incluindo a luta para manter a cláusula de estabilidade até a aposentadoria ao operário com restrição laboral. Embora as ações em contrário, como greves e paralisações, a tendência foi a ampliação dos acordos por empresa, reduzindo o lócus da negociação, bem como o fim da estabilidade no setor de autopeças.

Durante a Pandemia de Covid-19, as empresas adotaram medidas de redução de jornada e salário e suspensão de contratos de trabalho, com base na MP 936. Sindicato e operários denunciaram a exposição à contaminação pelo vírus, intensificação do trabalho e demissões.

CONSIDERAÇÕES

A compreensão sindical de que “a força de trabalho é a mercadoria que quanto mais se desgasta no processo de trabalho mais gera valor” (p. 4) (5) aponta a impossibilidade de compatibilizar a saúde operária com a produção capitalista, requerendo a resistência e a luta dos trabalhadores (6). Contudo, a pactuação da PLR e a ausência de movimento sindical contrário ao fim da ultratividade impõem limites à ação operária e sindical para defesa da saúde.

A presente pesquisa ressalta a determinação social e histórica do processo de produção sobre a saúde-doença dos trabalhadores, não redutível aos riscos específicos das funções e postos de trabalho, ressaltando a dimensão coletiva do processo saúde-doença. Destaca-se a importância das iniciativas de construção de conhecimentos que valorizem os saberes compartilhados entre grupos de trabalhadores, universidades, serviços de saúde e órgãos públicos, no sentido da transformação das condições de trabalho e proteção da saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Pina JA, Jackson Filho JM, Souza KR, Takahashi MABC, Silveira LB, organizadores. Saber operário, construção de conhecimento e a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec; 2021.
- (2) Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
- (3) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- (4) Cardoso AM. Trabalhar, verbo transitivo: trajetórias ocupacionais de trabalhadores da indústria automobilística. Dados. 1998; 41(4): 701-750. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0011-52581998000400002>
- (5) Intersindical. Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora. Na vida do trabalhador: o lucro do patrão. Saúde x condições de trabalho na sociedade do capital. Campinas: Intersindical; 2012.
- (6) Stotz EN, Pina JA. Experiência operária e ciência na luta pela saúde e a emancipação social. Rev Bras Saúde Ocup. 2017; 42: e12. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000024616>

A TEORIA MARXISTA DO IMPERIALISMO NA EXPLICAÇÃO DA DINÂMICA DO COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL-FINANCEIRO EM CONTEXTO DE SUBJUGAÇÃO NACIONAL

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi¹

Rafael Rego Caruso²

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Desde os anos 1990, o programa de pesquisa e intervenção do Complexo Econômico Industrial da Saúde/CEIS (1), programa eclético de base principalmente shumpetero-keynesiana, vem alcançando uma hegemonia na Saúde Coletiva, ao contrário do período anterior em que essa temática estava relacionada com o marxismo. Visões alternativas, como a própria teoria marxista da dependência são relegadas a segundo plano por um pretenso consenso de que somente o programa do CEIS pode enfrentar a necessidade de haver produção interna de bens para a saúde, o único entre um campo que pode ser classificado como crítico ao liberalismo que recomenda e aplica a teoria das vantagens comparativas das nações que nos relega a condição colonial agrário-exportadora e a não intervenção do Estado em esforços de industrialização. Resumidamente, esse programa centra na inovação shumpeteriana como base para o desenvolvimento, preconizando um Estado regulador e indutor que alinhe os interesses das empresas produtivas com as necessidades sanitárias da população.

Estando já familiarizada com a obra de Lenin utilizada em trabalhos anteriores (2) julgamos necessário retomá-la com uma leitura voltada para a base produtiva da saúde.

OBJETIVO

O objetivo do trabalho é discutir a atualidade dos elementos essenciais apresentados por Lenin para caracterizar o imperialismo na análise do processo de subjugação nacional na produção de bens de saúde. Como objetivo específico analisar algumas diferenças verificadas com outras correntes teóricas como o CEIS(1) e aquelas que reivindicam o marxismo.

METODOLOGIA

O trabalho se baseou em revisão bibliográfica e documental dos últimos 20 anos sobre a dinâmica da produção em saúde no Brasil, especialmente aqueles que utilizam o programa do complexo econômico industrial da saúde e a teoria marxista da dependência (3). Analisaram-se os principais achados e verificou-se na obra O Imperialismo, fase superior do capitalismo (4) como se poderia analisa-los.

1 Professora Associada UFRJ. E-mail: siliansky@iesc.ufrj.br

2 Doutorando IESC/UFRJ

RESULTADOS

Pode-se constatar uma série de características do capitalismo na fase imperialista que permanecem atuais. 1) A concentração da produção tendendo ao monopólio, pois para as grandes empresas se torna frequentemente mais vantajoso fazer acordos entre si como se fossem uma só empresa controlando o mercado. Tal processo é plenamente constatado no mercado farmacêutico (onde as grandes empresas mundiais são essencialmente as mesmas do início do século XX) e de equipamentos médicos. 2) A competição desigual em relação a empresas entrantes no mercado e pequenas, a compra total ou parcial das empresas pequenas pelas grandes. Na história da produção farmacêutica no Brasil, pode-se constatar esse processo que foi um processo de desnacionalização, pois coincidiu com as estratégias de exportação de capitais por meio da construção ou aquisição de plantas industriais. 3) A concentração da produção explica o porquê na repartição da mais-valia global (5) as grandes empresas monopolistas (com seus Estados imperialistas no apoio) acabam concentrando a mais-valia produzida pelos setores competitivos, inclusive a produção de commodities. Isso vale para as pautas de exportação dos países subjugados. E para a pauta de importação da saúde, com produtos das empresas monopolistas sujeitos, muitas vezes, à imposição de propriedade intelectual ou são as próprias licenças de uso de propriedade intelectual que são importadas. 4) Transferência de valor dos países dominados para os países imperialistas com importância, no nosso caso, das transferências via pagamento de propriedade intelectual pois o uso de tecnologia que se tornou no capitalismo atual uma das principais fontes de lucro das grandes corporações multinacionais a partir da reestruturação produtiva dos anos 1980 (6).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O imperialismo é um processo é impositivo de exploração de um punhado de países ricos sobre a imensa maioria do globo, não a existência de uma hierarquia entre as nações. É essencial entender a questão da transferência de mais-valia por mecanismos econômicos. Ressalta-se a insuficiência do CEIS de assinalar que a dependência econômica e tecnológica não se refere apenas ao déficit comercial, mas ela envolve “a remessa de lucros, o pagamento de patentes, royalties e serviços”(3) assim como as transferências relativas à dívida pública e a especialização produtiva em matérias-primas, inclusive o controle direto da mineração que vão ser mecanismos de perpetuação de uma situação de subjugação nacional. Há que se criticar o conceito de Estado neutro utilizado pelo CEIS, capaz de regular a produção de acordo com as necessidades de saúde sem compreender as estratégias do imperialismo quanto ao papel das semicolônias na reprodução total do capital.

REFERÊNCIAS

- (1) Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(2):531-5.
- (2) Andreazzi MFS. O seguro saúde privado no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1991.
- (3) Rodrigues PHA, Silva RDFC, Mattos ALCM. Da teoria à prática: uma interpretação crítica da noção do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS). Trab Educ Saúde. 2024;22:e02989261. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2989>
- (4) Lenin VI. El imperialismo, fase superior del capitalismo. 1ª ed. Madrid: Fundación Federico Engels; 1916.
- (5) Marx K. O capital. Livro III. São Paulo: Boitempo Editorial; 2017.
- (6) Chesnais F. A mundialização do capital. Rio de Janeiro: Xamã; 1996.

AFASTAMENTOS POR SAÚDE FRENTE A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE A PARTIR DA RELAÇÃO ANUAL DE INFORMAÇÕES SOCIAIS ENTRE OS ANOS DE 2012-2021

Hugo Pinto de Almeida¹

Leonardo Dresch Eberhardt

Bruna Drumond Silveira

Rogério Bittencourt de Miranda

Helena Maria Scherlowski Leal David

Ricardo de Mattos Russo Rafael

Magda Guimarães de Araújo Faria

Mercedes de Oliveira Neto

Tarciso Feijó da Silva

INTRODUÇÃO

As discussões acerca das melhorias das condições laborais dos trabalhadores de enfermagem têm se tornado uma prioridade para as organizações representativas da categoria, assim como para órgãos internacionais e nacionais, com o intuito de enfrentar as diversas formas de precarização do trabalho e suas manifestações no desgaste dos trabalhadores(1).

A precarização do trabalho é entendida como um fenômeno complexo e multideterminado onde várias características desfavoráveis de trabalho se somam e se reforçam mutuamente, como a diminuição de direitos, segmentação e fragilização de coletivos de trabalhadores e deterioração das condições de saúde e trabalho (2). No trabalho em enfermagem, as formas de precarização laboral tem suas principais manifestações na sobrecarga e intensificação do trabalho, na necessidade de múltiplos vínculos trabalhistas, na baixa remuneração e a presença de longas e extenuantes jornadas que contribuem para a degradação da saúde física e mental (1).

Sendo a deterioração das condições de saúde dos trabalhadores uma das repercussões da precarização do trabalho, a análise dos afastamentos para recuperação da saúde, seja por doenças e acidentes relacionados ao trabalho ou não, pode oferecer contribuições significativas acerca das condições laborais enfrentadas por esses profissionais em um determinado contexto histórico.

OBJETIVO

Analisar os afastamentos do trabalho na equipe de enfermagem, a partir da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) no Brasil, no período de 2012-2021.

1 Doutor em Saúde Pública e professor adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva, E-mail: hugopa_rj@yahoo.com.br.

METODOLOGIA

Estudo transversal de natureza descritiva que analisa os afastamentos dos trabalhadores que compõem a equipe de enfermagem. O referencial teórico-metodológico da pesquisa é constituído pela abordagem da “determinação histórica-social da saúde-doença”, que considera que as forças dominantes na relação capital e trabalho oprimem, circundam e desgastam as capacidades físicas e psíquicas dos trabalhadores (3).

O estudo utiliza dados secundários obtidos da RAIS[4] do Ministério do Trabalho e Emprego do período entre 2012 e 2021, com a população composta pelos registros de postos de trabalho ocupados pelos profissionais de enfermagem na RAIS. Levamos em conta a classificação de três níveis da equipe de enfermagem (superior, médio e auxiliar), com base na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), e as causa de afastamentos de saúde da RAIS (acidente de trabalho típico, acidente de trabalho de trajeto, doenças relacionadas ao trabalho e doenças não relacionadas ao trabalho).

O tratamento e a distribuição temporal, foi realizada mediante a exportação do banco de dados para apreciação descritiva através do Software R Core Team e cotejado com o referencial teórico do estudo. Em relação aos aspectos éticos, foram utilizadas informações de domínio público sem a possibilidade de identificação individual.

RESULTADOS

Os dados indicam um crescimento no número de empregos formais para a equipe de enfermagem, de 1.249.791 em 2012 para 1.933.204 em 2021. A expansão mais significativa foi observada nas ocupações de nível superior e técnico, enquanto houve uma redução entre os auxiliares.

No mesmo sentido verificou-se um crescimento significativo nos afastamentos da equipe da enfermagem por questões de saúde, de 184.139 em 2012 para 757.783 em 2021. Entre os tipos de afastamento, aqueles relacionados ao trabalho (acidente de trabalho típico ou de trajeto e doenças relacionadas ao trabalho) passaram de 10.304, em 2012, para 23.575 em 2021 (aumento de 128,95%). Já os afastamentos por doenças não relacionadas ao trabalho passaram de 173.835, em 2012, para 734.208 em 2021 (aumento de 322,26%)(4).

O aumento dos afastamentos pode ser considerado um indicador das formas de precarização do trabalho (3,5). Neste período, as configurações de precarização laboral se intensificaram pela adoção de novas formas de gestão e organização do trabalho, ajuste fiscal do Estado e a incorporação de novas modalidades de contratação por meio de organizações sociais, empresas públicas de direito privado entre outras (5). Soma-se a esse processo as mudanças na legislação como a Reforma Trabalhista e Lei da Terceirização e os impactos da pandemia de COVID-19.

Os dados apontam para a tendência de caracterização dos problemas de saúde como não-relacionados ao trabalho. Em 2012, para cada afastamento que obteve reconhecimento da relação com o trabalho havia 16,87 que não foram reconhecidos; enquanto em 2021 tal proporção aumentou para

31,14. Nesse sentido, observa-se o aprofundamento de uma tendência já presente (e dominante) de descaracterização e ocultamento da relação entre o processo saúde-doença e o trabalho.

CONCLUSÕES

Historicamente, o trabalho em enfermagem é estruturado por uma divisão social e sexual que resulta em condições desgastantes, refletidas nos múltiplos vínculos, longas jornadas, sobrecarga e intensificação do trabalho.

A elevação dos afastamentos por motivos de saúde entre os profissionais de enfermagem durante o período analisado é um sinal do crescente desgaste no trabalho, resultante tanto das situações conhecidas quanto das que não são facilmente percebidas relacionadas à precarização das condições laborais. Além disso, o alto índice de afastamento que não tem sua relação com o trabalho reconhecida indica a existência de uma lacuna importante para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros.

As transformações nos locais de trabalho, como a adoção de práticas de gestão por metas geram competitividade, além de fomentar práticas de assédio e violência. A isso se adiciona a criação de novas formas de contratação cada vez mais instáveis e desprovidas de direitos trabalhistas, como observado durante a pandemia de COVID-19, que pioram ainda mais as condições de trabalho. Neste período, a enfermagem ao mesmo tempo em que ganhou notoriedade pela relevância do seu papel na assistência à saúde, enfrentou um declínio das condições de trabalho, que culminou na elevação dos afastamentos.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [citado 2024 dez 28]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/331677>
- (2) Druck G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? Cad CRH. 2011;24(01):37-57.
- (3) Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
- (4) Brasil. Ministério do Trabalho. Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego. Brasília; 2024.
- (5) Araújo-dos-Santos T, Nunes DO, Pereira RB, Góes MMCSR, Ferreira IQBP, Santos SD, Florentino TC, et al. Associação entre variáveis relacionadas à precarização e afastamento do trabalho no campo da enfermagem. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(1):123-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28242019>

ALOCÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS NO SUS: UMA CRÍTICA A PARTIR DA PERSPECTIVA MARXISTA SOBRE OS LIMITES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Eduardo de França Mesquita¹

Áquilas Mendes

INTRODUÇÃO

A discussão crítica sobre as políticas públicas no Estado capitalista, a partir da Teoria da derivação do Estado, considera que a compreensão do processo das políticas públicas depende de uma análise mais ampla da natureza do Estado capitalista (1). Como consequência do subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas neoliberais no Brasil, que historicamente enxugaram recursos da saúde através de políticas que restringem os investimentos públicos, pode-se dizer que uma alocação de fato equitativa dos recursos em saúde nunca se efetivou. O propósito desta discussão é relacionar os limites das políticas de alocação de recursos financeiros no SUS, dando enfoque ao processo de alocação de recursos desenvolvido no governo Lula (2023-2026), com o debate sobre os limites das políticas públicas no capitalismo à luz da Teoria da derivação do Estado.

OBJETIVO

O objetivo do estudo é abordar o processo de alocação de recursos financeiros no SUS desenvolvido no governo Lula (2023-2026), buscando analisar seus problemas no tocante aos critérios equitativos, sob a perspectiva da Teoria da derivação do Estado a partir dos limites das políticas públicas no Estado capitalista.

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio teórico entre a obra de Huwiler e Bonnet (1) sobre suas contribuições para o entendimento dos limites das políticas públicas no Estado capitalista, a partir do debate da derivação do Estado (compreendendo-o como categoria “forma-Estado”) e a trajetória do processo de alocação de recursos financeiros no SUS, sobretudo no desenho de alocação implementado no governo Lula (2023-2026).

RESULTADOS

Na abordagem do derivacionismo, entende-se o Estado enquanto forma-processo das relações sociais capitalistas. Existem outras abordagens mais tradicionais sobre o processo das políticas públicas, que possuem tendência racionalista e etapista, escondendo a natureza intrínseca do capitalismo. Huwiler e Bonnet (1) buscaram aprofundar a análise do processo de políticas públicas à luz do debate da derivação

1 Faculdade de Saúde Pública da USP. E-mail: edu.franca28@usp.br

do Estado (debate marxista da década de 1970). Os autores consideram que a racionalidade colocada aos agentes do Estado se concretiza de forma limitada pelos próprios requerimentos da reprodução capitalista, que se manifestam num cenário de conflito de classes e através de um mecanismo de “ensaio e erro”, ou seja, através de tentativas de adequação aos requerimentos da reprodução capitalista (1). Quando se fala em alocação de recursos em saúde, mesmo que se pretenda discutir do ponto de vista equitativo, ainda é muito presente o discurso da eficiência, ou seja, da maximização dos lucros e da utilidade dos serviços (2). As políticas de saúde no Brasil, tanto as de modelo de atenção quanto as de financiamento e alocação de recursos, sofrem interferências e são resultados das disputas de classes. Agências internacionais têm influenciado historicamente os modelos de atenção no SUS, recomendando ajustes para implementação de programas focalizados e condicionando estes ajustes a empréstimos financeiros (3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Desde sua criação, o SUS é marcado por um cenário de disputas relacionadas aos modelos de cuidado em saúde, que sofre múltiplas influências, desde setores da sociedade civil, de movimentos sociais, até de agências e órgãos internacionais; estes últimos costumam recomendar uma lógica de alocação operacional que atende a alguns requerimentos necessários à reprodução do capital (3). Entretanto, deve-se considerar que a exposição das contradições nos conflitos de classe “revela os conflitos sociais encobertos pelos desgastes advindos do mundo do trabalho contemporâneo e possibilita a construção de um projeto emancipatório [...]” (4). Assim, a análise da alocação de recursos financeiros do Governo Lula apresenta problemas no tocante à questão da equidade, o que o qualifica como uma alocação de recursos condizente aos limites das políticas públicas na sociabilidade capitalista.

REFERÊNCIAS

- (1) Álvarez Huwiler L, Bonnet A. Crítica de las políticas públicas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo; 2024.
- (2) Carnut L, Mendes Á, Leite MG. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. Saúde Debate [Internet]. 2020 [citado 2025 out 23]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QX3G5qzmksjDMjFSjb6Ygnj/?lang=pt>
- (3) Mendes Á, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2022 [citado 2025 out 23]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RzCN3QfmZthv6GBQQfNQHsQ/abstract/?lang=pt>
- (4) Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface (Botucatu) [Internet]. 2007 [citado 2025 out 23];11(23):605–18. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/v11n23/a14v1123.pdf>

ANATOMIA DE UMA CONTRADIÇÃO: A FORMAÇÃO MÉDICA ENTRE EXPLORAÇÃO E RESISTÊNCIA*

Júlia Marques Preto¹

Gustavo Antonio Raimondi

INTRODUÇÃO

A medicina se anuncia como ciência do cuidado, mas se estrutura sobre um modelo que normatiza corpos, exclui os indesejáveis e converte o sofrimento em capital. Entre a promessa do altruísmo e a lógica mercantil, o ensino médico naturaliza jornadas exaustivas, sofrimento psíquico e a precarização do trabalho como parte essencial da formação. O que significa aprender a cuidar em um sistema que lucra com a doença?

Minha trajetória – mulher branca, latina, queer, estudante de Medicina em instituições privadas e públicas – é o ponto de partida para esta autoetnografia performática. Ao transformar minha experiência em campo de análise, busco problematizar as forças que atravessam a educação médica no contexto do materialismo histórico no Brasil. Inspirada nas abordagens de Ellis e Denzin (1,2), investigo como poder, classe e ideologia moldam essa formação.

A autoetnografia não se contenta em descrever: tensiona, denuncia, convoca. Se a medicina se sustenta em silêncios e naturalizações, esta pesquisa se recusa a consentir. O que não é dito não desaparece—pelo contrário, se entranha nas estruturas, fortalece opressões. Romper com a ordem vigente exige mais do que resistir: exige expor as fissuras de um sistema que, em vez de curar, perpetua desigualdades e captura corpos—de médicos e pacientes—como engrenagens de um mercado que lucra com o adoecimento.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo analisar criticamente as contradições da formação médica sob a lógica do capital, expondo como a mercantilização do cuidado molda currículos, relações institucionais e práticas profissionais. Ao dissecar os processos de normatização, consumo, reprodução da força de trabalho, contenção social e exploração do trabalho médico, busca-se compreender como essas engrenagens impactam a educação médica, o acesso equitativo à saúde e a própria prática do cuidado.

METODOLOGIA

O estudo adota a autoetnografia performática como abordagem metodológica, articulando experiência pessoal e análise estrutural para interrogar as contradições da formação médica (3).

1 Universidade Federal de Uberlândia (UFU). E-mail: julia.mp@ufu.br.

* A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humano pelo número CAAE 59241722.9.0000.5152, estando em conformidade com a Resolução no 510, datada de 7 de abril de 2016, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde.

Fundamentado em Ellis, Adams e Bochner (4), o método não apenas descreve, mas tensiona discursos, desafiando a neutralidade acadêmica e expondo as forças que atravessam a prática da saúde.

A partir da observação ativa durante cinco anos em duas escolas médicas, e investigação em cadernos de campo e fotografias, desenvolveu-se uma análise descritivo-realista e analítico-interpretativa (5), organizada a partir de registros etnográficos intercalados com reflexões autobiográficas, em constante interlocução com a produção acadêmica sobre trabalho, poder e mercantilização do cuidado. O presente trabalho foi estruturado a partir de dimensões que revelam a influência do capitalismo na organização da saúde, como normatização e consumo de mercadorias do complexo médico-hospitalar (6). A partir da análise dessas categorias, o estudo busca evidenciar os impactos do modelo vigente sobre a formação médica e propor um chamado à ruptura.

RESULTADOS

“— Mas e a ética? – alguém sussurra ao vento,

— Será resistência ou só fingimento?

Entre a regra e a vida, a linha é delgada,

— O que é justiça quando o justo é nada?”

Caderno de Campo, 2025

A análise autoetnográfica revelou que a formação médica é moldada por um aparato normativo que padroniza corpos, condutas e saberes, restringindo possibilidades de uma prática humanizada. A lógica mercadológica permeia toda a estrutura do ensino médico, priorizando a produtividade, a medicalização excessiva e a formação de profissionais ajustados às demandas do setor privado, em detrimento de uma ética comprometida com a justiça social.

“E como questionar o nosso cotidiano? Se estamos em um sistema que não quer nosso julgamento. Em que há um abismo entre eu e o “outro”, até porque somos ensinados a não nos enxergarmos mais como classe trabalhadora, afinal, vamos ser médicos, seremos a elite e, assim, aprendemos a odiar o paciente, a vê-lo como um outro diferente de nós, afinal, temos que manter a ideia de elitização para manter também a hegemonia do cuidado. Até porque, é o meu medicamento que cura, é o meu sistema social que funciona, eu tenho que acreditar nisso para que meu paciente acredite também.”

Caderno de Campo, 2024

Observou-se que a reprodução da força de trabalho na medicina perpetua hierarquias acadêmicas e profissionais, aprofundando desigualdades de classe, gênero e raça. A contenção social, por sua vez, opera no controle do acesso à saúde, convertendo pacientes em objetos de ensino e lucro.

Diante desse cenário, a autoetnografia performática revelou-se como um dispositivo potente para desestabilizar discursos naturalizados, tornando visíveis as contradições estruturais da medicina e convocando à resistência e à transformação.

CONCLUSÕES

A pesquisa revela que a educação médica, capturada pela lógica mercadológica, desvirtua-se de seu compromisso com a saúde coletiva e o cuidado integral, priorizando a eficiência econômica em detrimento da humanização. A autoetnografia permitiu não apenas desnudar a mercantilização da medicina, mas também tensionar as estruturas normativas, abrindo espaço para novas possibilidades de ensino e prática. Ao tornar visíveis as contradições do modelo vigente, este estudo não se limita à denúncia, mas convida à reflexão sobre caminhos alternativos que rompam com a lógica produtivista e hierárquica. Para que a formação médica se oriente por princípios éticos, críticos e emancipatórios, é necessário desafiar os discursos hegemônicos e construir práticas que promovam a medicina como um campo de compromisso social, não de mercadoria.

REFERÊNCIAS

- (1) Ellis C. The ethnographic I: a methodological novel about autoethnography. New York: Altamira Press; 2004.
- (2) Denzin NK. Performance ethnography: critical pedagogy and the politics of culture. Thousand Oaks: SAGE; 2003.
- (3) Raimondi GA, Moreira C, Brilhante AV, Barros NF. A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros método+lógicos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020;36(12):e00095320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095320>
- (4) Ellis C, Adams TE, Bochner AP. Autoethnography: an overview. FQS [Internet]. 2010 [citado 2025 mar 23];12(1). Disponível em: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1589>
- (5) Farrell L, Bourgeois-Law G, Regehr G, Ajjawi R. Autoethnography: introducing “I” into medical education research. Med Educ. 2015 Oct;49(10):974–82. DOI: 10.1111/medu.12761.
- (6) Donnangelo MC, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

APARELHOS PRIVADOS DE HEGEMONIA: A ATUAÇÃO DO INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE (ICOS) E AS PRIVATIZAÇÕES NA SAÚDE

Mercedes Queiroz Zuliani¹

INTRODUÇÃO

Há uma ampliação das relações público-privadas na saúde, que perpassam as políticas públicas e o sistema de saúde no Brasil(1). Na década passada, tivemos muitas mudanças e que ampliaram as relações público-privadas, como em 2015, a Lei Nº 13.097 em que modifica a Lei Nº 8080 com a abertura da saúde para o capital internacional. Logo em seguida é criado o Instituto Coalizão Saúde com fins em congregar o setor produtivo para construir propostas para o sistema de saúde brasileiro(2). Em 2016 houve o golpe contra a presidenta Dilma Rousseff e várias ações políticas no país que tiveram impacto no Sistema Único de Saúde.

Seu contexto de transformações econômicas, políticas, culturais e sociais, com o regime neoliberal e as crises, impactaram as relações de trabalho, a educação, a gestão e a regulamentação do setor saúde. O estudo dos Aparelhos Privados de Hegemonia no campo da saúde contribui para identificar as formas, os sujeitos e as relações sociais imbrincadas no processo de dominação, explicitando os diferentes projetos e suas disputas.(3) Torna-se relevante, portanto, para análise das ações empresariais e como suas pautas privatistas são incorporadas e universalizadas a partir da ação dos intelectuais orgânicos da burguesia, seja na sociedade civil ou mesmo na sociedade política, na leitura Gramsciana.

OBJETIVO

A pesquisa propôs o estudo do Instituto Coalizão Saúde (Icos), no contexto das mudanças sócio-políticas no Brasil, verificando a sua configuração e como Icos se inseria na dinâmica do setor. A partir disso, a análise da sua organização e agenda, entre 2015 e 2020, com as mudanças legislativas/políticas no sistema de saúde brasileiro, configurando-o como Aparelho Privado de Hegemonia (APH). (4)

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, bibliográfica e documental. Foram analisados os documentos vídeos publicados pelo Icos entre 2015 e 2020, assim como matérias e reportagens, além de documentos públicos e legislações.

A partir das categorias de totalidade, historicidade e dialética materialista, o método de pesquisa foi o materialismo histórico-dialético. Para tanto, foi realizada uma caracterização do Icos, a partir

1 Militante do Setor de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/FIOCRUZ. E-mail: mercedesqzsaude@gmail.com

da composição, organização e propostas. Ao mesmo tempo, organizada uma periodização na saúde, com aspectos históricos das relações público-privadas e as formas de atuação empresariais, inclusive suas estratégias de classe, demonstrando a realidade do capitalismo brasileiro. Depois, a análise a partir de teóricos (as) da saúde coletiva, da economia política dentre outras áreas. Assim, houve uma caracterização do Icos como Aparelho Privado de Hegemonia na saúde.

RESULTADOS

Em sua caracterização, observa-se que entre 2015 e 2020, houve 2 gestões do Instituto. A maioria de sua representação possui formação em instituições públicas, atuando no setor privado, alguns em atuação no Estado restrito seja em função nos conselhos ou agências, muitos com atuação nas grandes corporações da saúde internacional. Observa-se que destas entidades/empresas metade tem origem em outros países, várias tiveram abertura do capital na bolsa de valores no último período.

Nas duas gestões estão presentes 16 das 29 entidades associadas, que foram organizadas em 6 setores, que são: Indústria medicamentos, equipamentos ou insumos; Serviços de medicina diagnóstica e/ou análises clínicas; Planos de saúde; Hospitais privados e filantrópicos; Centros de ensino/pesquisa; Empresas de tecnologia.

A partir da pesquisa realizada, ressalta-se que a atuação do Icos engloba propostas para a gestão, a formação e o trabalho em saúde, bem como a pesquisa e a regulação. As principais são a ampliação da informatização do uso de dados em saúde na gestão pública, mas gerida pelo setor privado; avançar sobre a Atenção Primária em Saúde e mudanças nos modelos de pagamento; financiamentos de pesquisas na relação público privada e ampliação das formas filantrópicas; formação para gestão pública pelo setor privado, inclusive convênios para formação de trabalhadores em serviço. Essa agenda vai ao encontro das mudanças políticas desse período no Brasil.

O Icos ganha expressividade na agenda da gestão Temer, e, a partir de suas propostas, amplia a relação com outros institutos/entidades empresariais, amplia relações com executivo e judiciário bem como com algumas referências do setor privado, incluindo banqueiros.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Compreende-se as formas que as classes dirigentes se organizam, reivindicando inserção ou captação das ações públicas de saúde, bem como as tendências político-econômicas do Estado brasileiro na relação com empresas, corporações e governos, na dinâmica do capitalismo contemporâneo.

Destacam-se os movimentos do ICOS, como e onde circulam os Intelectuais orgânicos, as dinâmicas das entidades empresariais na saúde e qual sua ação no Estado restrito e na sociedade civil, articulando as pautas do empresariado. Institui a direção político-ideológica de parte da classe dominante e das classes subalternas. Constrói um projeto político e social, baseado na defesa das formas privatizantes, atuando com a criação de coesão e consensos, com discurso conciliatório, inclusive na

defesa do SUS porém, com maior participação do setor privado. Nesse sentido, o Icos é configurado como um APH, representando a estratégia da classe dominante.

REFERÊNCIAS

- (1) Bahia L, Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. Saúde Debate. 2018;42:158–71. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S312>
- (2) Instituto Coalizão Saúde [Internet]. [citado 2024 set 12]. Disponível em: <https://www.icos.org.br>
- (3) Hoeveler RC. O conceito de aparelho privado de hegemonia e seus usos para a pesquisa histórica. Rev Práxis Hegem Popular. 2019;5:145–59. DOI: <https://doi.org/10.36311/2526-1843.2019.v4n5.10792>
- (4) Zuliani MQ. Privatizações na saúde: a atuação do Instituto Coalizão Saúde (ICOS) e os impactos no sistema de saúde brasileiro [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2022.

APROXIMACIONES CONCEPTUALES SOBRE LA DIVISIÓN SOCIAL Y SEXUAL DEL TRABAJO EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS¹

Micaela Solsona¹

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo enmarcada en los debates suscitados durante el proceso de cursada del Doctorado en Trabajo Social de la UNLP, deviene de reflexiones producidas en torno a la construcción de la temática de tesis sobre la feminización de los servicios hospitalarios de dos hospitales interzonales de la ciudad de La Plata. Es en este contexto que se produce una revisión, permeada por la crítica feminista, de la obra de autores concebidos como parte del canon de la teoría social clásica donde se visibiliza la perspectiva de Marianne Weber (1). Esta socióloga, productora de elucubraciones teóricas sobre el mundo del trabajo plausibles de tensionar con la perspectiva de Émile Durkheim(2,3), ha construido reflexiones sumamente ricas sobre la división sexual del trabajo que, en un revisitar genealógico de la categoría, colabora en el establecimiento de primigenias coordinadas que permiten abordar los servicios hospitalarios, por tanto se considera que en estos se condensan lógicas de ordenamiento y socialización provenientes de una estructura externa.

Así la propuesta supone no sólo un acto de justicia epistémica, ligado al proceso de traer al presente los aportes de Weber en diálogo con la matriz durkheimiana. Sino además un acto reflexivo que permite situar la organización hospitalaria, con su mínima expresión en la figura de los servicios, en el complejo entramado de la organización capitalista.

OBJETIVO

Como primer objetivo de este trabajo se plantea la producción, en términos críticos, de una relación dialógica entre las perspectivas durkheimiana y weberiana, con el horizonte de generar una reflexión que amplíe y tense el canon de la teoría social clásica. Asimismo, se presenta como segundo objetivo ampliar el marco analítico sobre los servicios hospitalarios feminizados y cómo su estructura refleja lógicas de ordenamiento y socialización propias del capitalismo.

METODOLOGÍA

La propuesta se ordenará en tres grandes ejes de desarrollo: una recuperación de la categoría de división social del trabajo que implicará el abordaje de sus formas anómalas y una breve mención a su relación con la división sexual del trabajo, desde el pensamiento Durkheimniano (2,3). En diálogo con ello, en el siguiente eje, se abordarán los aportes de Marianne Weber (1), centrados en su óptica sobre la división sexual del trabajo. Aunando en la reafirmación de la desigualdad de los sexos como una desigualdad social, que no es un elemento anómalo de la división social del trabajo, sino por

1 IETSyS-FTS-UNLP. E-mail: mikasolsona99@gmail.com

el contrario un elemento intrínseco en su funcionamiento en sociedades capitalistas modernas(4). Respecto al último eje, este buscará oficiar de instancia de síntesis, donde se tendrá por horizonte ensayar las primeras vinculaciones entre la estructura que supone la división sexual y social del trabajo con los servicios hospitalarios feminizados propuestos de abordar. Ello bajo la hipótesis de que el carácter feminizado que los embiste no es un producto lineal de la feminización de las profesiones que los componen, sino el resultado de una forma de organización social de gran envergadura.

RESULTADO

El desarrollo argumental de este trabajo tiene por resultado la construcción de una crítica feminista en salud, mediada con la reflexión en torno a la construcción de los cánones de la teoría social clásica (5). Esto es bajo la consideración de que la producción de los cánones sociológicos reviste un sentido de la producción de teoría fundamentalmente capitalista y patriarcal. Por lo cual en las teorizaciones de Marianne Weber no sólo encontramos un énfasis en la devaluación histórica del trabajo femenino, derivado de las estructuras patriarcales de la modernidad, sino además una producción sociológica sobre, por y para las mujeres.

Es producto de esta revisión y reconsideración que se vuelve fortuito arribar a una ampliación del marco analítico que permite la identificación de los servicios hospitalarios como un espacio de ambivalencia donde conviven la devaluación y la reivindicación de lo femenino en la esfera pública. En este sentido, el carácter feminizado que los embiste implica una interpelación que subestima las capacidades de las mujeres y las asocia con roles ligados al género. Lo cual necesariamente nos arroja a tensionar la división sexual del trabajo como una herramienta de subordinación de lo femenino, funcional y propia del desarrollo del capitalismo moderno.

CONCLUSIONES

Mediadas por su capacidad de producir salud las mujeres ingresan al ámbito sanitario con una tendencia a trabajar en servicios hospitalarios centrados en la salud de las mujeres y los niños (7). Su desempeño en múltiples ocasiones es interpelado por un ideario que describe su participación en el espacio laboral como producto de una incapacidad de ejercicio profesional en otros servicios que está ligado a cualidades con base en el género. Lo cual nos invita a regresar sobre la afirmación Durkheimiana del desplazamiento de las masculinidades cuando se suscita la feminización de las actividades.

No obstante, la interpelación que reciben las mujeres no logra salir realmente victoriosa. Puesto que en estos servicios reivindican su ocupación y su género, discutiendo y reclamando en múltiples ocasiones con el orden social establecido. Arribando así a un escenario de producción de crítica feminista en resistencia a los embates discursivos y coercitivos del capitalismo patriarcal.

REFERENCIAS

- (1) Lengerman P, Niebrugge G, editores. Marianne Weber: Una sociología centrada en la mujer. En: Fundadoras de la sociología y la teoría social 1830-1930. Madrid: CIS; 2019.
- (2) Durkheim É. De la división del trabajo social. Buenos Aires: Schapire; 1967.
- (3) Durkheim É. Las reglas del método sociológico. Buenos Aires: Pleyade; 1967.
- (4) Federici S. Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Buenos Aires: Tinta Limón; 2015.
- (5) Nisbet R. La formación del pensamiento sociológico. Buenos Aires: Amorrortu; 1969.
- (6) OFETHUS. Caracterización sociodemográfica y académica de profesionales aspirantes al sistema de residencias del equipo de salud durante el período 2018-2022 [Internet]. Microsoft Power BI; 2023 [citado 2025 maio 20]. Disponible en: [Argentina.gob.ar](https://argentina.gob.ar)
- (7) Registro Federal de Profesionales de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Género en el sector de la salud: feminización y brechas laborales [Internet]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2018 [citado 2025 maio 20]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/argentina/publicaciones/genero-en-el-sector-salud-feminizacion-y-brechas-laborales>.

ARQUITECTURA DEL FINANCIAMIENTO EN SALUD GLOBAL. EL PAPEL EMERGENTE DE CHINA Y EL ROL DE AMÉRICA LATINA

Maria Belen Herrero¹

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

El financiamiento de la salud global ha experimentado grandes transformaciones en las últimas tres décadas, convirtiéndose en un componente crítico de las relaciones internacionales y una poderosa herramienta de poder blando. Lo que Fidler denominó una “revolución de la salud global” se caracteriza por un aumento sin precedentes en la financiación relacionada con la salud y la diversificación de actores influyentes (1). Los donantes tradicionales como EE.UU. y países europeos, junto con las APPs y organizaciones filantrópicas e internacionales, dan cuenta de una arquitectura de la salud global compleja (2) que, por sus características y dinámicas, genera relaciones de dependencia económica y técnica para la mayoría de los países de ingresos medios y bajos, reproduciendo relaciones de asimetría (3). Potencias emergentes como China han aprovechado este escenario para expandir su influencia, señalando un cambio en el equilibrio de poder dentro del ámbito sanitario internacional, donde el financiamiento en salud se convierte en un campo geopolítico de batalla. En un contexto de tensiones geopolíticas y avance de gobiernos negacionistas del derecho a la salud, es fundamental examinar críticamente la arquitectura actual de la salud global, los mecanismos que generan dependencia financiera en los países receptores y el rol de América Latina para promover modelos alternativos basados en la soberanía sanitaria y la determinación social de la salud.

OBJETIVO

Analizar financiamiento global en salud entre 2010 y 2023, con un foco en el papel emergente de China, en comparación con Estados Unidos como donante tradicional, explorando las estrategias de financiamiento y las implicancias geopolíticas, y el posicionamiento de América Latina en la arquitectura actual de la salud internacional.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis comparativo de tendencias en el financiamiento global de la salud en el período 1990-2023, con especial atención al período 2010-2023 para examinar el rol emergente de China. Se analizaron datos de flujos financieros dirigidos a salud global, identificando a los principales donantes, canales de distribución, sectores financiados y regiones receptoras; se desarrolló luego un análisis geopolítico de los flujos financieros dentro de las estrategias de política exterior y relaciones internacionales, particularmente enfocado en la comparación entre

1 Investigadora de CONICET en el Área de Relaciones Internacionales de FLACSO Argentina. Coord. del Diploma de Cooperación Sur-Sur y Triangular, FLACSO. bherrero@flacso.org.ar

Estados Unidos y China. Se examinaron específicamente los patrones de financiamiento antes y durante la pandemia de COVID-19 para identificar continuidades y rupturas en las estrategias de financiamiento. Se prestó particular atención al posicionamiento de América Latina en esta estructura y su potencial como generadora de modelos alternativos basados en sus experiencias históricas de la medicina social y la salud colectiva. El análisis se basó en fuentes secundarias, que incluyó bases de datos de financiamiento global en salud, informes de organismos multilaterales y literatura académica (4, 5).

RESULTADOS

Estados Unidos, el mayor donante con aproximadamente 20 mil millones de dólares anuales (30% del financiamiento global en salud), prioriza mecanismos bilaterales y las ONGs norteamericanas, concentrando el 40% de sus fondos en un solo programa, con un enfoque predominantemente vertical orientado a enfermedades específicas. En contraste China, aunque con contribuciones menores pero crecientes, ha desarrollado un modelo distintivo que prioriza el fortalecimiento de sistemas y servicios de salud, enfatizando infraestructura sanitaria, suministro de equipos y programas de intercambio profesional. Durante la pandemia de COVID-19, China aumentó significativamente sus contribuciones a la OMS, mientras otros donantes principales canalizaron recursos a través de alianzas público-privadas. África recibe la mayor parte del financiamiento global, mientras que el de América Latina apenas alcanza el 5%, reflejando su posición periférica en la arquitectura de salud global actual, pese a ser la región más desigual del mundo y contar con importantes tradiciones de medicina social y sistemas públicos de salud que podrían ofrecer alternativas al modelo dominante.

Desde una perspectiva geopolítica, las estrategias de financiamiento en salud reflejan modelos diferenciados de inserción internacional. Estados Unidos prioriza esquemas verticales con fuerte participación de ONGs propias y agencias multilaterales bajo su influencia, como parte de una visión liberal de seguridad sanitaria global. China, por su parte, inscribe su cooperación sanitaria en el marco de la iniciativa de la Franja y la Ruta, enfatizando relaciones bilaterales, infraestructura y formación, en una lógica de diplomacia Sur-Sur y expansión de su influencia en África, Asia y, en menor medida, América Latina. Estas prácticas no solo responden a prioridades sanitarias, sino a intereses estratégicos de proyección global, donde la salud deviene en otro campo de disputa por legitimidad, prestigio y presencia internacional.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

En un contexto caracterizado por un debilitamiento del multilateralismo y un recrudescimiento de modelos financieros que profundizan las dependencias neocoloniales, China emerge como un actor que, en particular en el campo de la Salud Internacional, introduce un contrapunto al modelo occidental dominante. América Latina, con larga experiencia en cooperación sanitaria (6), debe orientarse hacia modelos basados en soberanía sanitaria y determinación social.

En un escenario internacional atravesado por profundas transformaciones geopolíticas y crecientes tensiones, la arquitectura de la salud global está en jaque, particularmente tras los anuncios de la segunda administración de Trump, que amenazan con debilitar aún más el orden multilateral y la cooperación sanitaria internacional. En este contexto, el debate sobre el modelo de financiamiento y el sistema sanitario internacional se vuelve más urgente que nunca. Este análisis crítico invita a repensar la arquitectura sanitaria internacional, cuestionando las relaciones de poder subyacentes, y plantea la necesidad de democratizar el sistema internacional de la salud, fortaleciendo el multilateralismo y recuperando principios fundamentales como la soberanía, la determinación social y el derecho a la salud como bienes públicos globales.

REFERENCIAS

- (1) Herrero MB, Belardo M. Salud internacional y salud global: reconfiguraciones de un campo en disputa. *Relac Int*. 2022 [citado 2023 dic 15];95(2):63–91. DOI: <http://dx.doi.org/10.15359/ri.95/2.3>
- (2) Ravishankar N, Gubbins P, Cooley RJ, Leach-Kemon K, Michaud CM, Jamison DT, et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*. 2009;373(9681):2113–24. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60881-3
- (3) Ruckert A, Labonté R. Public–private partnerships (PPPs) in global health: the good, the bad and the ugly. *Third World Q*. 2014;35(9):1598–614. DOI: <https://doi.org/10.1080/01436597.2014.970870>
- (4) Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health 2021: global health priorities in a time of change [Internet]. Seattle (WA): IHME; 2023 [citado 2023 dic 15]. Disponible en: https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/FGH/2023/FGH_2021.pdf
- (5) AidData. China's global development finance [Internet]. Williamsburg (VA): William & Mary Research Lab; [citado 2024 mar 20]. Disponible en: <https://china.aiddata.org/>
- (6) Herrero MB, Oliveira BLN. COVID-19 in Latin America and the Caribbean: the visible face of a health regional cooperation in crisis. *Rev Bras Polít Int* [Internet]. 2022 [citado 2023 dic 15];65(1):e003. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7329202200103>

AVANÇOS DA LÓGICA PRIVATISTA SOBRE A SAÚDE PÚBLICA

Leandra Maria Borlini Drago¹

Francis Sodré

INTRODUÇÃO

O processo de publicização das instituições privadas, ou seja, a inserção do privado no espaço público e a redução do tamanho do Estado na prestação dos serviços sociais, se fortalece a partir de aparato político e econômico que mantém progressivamente o processo de desfinanciamento da saúde, fragmentação da força de trabalho e flexibilização das garantias sociais.

As propostas reformistas alteram o formato e a entidade responsável por gerir, mas insere no cenário da prestação de serviços em saúde a redução de salários, redução de orçamento, fragilização dos vínculos, fragmentação da luta sindical, focalização das ações, primazia das metas e indicadores, rigidez nas ações prestadas e descontinuidade das ações, desconsiderando o projeto de saúde envolto ao debate da participação social, da universalização e integralidade.

OBJETIVO

Apresentar o processo reorientação da gestão pública, o qual permanece a lógica de subfinanciamento das políticas, seguida pela tendência do processo de repasse da administração das instituições de saúde ao mercado privado e sociedade civil, com prevalência da focalização e seletividade das ações e serviços ofertados à sociedade.

DESENVOLVIMENTO

A nova gestão pública, aqui representada pelos novos formatos de gestão da saúde apresentados como proposta de flexibilização e agilidade em prol da desburocratização do Estado, se alia às medidas econômicas de desfinanciamento da saúde pública. Exemplos desse contorno legalista do Estado em prol do capital está na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) do ano 2000; na Reforma Trabalhista (Lei 13.467/2017), que retira um conjunto de garantias ao trabalhador; na Emenda Constitucional 95/2016, que congela os gastos sociais até o ano de 2036; nas Propostas de Emenda à Constituição (PECs) 186/2019, 187/2019, 188/2019, que abordam o “equilíbrio fiscal” numa balança voltada ao pagamento da dívida pública; e na PEC 32/2020, que lança uma reforma administrativa voltada à extinção progressiva do servidor público.

O destaque dessa discussão está na percepção de que as medidas apontadas surgem como sequência da lógica de austeridade desenhada pelas grandes corporações econômicas mundiais frente aos países dependentes. A austeridade é definida como retórica ameaçadora, criadora do clima de coação e aceitação pública de determinada agenda econômica (1). Ao argumentar os cortes de gastos

1 Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: leandra.borlini@ufes.br

em função do crescimento econômico, as reformas surgem como remédio/solução/amparo para a crise apresentada, sem explicitar os interesses de classe embutidos. É um veículo de corrosão da democracia e de fortalecimento corporativo – a justaposição entre as elites econômicas mundiais e os governos subservientes (1).

O questionamento sobre os gastos com a ampliação de direitos e políticas sociais segue em expansão no mundo, sob o discurso de que o uso dos recursos nessas áreas atuava como catalizador da crise econômica que tomava o mundo. O Estado de bem-estar social, que seguia como modelo do pós-guerra, caracterizado pela ampliação das garantias sociais, e com isso movimentação da economia, passa a ser combatido em prol do déficit público e da queda da inflação. A lógica de seguridade social e universalidade de direitos aparece como inadequada para o momento econômico mundial e ganham força os princípios do liberalismo econômico, liberdade e individualismo, pilares do projeto neoliberal. O setor privado é exaltado como alternativa às dificuldades do setor público (2).

Na área da saúde, tais orientações culminam em redução do direito de acesso das populações, visto na prática de redução de recursos; reformas com a imposição de políticas focalizadoras; ajustes estruturais, como taxas e coparticipação; ampliação da participação do setor privado na prestação dos serviços; e desresponsabilização fiscal dos serviços privados, com ampla vantagem sobre a receita pública (2).

No Brasil, essa conformação política e econômica destrói o caráter universal das políticas sociais e fortalece os grupos privados diante da redução da oferta e queda da qualidade dos serviços públicos.

CONSIDERAÇÕES

A demarcação constitucional da saúde não constrangeu a ação do mercado.

A saúde-mercadoria ganha proporções de grandes conglomerados de planos e seguros privados, medicamentos e tecnologia em saúde. A determinação social dos processos saúde-doença se baseia nos padrões estruturais de produção/reprodução de dominação, exploração e marginalização das sociedades (3). Se evidencia a determinação social da vida: as determinações sociais que implicam os modos de viver das pessoas e, por consequência, os processos saúde-doença.

O que se apresenta são interesses totalmente distintos entre a provisão de saúde privada e pública. A primeira age unicamente em prol do lucro, sem qualquer compromisso com a qualidade e garantia do acesso, enquanto o Estado permanece como o único agente gestor capaz de ter objetivos sociais. Uma clara medida de subordinação ao capital, impeditiva da autonomia, repressora dos direitos, dos acessos e da qualidade do serviço público.

REFERÊNCIAS

- (1) Rossi P. O Brasil é refém da austeridade (prefácio). In: Blyth M. Austeridade: a história de uma ideia perigosa. São Paulo: Autonomia Literária; 2020. p. 11–6.
- (2) Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. Cien Saude Colet. 2018;23(7):2303–14.
- (3) Pitombeira DF, Oliveira LC. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. Cien Saude Colet. 2020 [cited 2024 Jul 22]. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>

COMO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SE PREPARA PARA AS QUESTÕES ENVOLVENDO O USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS NO BRASIL: DESABASTECIMENTO E DEPENDÊNCIA DO MERCADO INTERNACIONAL

Roberta Dorneles Ferreira da Costa Silva¹

Joana Angélica Barbosa Lopes

Catalina Kiss

Christiane dos Santos Teixeira Delphin

Arthur Lobo Costa Mattos

Marilena Cordeiro Dias Villela Correa

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O desabastecimento de medicamentos já é considerado um problema de saúde pública e representa um obstáculo importante para a garantia do acesso, conseqüentemente, do direito à saúde (1). Tal situação compromete diretamente a Política de Assistência Farmacêutica que orienta a integralidade dos serviços e cuidados no Sistema Único de Saúde (SUS). Quando o assunto são os antibióticos, os desafios são gigantes, pois estamos falando do crescimento dos óbitos atribuídos a resistência antimicrobiana, que passou de 1,06 milhão por ano em 1990 para 1,14 milhão em 2021. E esses valores devem aumentar em todas as regiões do mundo de forma mais acelerada comparado às últimas décadas (2). Essa classe terapêutica também tem sido apontada como uma daquelas que apresentam maior situação de desabastecimento sanitário tanto na rede privada quanto na rede pública (3). A insegurança no tratamento com antibióticos revela a fragilidade que o país enfrenta em garantir o acesso à saúde. Esse e outros agravos nos convocam a romper com a dependência do mercado externo no setor farmacêutico e a necessidade de pensarmos política industrial farmacêutica na direção da soberania nacional. Esse trabalho é parte de um projeto que visa extrair dados e analisar o papel do Estado brasileiro para o setor de insumos e medicamentos a luz da Teoria Marxista da Dependência.

OBJETIVO

Realizar um levantamento, a partir do banco de dados público da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sobre a situação dos antibióticos que estiveram em situação de descontinuidade no mercado brasileiro no período de 2020 até 2024. Extrair as variáveis disponíveis no banco de dados público para análise; realizar uma reflexão que leve em consideração o período da pandemia da COVID-19.

¹ Departamento de Saúde Coletiva (DESCOL), Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva (EENFSC) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: roberta_fdacosta@yahoo.com.br

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório que utiliza a base de dados pública da ANVISA, acessada pelo site oficial. O objeto dessa pesquisa são os antibióticos, tendo em vista o impacto que os mesmos têm no tratamento de saúde para inúmeras situações que acometem a população. A escolha por essa classe terapêutica remete a necessidade discutir sobre o conceito de medicamentos essenciais, ou seja, aqueles que atendem às necessidades de saúde da população, devendo estar disponíveis a todos. As variáveis que foram analisadas por esse estudo são: 1) tipo de descontinuação que pode ser definitiva ou temporárias; 2) o motivo registrado para a descontinuação; 3) as empresas responsáveis pela produção dos medicamentos; e 4) o insumo farmacêutico ativo descontinuado. O período a ser estudado será de 2020 até 2024, pois é interesse desse trabalho ver se há impacto da pandemia na disponibilidade dessa classe terapêutica. Esse estudo é parte de um projeto financiado pelo CNPq que discute o tema da saúde e o Estado brasileiro dependente a luz da TMD, e tem o desabastecimento sanitário como uma das consequências da subordinação do setor farmacêutico em relação ao sistema interestatal capitalista.

RESULTADOS

Ao longo do período foram encontrados um total de 99 notificações de descontinuação de antibióticos no mercado brasileiro. Os anos que tiveram maiores registros foram 2022 e 2024 totalizando 28 e 31 eventos, respectivamente. O ano de 2023 teve o menor número de notificações totalizando apenas sete registros. Nesse primeiro momento chamou atenção o fato de os dois primeiros anos, pico da pandemia de COVID-19, não terem destaque. A grande maioria das descontinuações foram do tipo temporária, somando 82,8% do total. Dentre os produtos os que mais se destacaram foram os betalactâmicos, que incluem penicilinas, cefalosporinas, carbapenéns. Já o motivo que mais foi utilizado de justificativa para o total dos eventos foi “motivação comercial”, que segundo o site da própria agência define como: “o laboratório não tem mais interesse na comercialização do produto” (ANVISA). É de conhecimento que o Brasil apresenta uma dependência relevante no setor farmacêutico, frutua a alta participação de importações que compromete o acesso a medicamentos no Brasil de maneira geral e especialmente na integralidade e sustentabilidade de um sistema universal como o SUS (4). Insumos farmacêuticos ativo de antibióticos apresentaram déficit comercial de -US\$ 4,1 bilhões entre 2000 a 2020. Com agravante de as importações terem passado de US\$ 130 milhões em 2000, para US\$ 374 milhões em 2020, totalizando aproximadamente US\$ 4,9 bilhões. Enquanto as exportações foram US\$ 825 milhões, no mesmo período (5). O cruzamento entre os dados de descontinuidade somado a um déficit crescente da balança comercial aponta para o grau a fragilidade do Brasil frente a uma classe de medicamentos essenciais e estratégico quanto ao direito à saúde e integralidade do cuidado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O perfil de descontinuidade apresentando no banco de dados da Anvisa sinaliza que há uma estratégia de mercado das empresas quanto a presença ou ausência dos antibióticos comercializados

no país. Ao mesmo tempo alerta para o fato de que as discontinuidades ocorrem com uma classe de antibióticos amplamente utilizada e consolidada no mercado. Trata-se de medicamentos que não apresentam patentes vigentes, não podem ser considerados de tecnologia inovadora e pouco explorada; pelo contrário, são medicamentos considerados antigos e com uma tecnologia amplamente difundida. Sendo assim, poderiam estar sendo desenvolvidos por produção nacional. Outro ponto que merece destaque são os dados no período da pandemia que pode indicar uma subnotificação, levando a uma limitação desse estudo. Por fim e não menos importante, a dependência do setor farmacêutico para além de significar transferência de valor se coloca como um grande desafio para integralidade do tratamento e o direito a saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Chaves GC, et al. Desabastecimento de medicamentos na literatura científica da saúde: uma revisão narrativa. *Physis* [Internet]. 2019;29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290121>
- (2) Conselho Federal de Farmácia (CFF). Mortes por infecções bacterianas resistentes a antibióticos devem chegar a 39 milhões até 2050 [Internet]. Brasília: CFF; 2025 mar 10 [citado 2025 set 12]. Disponível em: <https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/10/03/2025/mortes-por-infeccoes-bacterianas-resistentes-a-antibioticos-devem-chegar-a-39-milhoes-ate-2050>
- (3) Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul (CRF/RS). Levantamento aponta os antimicrobianos como a principal classe terapêutica em falta nas farmácias [Internet]. Porto Alegre: CRF/RS; [citado 2025 set 12]. Disponível em: <https://www.crrs.org.br/noticias/levantamento-do-crf-rs-aponta-os-antimicrobianos-como-a-principal-classe-terapeutica-em-falta-nas-farmacias>
- (4) Rodrigues PHA, et al. Mudanças recentes e continuidade da dependência tecnológica e econômica na indústria farmacêutica no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022;38(Suppl 2):e00201921. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT00201921>
- (5) Okita GM. Análise da dependência da indústria farmacêutica brasileira de insumos farmacêuticos ativos (2000-2020) [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2022.

COMUNIDADES REMANESCENTES QUILOMBOLAS DO PARÁ E OS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: EXTENSÕES UNIVERSITÁRIAS COMO ESTRATÉGIA PARA A AGENDA 2030

Rosiane Pinheiro Rodrigues¹

Antonio Mateus Feitosa de Souza

Marcelle Louise da Cruz

Alder Mourão de Sousa

Beatriz Rodrigues Corrêa

APRESENTAÇÃO

Entre os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e suas 169 metas, estabelecidas na Agenda 2030, apenas 17% estão progredindo para serem cumpridas, segundo o Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2024 (1), da Organização das Nações Unidas; quase metade (48%) apresentam progresso mínimo ou moderado, 18% indicam estagnação e 17% estão regredindo.

No Brasil, com o advento da 30ª Conferência das Nações Unidas sobre Mudança Climática (COP30) a ser realizada na cidade de Belém-PA, problematiza-se como o País e o estado nortista estruturam suas ações para proteção e promoção dos direitos humanos e saúde de povos tradicionais e dos seus territórios. Nesse contexto, o Brasil possui 1.330.186 pessoas quilombolas, tendo o estado do Pará, 135.603 cidadãos desse grupo, com idade mediana de 26 anos, sendo 12% não alfabetizados (2).

As Comunidades Remanescentes Quilombolas na Amazônia sofrem com pressões antrópicas e processos de vulnerabilização de sua saúde, cenário passivo de políticas públicas e ações do estado e suas instituições para contribuir com a preservação e desenvolvimento sustentável alicerçado na Agenda 2030 e legislação brasileira para o tema, partindo do princípio da dignidade humana.

OBJETIVO

Relatar a experiência de dois projetos de extensão da Universidade do Estado do Pará (UEPA) em territórios remanescentes de quilombos da Amazônia realizados como estratégias para alcançar objetivos da Agenda 2030 do desenvolvimento sustentável.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência acerca de dois projetos de extensão universitária em territórios remanescentes quilombolas da Amazônia. As ações foram planejadas e desenvolvidas segundo o edital da UEPA para a convocatória de projetos de extensão para comunidades este referido público-alvo nas regiões de integração do Pará. Os projetos foram desenvolvidos nas comunidades de Santa

1 Universidade do Estado do Pará. E-mail: rosiane.rodrigues@uepa.br

Maria de Itacoã Miri e Guajará Miri e conduzidas em parceria colaborativa entre discentes da UEPA e discentes quilombolas da Universidade Federal do Pará (UFPA), entre agosto e dezembro de 2023.

A extensão universitária ocorrida na Comunidade Remanescente Quilombola Guajará Miri, voltou-se a conduzir estratégias e ações para fomento à inclusão social, facilitação do processo de empoderamento e autoconfiança das mulheres quilombolas com protagonismos na participação social e no empreendedorismo.

Na Comunidade Remanescente Quilombola de Santa Maria de Itacoã Miri, o projeto de extensão voltou-se a realizar ações para promoção à saúde e prevenção para doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis por meio da educação popular em saúde e rastreamento para o HIPERDIA.

RESULTADOS

Na primeira ação relatada, na comunidade Guajará Miri, foi realizada oficina para implementação de um brechó na comunidade. Os integrantes do projeto de extensão conseguiram angariar doações que foram entregues às mulheres empreendedoras responsáveis pelo brechó para serem utilizadas como matéria prima para iniciar as atividades. Desta forma, com o estímulo produzido pela oficina para abertura do brechó no local, se incentivou o empoderamento das mulheres do território, além de também ter incentivado o empreendedorismo à luz da sustentabilidade e da moda circular.

No segundo projeto relatado, na comunidade Santa Maria de Itacoã Miri, os facilitadores realizaram rastreamento para hipertensão e diabetes entre adultos e idosos, seguindo o protocolo do HIPERDIA. Devido a dificuldades de locomoção de alguns usuários, os discentes extensionistas realizaram visitas domiciliares para efetuar o rastreamento. Foram rastreadas 31 pessoas, entre elas alguns casos suspeitos foram identificados. Desta forma, houve solicitação de Monitoramentos Residencial de Pressão Arterial Sistêmica e exames complementares, seguidos por encaminhamento à Unidade Saúde da Família do Acará.

Diante disso, os projetos realizados fortaleceram debates sociais que potencializam o empoderamento, a autonomia e a assistência dessas comunidades, assim como fomentaram a importância de propostas voltadas ao alcance dessas pessoas e para promoção de justiça social nesses territórios, além de incentivar uma experiência interdisciplinar a contribuir com a formação dos discentes participantes.

CONCLUSÃO

As comunidades remanescentes quilombolas encontram-se em vulnerabilidade histórica, com vazios assistenciais sistemáticos, dificuldade no acesso aos serviços e implementação deficitária de políticas públicas que possuam amplitude para atendê-las com eficiência e qualidade. Nessa perspectiva, as ações acadêmicas destacam a importância de projetos que impulsionem escuta a essas pessoas, bem como o incentivo à correlação entre universidade e sociedade, em prol da interdisciplinaridade dos saberes e do alcance de populações vulnerabilizadas.

As extensões realizadas foram importantes mecanismos de fomento à equidade, ao combate de fragilidades sociais e à produção responsável, características que dialogam com as metas da Agenda 2030 e com os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil, tal como com propósitos da COP30 de enfatizar avanços na sustentabilidade global, além de proporcionar a escuta dos povos tradicionais, principalmente, dos grupos amazônicos.

REFERÊNCIAS

- (1) United Nations. The Sustainable Development Goals Report 2024 [Internet]. United Nations. 2024. [citado 2025 fev 24] Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2024/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2024.pdf>
- (2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2022 [Internet]. IBGE; 2023 [citado 25 fev 2025]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR>

CONDIÇÕES DE TRABALHO E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO PÓS-PANDEMIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL - CEARÁ, BRASIL

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto¹

Antônio Ademar Moreira Fontenele Júnior

Eliany Nazaré Oliveira

Benedita Tatiane Gomes Liberato

Luciano Garcia Lourenção

Maria Helena Machado

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído após a Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1992, posicionou o Brasil como referência mundial na construção de um sistema público de saúde universal, fundamentado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, com forte componente de controle social (1). Estruturado de forma regionalizada e hierarquizada, o SUS organiza-se em três níveis de atenção, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a principal porta de acesso e coordenadora das redes de cuidado (2).

A APS foi fortalecida com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), principal política estruturante da APS desde 1997 (3). A ESF prevê uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com atuação territorializada e voltada à integralidade do cuidado (4).

O médico na ESF desempenha funções essenciais, como assistência clínica integral, promoção da saúde, prevenção de riscos, agravos e doenças, reabilitação, encaminhamentos e gestão do cuidado (5). Entretanto, sua fixação e permanência, especialmente em áreas remotas, ainda representam um desafio (6). Estudos apontam a presença de jornadas extensas, vínculos múltiplos e condições precárias de trabalho, comprometendo a saúde mental e o desempenho profissional (7,8), agravados no contexto pós-pandemia de Covid-19.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado com médicos da ESF de Sobral - Ceará, entre setembro e novembro de 2023. O município conta com 79 equipes distribuídas em 39 Centros de Saúde da Família, com 100% de cobertura populacional. Foram incluídos médicos com pelo menos um ano de atuação. Dos 75 atuantes, 38 participaram.

1 Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral - Ceará, Brasil. E-mail: rosemironeto@gmail.com,

A coleta foi realizada via questionário eletrônico (Google Forms®). O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da Secretaria Municipal da Saúde de Sobral e da Universidade Estadual Vale do Acaraú (Parecer nº 6.279.259/2023; CAAE: 68318523.0.0000.5053), com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A maioria dos médicos era do sexo feminino (68,4%), com idades entre 26 e 35 anos (68%), cor branca (66%) e solteiros (64,4%). Quanto ao vínculo, 68% atuavam como bolsistas dos programas federais, 42% tinham um único emprego e 58% acumulavam dois ou mais vínculos, sobretudo por razões salariais (29%). Em relação à carga horária, 42% trabalhavam entre 31 e 40 horas semanais e 45% acima de 60 horas. A remuneração predominante era superior a 10 salários-mínimos (66%). Apesar disso, o acúmulo de vínculos e as longas jornadas indicam sobrecarga e instabilidade profissional.

Dos participantes do estudo, 76,4% avaliaram positivamente as condições de trabalho, embora 85% considerem o trabalho desgastante. Destacaram-se como fatores de desgaste: alta demanda de atendimentos (26), estresse (21), sobrecarga (19) e cansaço mental (13). Violência psicológica foi relatada por 18,2% e discriminação social por 10,5%. Acidentes perfurocortantes atingiram 7,8%. Em termos de saúde, 31,2% relataram doenças com diagnóstico, 70,2% buscaram atendimento médico no último ano e 15,6% tiraram licença. Os principais motivos de afastamento foram doenças osteomusculares (39%), respiratórias infecciosas (31,8%) e transtornos mentais e comportamentais (29,2%).

CONCLUSÕES

Os achados indicam que, apesar da valorização do trabalho na ESE, os médicos enfrentam importantes desafios no contexto pós-pandêmico, como múltiplos vínculos, sobrecarga, estresse e adoecimento. Tais fatores comprometem a qualidade de vida e a permanência desses profissionais na APS. É urgente o fortalecimento de políticas públicas que garantam vínculos estáveis, melhores condições de trabalho e cuidado institucional à saúde do trabalhador médico no SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Garcia LP. Gratidão ao Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(5):e2020333. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500024>
- (2) Ximenes Neto FRG. Trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde no Brasil: recortes históricos e desafios profissionais [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem; 2013. 364 f.
- (3) Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1475–82. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. (Série E. Legislação em Saúde).

- (5) Mendes LS, Santos JS, Oliveira MS, Campos FE, Andrade MS. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. Cad Saúde Pública. 2021;37(1):e00190820. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149520>
- (6) Anderson MIP. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):2180. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2180](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2180)
- (7) Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Enferm. 2018;71(1):704–9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
- (8) Tambasco LP, Moreira FJ, Meneguín S. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. Saúde Debate. 2017;41(112):140–51. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S212>

DESGASTE EN MÉDICOS DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO: UNA EXPERIENCIA EN UNA SUBRED DE BOGOTÁ. SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO, UN CRISTO DE ESPALDAS.

César Alejandro Geney Celis¹

INTRODUCCIÓN

El año de Servicio Social Obligatorio (SSO) es el inicio de la vida laboral de los médicos de Colombia. De este grupo de trabajadores se conoce muy poco (1). La Ley 1164 de 2007 señala que el SSO se extiende para los egresados de los programas de educación superior de salud y deberá “ser prestado en poblaciones deprimidas urbanas o rurales de difícil acceso a los servicios de salud” (2).

Genera preocupación que médicos recién graduados puedan presentar desgaste laboral que limiten la adecuada realización de su ejercicio profesional(3–5).

Una de las formas en las que se ha evaluado el agotamiento es bajo el síndrome de burnout (SBO). Otra de las formas ha sido desde la perspectiva de la Medicina Social Latinoamericana (MSL) haciendo uso del concepto de desgaste propuesto por Laurell definido como una “perdida de la capacidad efectiva o potencial de los procesos biológicos o psíquicos generada por transformaciones negativas a partir de las cargas laborales” (6:235).

Esta investigación hizo uso del Enfoque de Salud de los Trabajadores (SDLT) propuesto por la MSL. Este enfoque ubica a los trabajadores como los principales conocedores de sus problemas de salud, de su proceso de trabajo y sus expresiones de desgaste. Es a partir del conocimiento de los trabajadores que se logran entender las cargas laborales a las que se enfrentan (7).

OBJETIVO

El objetivo central fue indagar por las condiciones de salud de los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá y su relación con el proceso de atención de salud en el sistema de salud de Colombia. Los objetivos específicos fueron: Identificar el proceso de producción de la atención en salud de los médicos del SSO; describir las cargas laborales de los médicos del SSO; describir las condiciones laborales; identificar expresiones de desgaste; identificar patrones de recuperación.

METODOLOGÍA

Esta fue una investigación mixta con predominio cualitativo que hizo uso del enfoque de SDLT y de los preceptos de la MSL. El enfoque cuantitativo permitió acceder a una parte del problema, datos concretos y objetivables, pero que no podían explicar la totalidad.

1 médico salubrista de la Universidad Nacional de Colombia. E-mail: cageneyc@unal.edu.co

El enfoque cualitativo (método etnográfico) permitió conocer a profundidad el desgaste en los médicos del SSO, además de complejizarlo e intentar explicarlo.

La población de estudio fueron los médicos que se encontraban realizando el SSO o que habían terminado recientemente el mismo en una Subred de Servicios de Salud de Bogotá integral, la situación en salud de los médicos del SSO de la Subred Sur de la ciudad de Bogotá.

Participaron un total de 23 médicos del SSO. El total de médicos participantes realizó una encuesta individual que indagó por sus expresiones de desgaste, su perfil patológico, sus cargas laborales, condiciones de vida y sociodemográficas. A su vez, 9 médicos del total de participantes aceptó realizar una entrevista semiestructurada individual para profundizar en las categorías propuestas en la encuesta individual.

RESULTADOS

El 65,2% de la población participante era de sexo femenino. La media de edad de los galenos fue de 26,3 años. El 65,2% de los médicos del SSO provenían de la ciudad Bogotá. 34,8% de los médicos tenían una persona a su cargo, 87% no tenían hijos.

Del total, 15 (65,2%) médicos del SSO reportaron algún malestar secundario al trabajo o expresiones de desgaste. 14 médicos (61%) del SSO contestaron que sus síntomas y/o malestares podían atribuírsele a su trabajo.

Para más del 50% de los médicos del SSO encuestados el salario no compensaba su esfuerzo diario. Esta inconformidad se podría correlacionar con el valor de plusvalor bruto que le generan los médicos a una Subred de Servicios de Salud. Durante el acompañamiento a la consulta realizada por lo médicos del SSO, se logró obtener el valor que cobra la Subred por cada consulta de medicina general, este valor es de \$ 34.700 COP. Si un médico SSO realiza en promedio por jornada laboral 26 consultas diarias, en el mes estaría realizando aproximadamente 520 atenciones, esto teniendo en cuenta que los médicos del SSO laboran los días hábiles laborales, que son aproximadamente 20 al mes.

A su vez, 6 de los 23 (26,1%) participantes señalaron que el período de tiempo en el que se dieron las expresiones de desgaste fue hacia los 2 meses de encontrarse laborando, y 3 (13,04%) dijeron que el desgaste inició a partir del tercer mes de trabajo.. Además, 3 (13,04%) médicos reportaron dolores de cabeza (cefalea y migrañas) y lo asociaron al estrés y a las condiciones ambientales del lugar de trabajo. 4 (17,3%) médicos reportaron tener espasmos musculares o patología osteomuscular, uno de ellos con esta patología de base que se exacerbó por las largas horas en la misma posición, y otro con la presencia de este malestar diariamente.

CONCLUSIONES

La Subred de servicios de salud de la ciudad de Bogotá al aumentar la cantidad de pacientes atendidos por jornada por cada médico del SSO y al disminuir los tiempos de consulta externa está

generando un incremento del plusvalor del trabajo médico a expensas de la plusvalía relativa que se logra por intensificación de los tiempos de trabajo y la cantidad de pacientes. Esta es una expresión de la subsunción formal del trabajo de los médicos del SSO al capital, aunque se trate de instituciones del Estado. Ellas se comportan como empresas autosostenibles en competencia abierta de mercado, es decir, como cualquier empresa privada. En ellas no se habla de plusvalor ni capital, sino de “sostenibilidad financiera”, pero se puede entender como plusvalor. Una “sostenibilidad financiera” como objetivo estratégico de la Subred, que desconoce los fallos de Corte Constitucional y además la razón de ser de los servicios de salud, la cual es en palabras de Merhy “el cuidado radical de la vida”(8).

REFERENCIAS

- (1) Moya Peñafiel MJ. Servicio Social Obligatorio en Colombia. Rev Méd Risaralda. 2014;20(2):114–20.
- (2) Congreso de la República de Colombia. Ley 1164 de 2007. Bogotá: Diario Oficial; 2007.
- (3) Schroeder SA. The troubled profession. Ann Intern Med. 1992;116(7):583–92.
- (4) West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. JAMA. 2006;296(9):1071–8.
- (5) The Kaiser Family Foundation. National Survey of Physicians. Part I: Doctors on Disparities in Medical Care. Menlo Park (CA): The Henry J. Kaiser Family Foundation; 2002.
- (6) Laurell AC. Proceso de trabajo y salud. Int J Health Serv. 1977;7(2):209–44.
- (7) Torres Tovar M. Luchas obreras por la salud en el trabajo en Colombia. 1ª ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2022. 354 p.
- (8) Merhy EE. Cuidados en salud [entrevista de Luis Moro; video en Internet]. 2013 [citado 2025 jan 10]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=qBCwMZkYPEw>

DESPRIVATIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: INTRODUZINDO O DEBATE

Leonardo Vidal Mattos¹

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a globalização e o neoliberalismo moldaram as sociedades contemporâneas. No campo da proteção social, modelos, políticas e reformas apontaram para redefinição do papel do Estado, dos mercados e da sociedade. Promoveu-se a mercantilização de serviços públicos e definiu-se a eficiência, a correção de falhas de mercado e a focalização como prioridades (1).

Nos sistemas de saúde a implementação e os resultados desta agenda são heterogêneos. Mas, de modo geral, houve expansão dos gastos públicos e privados, ampliação de coberturas e da oferta de serviços a partir de modelos de asseguramento segmentados e de prestadores privados, reproduzindo desigualdades e impulsionando a acumulação (2,3).

Nesse contexto, resistências aos processos de privatização surgem como respostas a políticas governamentais ou como demandas populares em momentos de crises econômicas, emergências sanitárias e mobilização social. Propostas e iniciativas de desprivatização ganham espaço no campo teórico e político, como estratégia para a universalização de serviços públicos como bens comuns (4).

Estes movimentos despertam interesse em um contexto de crise da ordem internacional e declínio da globalização e do neoliberalismo. Para os países do Sul Global, trata-se de uma oportunidade histórica para proposição de modelos alternativos de organização dos sistemas de saúde e da provisão de cuidados integrais.

OBJETIVO

O trabalho tem como objetivos: 1 introduzir elementos teórico e conceituais sobre a desprivatização de serviços públicos, com foco em sua aplicação na análise de políticas e sistemas de saúde e da articulação público privado; e 2 delinear uma agenda preliminar de investigação a respeito da desprivatização dos sistemas de saúde.

METODOLOGIA

O presente trabalho se insere no contexto da construção do marco teórico e metodológica do projeto de pesquisa intitulado “Observatório da Desprivatização dos Sistemas de Saúde”, sediado na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A partir da revisão de escopo da literatura

¹ Professor do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pesquisador do Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde (GPDES/UFRJ) e da Iniciativa Saúde Amanhã (Fiocruz). E-mail: leovmattos@gmail.com

científica, de documentos públicos de organizações políticas e instituições, pretende-se: contextualizar historicamente os processos privatização dos sistemas de saúde, apontando tendências internacionais contemporâneas; situar a emergência discussão teórica e política sobre a desprivatização de serviços públicos como estratégia de resistência ao neoliberalismo e construção de alternativas para o comum; delinear uma agenda preliminar de pesquisa sobre os principais aspectos, dimensões e processos envolvendo as relações público-privado e seus impactos na organização social e nos resultados dos sistemas de saúde, bem como os desafios para a desprivatização.

RESULTADOS

De modo genérico, autores e organizações referem-se à desprivatização como processos políticos de redefinição da relação entre sociedade e Estado na produção e distribuição recursos e serviços essenciais vinculados às necessidades no campo da reprodução social. De modo geral, considera-se desprivatização as ações de retomada pelo poder público e pelas comunidades do controle e gestão de serviços de saneamento, esgoto, energia, transporte, educação, saúde e assistência social, fenômenos que cresceram na década de 2010 especialmente no nível local.

Por vezes, estes processos podem estar articulados a disputas políticas mais amplas que transbordam para o conjunto da sociedade em momentos de mobilização social e contestação. Alguns paradigmáticos são a reversão da privatização da água e do gás natural na Bolívia e exigência da construção de sistemas públicos de saúde e previdência em revoltas sociais no Chile e na Bolívia.

No âmbito dos sistemas de saúde, a desprivatização tem sido associada aos desafios a construção de sistemas universais e integrais de saúde. Nesse sentido, a desprivatização seria uma condição para a superação de modelos assistenciais segmentados, fragmentados, desiguais e centrados na acumulação.

Do ponto de vista conceitual, algumas abordagens limitam o foco na propriedade e administração de serviços – se pública ou privada, qual é mais eficiente e menos custosa, qual atende melhor às necessidades. Estas visões tendem a secundarizar questões como inclusão, igualdade, cidadania e a participação. Outras entendem que a desprivatização é uma estratégia que visa superar tanto a privatização quanto a reestatização tradicional, promovendo uma nova abordagem que prioriza o “comum”, a gestão democrática direta e compartilhada dos bens coletivos.

CONSIDERAÇÕES

As consequências e impactos da mercantilização da saúde nas últimas décadas exigem ousadia para a construção de alternativas políticas para a garantia do direito à saúde. Processos e experiências de fortalecimento do setor público para o financiamento e provisão de serviços de saúde universais, bem como as iniciativas para remodelar e restringir o papel e ação do setor privado no âmbito setorial devem ser analisados e estudados em profundidade. Assim com os vetores e limites contemporâneos da privatização. Em especial na América Latina, que possui sistemas de saúde frágeis, incompletos, segmentados, fragmentados e permeado por interesses privados.

Nesse sentido, a ideia de desprivatização como conceito e ação pode ser de grande utilidade tanto para o delineamento de estratégias de intervenção política e construção de caminhos para reformas estruturais nos sistemas de saúde, como para a produção de conhecimento técnico e científico que subsidie as transformações necessárias.

REFERÊNCIAS

- (1) Viana ALA, Fonseca AMM, Silva HP. O Estado de bem-estar social na América Latina: reforma, inovação e fadiga. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(Supl 2):e00216516. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00058116>
- (2) Couto MH, Levcovitz E. Sistemas de saúde na América Latina no século XXI. In: Nogueira R, organizador. *Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: estudos e análises*. Vol. 3. Brasília: Nesp/Ceam/UnB; Nethis/Fiocruz; 2018. p. 99-118.
- (3) Laurell AC. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2668. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1074.2668>
- (4) Kishimoto S, Steinfert L, Petitjean O, editors. *The future is public: towards democratic ownership of public services*. Transnational Institute; 2020.

DIAGNÓSTICO SOBRE AS RELAÇÕES DE TRABALHO EM MODELOS DE GESTÃO ALTERNATIVOS À GESTÃO DIRETA DO ESTADO NO SUS

Marcia Teixeira¹

Kátia Rejane Medeiros²

Raphael Barreto Da Conceição Barbosa¹

Ciane Dos Santos Rodrigues¹

Júlia Mattos Da Fonseca¹

Tereza Cristina Fonseca Guimarães¹

Pedro Henrique Rocha¹

Rodrigo Barbosa¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior empregador do mundo, mas parte da Força de Trabalho em Saúde (FTS) não é contratada diretamente pelo Estado, sendo diversas as formas de contratação, o que dificulta a identificação de seu perfil. Esta pesquisa propõe um diagnóstico da FTS no SUS, analisando modelos de gestão alternativos à gestão direta. O projeto está organizado em sete eixos: 1) Identificação dos modelos alternativos de gestão; 2) Análise dos aspectos jurídicos e institucionais, com foco nas relações de trabalho; 3) Mapeamento territorial desses modelos; 4) Estudos de caso detalhados dos termos contratuais; 5) Levantamento estatístico da FTS empregada; 6) Disseminação do conhecimento sobre esses modelos; e 7) Ampliação do entendimento de gestores e trabalhadores sobre as regras do mercado de trabalho no SUS. Aqui, apresentamos resultados preliminares dos eixos 1 e 2. A pesquisa integra um Termo de Execução Descentralizada (TED) com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

OBJETIVO

Realizar um diagnóstico do trabalho em saúde nos modelos alternativos à gestão direta do SUS, visando construir estratégias de defesa do trabalho decente; avaliar aspectos jurídico-institucionais, com foco nas relações de trabalho em normas e contratos; mapear a distribuição desses modelos no território nacional; e levantar dados estatísticos sobre a força de trabalho empregada, utilizando bases secundárias.

METODOLOGIA

Considerando os eixos 1 e 2 da pesquisa. 1 – Foi realizada uma oficina envolvendo equipe da pesquisa, representantes da SGTES e parceiros de pesquisa de outra instituição, na ocasião foram

1 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). E-mail: txmarcia47@gmail.com

2 Instituto Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz Pernambuco (IAM/Fiocruz)

debatidos diversos modelos encontrados na saúde e foram selecionados, de acordo com a percepção dos participantes, os mais prevalentes ou com menos conhecimento acumulado, foram eles: OS, FEDP, EBSE RH, OSC, PPP, Credenciamento, AgSUS e Plataformas de Trabalho Médico. 2 – Foi realizado o levantamento das normas vigentes (leis e decretos ou termos de uso, no caso das plataformas), utilizando diferentes fontes de dados, a depender do modelo: OS – google e sites dos governos estaduais, prefeituras e casas legislativas; FEDP – site da ANFES; EBSE RH – página gov.br; OSC – Mapa das OSC do IPEA; PPP – site do BNDES; Credenciamento – google; e Plataformas – Apple Store. Os documentos encontrados foram salvos em nuvem, nomeados de forma padronizada e separados por pastas por modelo e localidade, a fim de facilitar sua localização.

RESULTADOS

Utilizamos o neo-institucionalismo como referencial teórico-metodológico, por ressaltar a importância da análise de instrumentos normativos, como meio de identificar o papel das instituições na relação entre Estado e Sociedade. Até fevereiro de 2025 identificamos o seguinte número de normas: OS – 663 leis e decretos estaduais e municipais; FEDP – 18 leis estaduais e municipais; EBSE RH – 45 contratos; OSC – 207 leis e decretos estaduais e municipais; PPP – 5 contratos vigentes; Credenciamento – 11 contratos vigentes; AgSUS – 11 contratos; e Plataformas – 54 empresas. Os resultados apresentam um cenário de grande participação dos modelos alternativos na incorporação da força de trabalho no SUS. A partir da análise documental foi possível verificar grande diversidade de regras trabalhistas, mesmo quando comparamos normas de um mesmo modelo, como é o caso das OS, que apesar de guardarem semelhança com a lei federal, possuem importantes particularidades.

As normas identificadas em cada modelo serão analisadas com vistas a identificar como as questões relacionadas à gestão do trabalho e educação são abordadas: formas de seleção, tipos de vínculos de trabalho, ações de educação permanente e instâncias de participação de trabalhadores na gestão.

A diversidade de fontes de busca foi um dificultador no processo, pois além de serem modelos diferentes, não há uma única fonte/banco de dados para os diferentes modelos de gestão. Pretende-se que esta pesquisa possa contribuir para desvelar esse universo ainda pouco conhecido.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas de ajuste fiscal, a Reforma Trabalhista, a Lei da Terceirização e a Reforma da Previdência (1, 2) promoveram mudanças significativas nas relações de trabalho nos últimos anos. Destaca-se que essas reformas ocorreram em um cenário de transformações na estrutura produtiva e de serviços, com a introdução de novas ferramentas e métodos de gestão, como o teletrabalho e a plataformação de atividades controladas por algoritmos, que visam intensificar e controlar o trabalho (3, 4).

É essencial criar mecanismos que evitem que o modelo de contratualização, por meio das instituições estudadas, utilize a busca por flexibilidade na oferta de serviços de saúde como justificativa

para reduzir direitos trabalhistas. Paralelamente, é fundamental que, nos processos de qualificação para a gestão do trabalho, sejam incluídos conteúdos que ampliem o conhecimento sobre a organização do mercado de trabalho em saúde, bem como sobre as relações e normas que permeiam os processos de trabalho.

REFERÊNCIAS

- (1) Krein JD. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. *Tempo Soc.* 2018;30(1). DOI: <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2018.138082>
- (2) Galvão A. Aumento da miséria extrema, informalidade e desigualdade marcam os dois anos da reforma trabalhista. *Revista do Brasil de Fato* [Internet]. 2019 [citado 2025 abr 10]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/>
- (3) Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(7). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>
- (4) Souto Maior JL, Severo VS. Os 201 ataques da “reforma” aos trabalhadores. São Paulo: Editora Expressão Popular; 2017.

DISTRIBUIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO AMAZONAS: ANÁLISE POR TIPO DE ESTABELECIMENTO, VÍNCULO EMPREGATÍCIO E REMUNERAÇÃO

Camilly Ferreira de Almeida¹

Mônica de Carvalho Muniz Chao

Ligia Bahia

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um marco na saúde pública brasileira. O processo de descentralização, corroborou com a ampliação na rede de atendimento, marcada pela expansão das Unidades Básicas de Saúde, atenção especializada e hospitais de urgência e emergência, bem como maternidades, garantindo o acesso a população a todos os níveis de complexidade (1). O crescimento da força de trabalho em saúde no Brasil está ligado ao processo de terciarização da economia, fenômeno marcante desde a década de 1970, marcado pela expansão do setor terciário (2). Nas décadas seguintes, esse modelo se manteve, com o SUS se tornando o principal empregador da categoria, embora com desafios como a precarização dos vínculos, desigualdade regional e disparidade remuneratória entre servidores estatutários e profissionais contratados sob regime temporário – questões que exigem políticas públicas mais equânimes. O estado do Amazonas, com seus desafios únicos associados a vasta extensão territorial e marcado por apresentar vínculos empregatícios temporários, incluindo o programa mais médicos, torna-se um excelente campo de pesquisa. Diante disso, este estudo busca analisar como se dá a distribuição da força de trabalho em saúde no estado do Amazonas, entre os pontos de atenção em saúde, bem como os regimes de contratação entre estatutários e temporários.

OBJETIVO

Analisar a distribuição dos médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem nos níveis de atenção (primária, secundária e terciária) no estado do Amazonas, com ênfase especial na segmentação entre os diferentes vínculos empregatícios (estatutários e temporários) e suas implicações nos padrões remuneratórios, através da análise do portal da transparência.

METODOLOGIA

Pesquisa quantitativa-descritiva, analisando os dados públicos, extraídos do Portal da Transparência da SES-AM, totalizando 20.555 profissionais da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, referente a setembro/2024. Consistiu em uma planilha eletrônica (Excel) com registros dos servidores ativos da saúde, contendo: lotação, remuneração bruta e carga horária mensal. Mediante filtros, foi selecionado as categorias profissionais (médicos, enfermeiros,

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: camilly-almeida@hotmail.com

técnicos e auxiliares de enfermagem) e foi classificado sua lotação por nível de atenção: Primária (Atenção Básica à Saúde: unidades de saúde da família, postos e centros de saúde), Secundária (Atenção Especializada: ambulatórios especializados, centros de especialidades e serviços de apoio diagnóstico), Terciária (Atenção Hospitalar e de Urgência/Emergência: hospitais gerais, maternidades, UPAs, prontos-socorros) e “Outros” (cargos de gestão e supervisão, complexo regulador, núcleos administrativos e vigilância em saúde). Foi calculado a média de remuneração e carga horária por categoria, além da distribuição percentual por nível de atenção, utilizando ferramentas de estatística descritiva no próprio Excel.

RESULTADOS

Através da análise dos dados extraídos do portal da transparência, foi identificado 748 médicos estatutários e 27 temporários. A média na remuneração dos médicos estatutários é de R\$ 11.155,26 para uma carga horária mensal média de 139,44h. Já os temporários, R\$ 13.009,88 e CH média 156,82h. Destes, 58% desempenham sua força de trabalho nos hospitais, maternidades, UPA; 20,9% na atenção especializada, 2,7% na Atenção básica e 18% classificados como outros (cargos de gestão, complexo regulador). Na enfermagem foi identificado 3.040 enfermeiros, 7.371 técnicos e 726 auxiliares de enfermagem. A média na remuneração e carga horária dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem estatutários e temporários, são respectivamente: R\$ 9.792,70 e CH 120h; R\$ 4.059,46 e CH 160h; R\$ 3.437,4 e CH 120h; R\$ 1.924 e CH 158,04h. Destes, 80% dos enfermeiros e 79% dos técnicos e auxiliares concentraram suas forças na atenção terciária. Na atenção especializada, 8,9% dos enfermeiros, 9,81% dos técnicos e 13,77% dos auxiliares de enfermagem. Na atenção básica à saúde 0,69% dos enfermeiros, 0,61% dos técnicos de enfermagem e 5,64% dos auxiliares de enfermagem. Na categoria outros, os enfermeiros 10,95%, técnicos 10,32% e 1,37% para os auxiliares de enfermagem. Em relação a remuneração por vínculo, os médicos estatutários tiveram R\$ 139,44 hora/trabalhada e os temporários R\$ 156,82. Os enfermeiros estatutários R\$ 81,60 e temporários R\$ 25,37. Os técnicos de enfermagem estatutários R\$ 28,64 e os temporários R\$ 12,18. Os auxiliares de enfermagem estatutários R\$ 25,79 e temporários R\$ 24,54.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que a maior força de trabalho em saúde é representada pela enfermagem, com maior distribuição na rede hospitalar (urgência, emergência, hospitais gerais e maternidades). Em relação aos médicos, também observou uma maior prevalência pela rede hospitalar, seguido da média complexidade e outras funções como complexo regulador e cargos de gestão. Em relação a distribuição dos servidores estatutários e temporários, observou-se que a maior parte dos servidores estatutários estão concentrados na rede hospitalar e atenção especializada. Quanto a remuneração, os servidores estatutários, são mais bem remunerados em relação aos temporários, com exceção, nesta pesquisa, dos médicos. Uma possível explicação, pode-se dar em função do plano de cargos e salários que os

estatutários possuem, onerando sua remuneração. Já os médicos, em função da desigualdade regional, dificuldade de acesso e de captação da categoria, supõe-se que essa diferença remuneratória pode se dar em função de incentivos financeiros, tais como os observados no programa mais médicos.

REFERÊNCIAS

- (1) Medici AC. Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70. *Rev Adm Pública*. 1985;19(2):31-77.
- (2) Preuss LT. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. *Rev Katálysis*. 2018;21(2):324-35.

E A SAÚDE DOS RESIDENTES, COMO VAI? AS REPERCUSSÕES DA REGULAMENTAÇÃO NACIONAL DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE A PARTIR DA REALIDADE DO PROGRAMA EM SERVIÇO SOCIAL DA UERJ

Debora Magalhães Araujo¹

Rodriane de Oliveira Souza²

APRESENTAÇÃO

Considerando a intensificação e a precarização do trabalho (1), os impactos da contrarreforma do Estado na saúde e o avanço do neoconservadorismo (2) no Brasil bem como a regulamentação nacional da Residência em Área Profissional da Saúde publicada nas duas últimas décadas, esta pesquisa buscou dar visibilidade às condições de saúde do segmento dos residentes, perseguindo a hipótese de que a organização da residência expressa na extensa carga horária de 60 horas semanais, sendo apenas 20% dedicada às atividades teóricas, e os poucos direitos regulamentados dos residentes, somados às condições de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS) são aspectos determinantes do processo saúde doença vivido por esse segmento, sobretudo no campo da saúde mental. A fim de reunir elementos que sustentem essa hipótese, foi empreendida uma pesquisa cujos resultados apontaram o papel estratégico das Comissões de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (COREMU) que podem incidir no redimensionamento dos direitos dos residentes e mitigar processos de adoecimento.

OBJETIVO

Objetiva-se, com esta pesquisa, conhecer as consequências da intensificação e precarização do trabalho, da perspectiva de destruição do SUS e da lógica estruturante dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde para a saúde do segmento dos residentes, em particular de quem ingressou entre 2019 e 2023 no Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde na Modalidade Residência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, tendo concluído, ao menos, o primeiro ano da residência.

METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa foi o caminho percorrido para responder às inquietações geradas pelas repercussões, sentidos e significados do marco regulatório nacional da Residência em Área Profissional de Saúde - e como ela se estrutura - na saúde dos residentes. Foram extraídos dados de fontes secundárias, como documentos produzidos pelo Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde

1 Assistente Social na Eco- Habitat Consultoria Social. Estudante de Pós-Graduação em Habitação de Interesse Social na UNIFESP. E-mail: adeboramagalhaes@gmail.com

2 Professora Doutora da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ/FSS). . E-mail: rodriane.o.souza@gmail.com

na Modalidade Residência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, campo da pesquisa. Após emissão do Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade nº 6.640.462, a coleta de dados em fontes primárias foi realizada por meio da técnica do grupo focal, sendo aplicado junto às turmas que ingressaram a partir de 2019 até 2023. Dos 80 residentes matriculados no período, 76 foram considerados na amostra, uma vez que concluíram o primeiro ano da residência. Houve um total de 5 grupos focais e 39 participantes, agrupados de acordo com o ano de ingresso na residência. Foram feitas questões disparadoras a fim de suscitar as discussões. Os dados produzidos foram descritos, organizados, categorizados e interpretados. A discussão de tais dados foi feita a partir da técnica da análise do conteúdo.

RESULTADOS

Em relação aos resultados, observamos que o caráter extenso e intenso contido na carga horária de 60h semanais estabelecida pela regulamentação nacional da Residência em Área Profissional da Saúde, adicionado às responsabilidades acadêmico-profissionais, a exemplo do peso da responsabilidade no atendimento de situações difíceis e de problemas relacionados à estrutura do ensino, foram identificados pelos residentes como fatores de estresse e sofrimento mental, que se expressaram em queixas de fadiga, dificuldade para dormir ou privação do sono e ansiedade.

O fato de todas as participantes da pesquisa serem do gênero feminino, particularidade do Serviço Social, expressou-se na intensificação do sofrimento psíquico devido às dificuldades em torno da mobilidade urbana, como o tempo gasto no deslocamento e o medo da mulher em circular na cidade devido a situações de violência.

A isso são adicionados o trabalho doméstico e o papel do cuidado, também presentes nos relatos, conformando uma tripla jornada, que as expõem a uma sobrecarga ainda maior. Assim, o cansaço e o esgotamento trouxeram repercussões na sociabilidade e nas relações interpessoais, sendo aspecto determinante no processo de saúde e doença.

As características do sucateamento e da precarização do SUS (3), ou seja, das condições de trabalho na saúde são também sentidas pelo conjunto de residentes, sendo realidade de toda categoria, mas, potencializadas quando se faz uma carga horária de 60h semanais.

Observou-se ainda reflexos da pandemia de Covid-19, tais como o medo do desconhecido e da contaminação da família em razão de realizarem o atendimento direto às pessoas com Covid-19. O número expressivo de mortes cotidianamente no hospital - cenário de prática da maioria -, também trouxe impactos emocionais.

CONCLUSÕES

Os resultados encontrados mostraram que há outros elementos que contribuem para o processo saúde doença dos residentes, mas a extensa e intensa carga horária de 60 horas semanais,

independente do percentual destinado às atividades teóricas, é a principal determinação dos processos de adoecimento, sobretudo no campo da saúde mental. Isso porque se trata de uma formação que se dá no e pelo trabalho, portanto, assume as características atuais do processo de precarização das condições e relações de trabalho e do SUS, inclusive com o afastamento do sistema de proteção trabalhista. A aposta, portanto, é na incidência da luta e organização política para a alteração da regulamentação nacional em torno das 60 horas, sem prejuízos para o segmento, e a conquista de direitos, como o do auxílio moradia e/ou alojamento, que vêm sendo pautada pelo conjunto dos residentes e podem reduzir as dificuldades acerca da mobilidade e violência urbana.

REFERÊNCIAS

- (1) Antunes R. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo Editorial; 2018. p. 265–87.
- (2) Marquetti A, Gugliano A. A expansão dos movimentos ultraconservadores: a ultradireita, o neoliberalismo e as contradições do capitalismo [Internet]. São Paulo: A Terra é Redonda; 2024 jan 14 [citado 2025 out 20]. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/a-expansao-dos-movimentos-ultraconservadores/>
- (3) Cavalcante Soares R. Contrarreforma no SUS e o Serviço Social [Internet]. Recife: Editora UFPE; 2020. 362 p. Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/70/120/322>

EL CAPITALISMO CANÍBAL, LA MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD Y LOS TERRITORIOS HUMANOS DE SACRIFICIO. ¿GENOCIDIO POR PLANIFICACIÓN DE LA DESIGUALDAD?

Gonzalo Moyano Balbis¹

INTRODUCCIÓN

Hace décadas se ha demostrado que es posible tener acceso progresivo a la salud para la población mundial. Con diferentes modalidades y ritmos, esto es una meta posible, si se producen alimentos suficientes, condiciones de vida adecuadas, producción pública de medicamentos e investigación científica centrada en las necesidades poblacionales y no en el lucro. Los sistemas de salud pública a cargo del Estado (financiado por rentas generales), la producción de alimentos agroecológicos, la defensa del ambiente, son todas metas posibles si se tiene una firme decisión política. Sin embargo, estamos retrocediendo en forma acelerada en todos esos ejes, priorizando en todos los casos la mercantilización de cada uno de ellos, alejando las posibilidades de un mundo mejor. Es posible imaginar estrategias diversas, pero siempre debe tenerse presente que el problema central es el capitalismo y su necesidad de convertir todo en mercancía (1).

La etapa que se está consolidando se ha denominado de diferentes maneras: Capitalismo salvaje (2), capitalismo caníbal (3), tecno-feudalismo (4), todas nominaciones que denotan un futuro ominoso. Nos proponemos ahondar este análisis desde o con la salud.

OBJETIVO

En un contexto de avance neoliberal que amenaza expandirse a más países del mundo, analizamos el rumbo que esta etapa del capitalismo global y su relación con la salud, sus determinantes y las consecuencias sobre la producción de salud/enfermedad.

METODOLOGÍA

Se realiza un análisis sistemático de la bibliografía que nos muestra un salto en calidad del sistema económico y social en el mundo, con consecuencias brutales sobre la población y sobre el planeta, cuyas consecuencias en ocasiones resultan obvias y en otras podría decirse que no lo son tanto.

En ese sentido, recorreremos estudios que muestran el cambio de paradigma que se está instalando aceleradamente.

¹ Médico epidemiólogo, especialista en bioética. Profesor universitario (UNPAZ). Coordinador de la Red de Medicamentos de ALAMES (redmedicamentos-alames.com). E-mail: gonzalo.moyano@gmail.com Red: alamesredmedicamentos@gmail.com

La aceptación por parte de los países periféricos (y no solo de ellos) de los llamados territorios de sacrificio, incluyendo en ellos no solo dimensiones geográficas sino étnicas (pueblos originarios), de géneros (incluyendo diversidades/disidencias sexuales), migrantes, y diferentes categorías subalternas cuyos derechos son vulnerados y muchas veces avasallados, están instalando de modo performativo la percepción de que hay sectores de la población parcial o totalmente descartables.

Debe quedar claro que han existido y existen experimentos a diferentes escalas para mostrar metodología y resultados, en diversos niveles. La metodología represiva a la resistencia se a mostrado capaz irse superando, y los golpes de Estado en nuestra región fueron un muestrario que no pensamos que podría superarse en forma tan pública como lo que está ocurriendo a la luz del día en Gaza. Por eso, y porque la metodología se adapta a las necesidades, pero encuentra formas de reciclarse, recuperamos para esta etapa la categoría de genocidio por planificación de la desigualdad.

RESULTADOS

Caracterizamos que este “avance” del sistema mundo está determinando un desprecio por la vida humana y la vida en general (incluyendo no solo la existencia de la vida en el planeta sino la subsistencia del planeta mismo) que está dando un salto en calidad que llega a no registrar que los riesgos incluyen también la supervivencia de la clase dirigente.

Estamos asistiendo a una reconfiguración de la “fractura metabólica” descrita por Marx, porque redobla la vieja frontera “naturaleza/humanidad” por vía de fracturar ahora al interior de la naturaleza formas de explotación mucho más destructivas, a la vez que genera en forma mucho más profunda divisiones en el género humano, dando una nueva vuelta sobre la expropiación de la dignidad humana. Los desastres de los inmigrantes en el mediterráneo están siendo opacados por las deportaciones del gobierno de Trump y la propaganda contra esas poblaciones en los programas de la ultraderecha en Europa, cada vez más toleradas. En Argentina se apuesta al desarrollo del fracking en Vaca Muerta como única salida a pesar de la multiplicación de sismos que viene provocando esa práctica (5). Ese ejemplo es solo una muestra, pasando por las consecuencias del llamado cambio climático que está siendo cada vez más denegado mientras vemos fenómenos cada vez más repetidos como consecuencia de su existencia.

Una revisión a autores como Yanis Varoufakis (4), Nancy Fraser (3), Thomas Piketty, Atilio Borón (2) (ya citados) muestra un devenir del sistema que nos está llevando puestos, junto con el planeta, y a ellos también. Pero en el transcurso de este devenir, comenten genocidio con la población que consideran prescindible, como ha descripto Agamben (6).

CONCLUSIONES

La certeza de disponer de recursos e instrumentos para brindar “Salud Para Todos” llevó a la Conferencia de ALMA ATA a proponer que esa meta pudiera lograrse 22 años después de su enunciación allí. Sin embargo, no solo parece estar cada vez más lejana, sino que debería estar más

cercana con los conocimientos y los recursos actuales. Es más: la mayor expectativa de vida y el lento descenso de la Mortalidad Infantil deberían considerarse como una facilidad para ello, y sin embargo la desigualdad en el acceso a la salud es cada vez mayor. Si existió un diseño de una política para lograr la meta de SPT200, debe aceptarse que existe un diseño para que ella no sea lograda, y las consecuencias de él son daño a la salud y muertes innecesarias y por tanto injustas. Si este retroceso en las metas propuestas antes coincidió con la primera ola de neoliberalismo y se está reforzando crudamente en este apogeo de las mismas políticas neoliberales en América Latina y casi todo el mundo no parece prudente considerar que sea un hecho casual.

¿Qué responsabilidad puede atribuirse a los sectores, agencias y funcionarios en estos daños y estas muertes? ¿Es pertinente el término Genocidio? Y si lo es: ¿Quiénes son los Genocidas?

REFERENCIAS

- (1) Marx, Karl. El Capital. Libro I: Proceso de producción de capital. URSS. Editorial Progreso. 1990.
- (2) Borón, Atilio. Memorias del capitalismo salvaje. Buenos Aires, CLACSO, 2021
- (3) Fraser, Nancy. Capitalismo caníbal. Buenos Aires, Siglo XXI. 2022.
- (4) Varoufakis, Yanis. Tecno-feudalismo: el sigiloso sucesor del capitalismo. Buenos Aires. Planeta. 2024
- (5) Svampa, Maristella. Las fronteras del neoextractivismo en América Latina. Alemania. Bielefeld University Press. 2019.
- (6) Agamben, Giorgio. Valencia (España). Lo que queda de Auschwitz, Pretextos. 2005

EMPREGO APOIADO E INCLUSÃO NO MERCADO FORMAL DE TRABALHO: PRÁTICAS INOVADORAS PARA USUÁRIOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL DO RIO DE JANEIRO

Camila Saraiva Nogueira¹

Heloisa Helena Ferraz Ayres

INTRODUÇÃO

O sujeito considerado “louco” é, historicamente, isolado do convívio em sociedade e considerado inapto para atividades cotidianas. A atividade laboral em Pinel é inserida como tratamento moral e punitivo, o que também foi reproduzido nos manicômios brasileiros. (1) A reforma psiquiátrica brasileira traz como desafios para a nova realidade proposta para a sociedade não apenas a desinstitucionalização e consequente substituição dos serviços responsáveis pelo tratamento dos novos usuários da rede de saúde mental e atenção psicossocial, mas também uma cidade que promove acolhimento e adaptação para que a diversidade de existência seja parte da vida em comunidade. A portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial discorre sobre cada serviço substitutivo promover a reabilitação e reinserção dessa população através do acesso a trabalho e renda. (2) O trabalho para pessoas em sofrimento mental grave é, portanto, uma via para inclusão social, acesso à cidadania e apropriação do espaço urbano.

OBJETIVO

Esta pesquisa visa mapear os três projetos que empregam e acompanham usuários da rede de saúde mental no Rio de Janeiro no mercado formal de trabalho, conhecer o trabalho conforme foi idealizado e compará-lo com a prática, além de compreender a efetividade da metodologia do Emprego Apoiado (3) para a inserção e manutenção de pessoas em vulnerabilidade psíquica nos postos de trabalho a que foram encaminhados.

METODOLOGIA

A pesquisa se dá em três estudos: o primeiro se trata de uma pesquisa de observação/intervenção com diário de campo para conhecer a condução e o dia-a-dia; o segundo é uma entrevista semiestruturada com um(a) fundador(a) e um(a) profissional atualmente responsável por conduzir cada um dos três projetos, totalizando seis entrevistados(as), em que serão abordados o contexto em que os projetos surgem, a escolha pela metodologia do Emprego Apoiado, sua utilização ao longo da atuação dos projetos e, nos dois projetos que utilizam a Lei de Cotas para Pessoas com Deficiências, a importância de tal política pública; uma entrevista semiestruturada com os trabalhadores assistidos pelos projetos utilizando modelo baseado na metodologia de Histórias de Vida adaptado para o contexto, com o

1 Mestranda em Psicologia Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: csaraivanogueira@gmail.com

embasamento teórico das Representações Sociais para conhecer suas percepções, vivências atuais e anteriores, se houver, no mercado de trabalho e sentidos do trabalho em suas vidas. Desde março de 2024, conversas informais exploratórias foram iniciadas com responsáveis por dois projetos e o terceiro já é campo de pesquisa-intervenção.

CONSIDERAÇÕES

Os projetos estudados utilizam a metodologia do Emprego Apoiado para usuários da rede de saúde mental de ângulos diferentes e se complementam ao aplicar o acompanhamento aos trabalhadores de formas diferentes. Na pesquisa realizada até o momento, através de conversas informais, visitas de campo e acesso a documentações elaboradas pelas profissionais responsáveis, é possível perceber que estes projetos mantêm longevidade e visam atender um número de usuários reduzido para proporcionar acompanhamento adequado. Dois deles utilizam a Lei de Cotas para Pessoas com Deficiências (4) para garantia de inserção e ajustes conforme previstos em lei. Estas iniciativas se alinham aos compromissos firmados pelo Brasil com Organização Internacional do Trabalho (5) e com a Organização Mundial da Saúde e a Agenda 2030 (6) sobre sustentabilidade social, diminuição das desigualdades e oferta de trabalho com condições dignas para a população.

REFERÊNCIAS

- (1) Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília; 2011 [citado 2025 abr 3]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- (3) ITS Brasil. O que é emprego apoiado. São Paulo: ITS Brasil; [s.d.]
- (4) Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Brasília; 1991 [citado 2025 abr 3]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm
- (5) Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Plano Nacional de Trabalho Decente. Brasília; 2010.
- (6) Nações Unidas no Brasil. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Brasília: ONU Brasil; [citado 2025 mar 26]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>

ESTADO E NEOLIBERALISMO: IMPLICAÇÕES SOBRE A SAÚDE PÚBLICA E A ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHADORES

Karollyne Sutter de Oliveira Hammes¹

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O estudo debruçou-se na investigação das origens da ausência de apoio popular à saúde pública, gratuita e universal. Foi observado o surgimento do sindicalismo brasileiro, focando a análise no período da ditadura empresarial-militar (1964-1985), no qual ocorreu uma mudança significativa no caráter combativo dos sindicatos. Paralelamente, observou-se o fortalecimento do setor privado, tanto na prestação, quanto nos seguros de saúde, conformando uma competição com o SUS por recursos públicos e clientela.

Os resultados apontaram para a influência do ‘sindicalismo livre’, conduzindo a uma ação sindical voltada principalmente para ganhos econômicos por categoria, o que resultou em um distanciamento da ação política de garantia e ampliação dos direitos sociais, incluindo a luta pela saúde pública e em defesa do SUS. A atuação do Estado também foi observada, constatando um papel garantidor de mecanismos e normas legislativas para o favorecimento do setor privado.

Assim, concluiu-se que a ditadura empresarial-militar foi determinante para a modificação do caráter classista dos sindicatos nacionais e para a ascensão do setor privado na saúde, com a participação do Estado, o que impôs uma repulsa aos serviços públicos e um interesse cada vez maior por acesso aos serviços privados de saúde, configurando uma crise de legitimidade do SUS e um grande obstáculo para a sua consolidação plena.

OBJETIVO

Este estudo buscou investigar a atuação do Estado brasileiro, levando em consideração sua posição de país dependente diante o cenário internacional e o processo de desmonte pelas orientações das políticas neoliberais, que passam a atuar para garantir a transferência de recursos públicos para o setor privado. Buscou, ainda, se aprofundar nas origens da crise de legitimidade do SUS perante à classe trabalhadora, observando o papel dos sindicatos na defesa da saúde pública, gratuita e universal.

METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema, considerando toda a trajetória do sindicalismo brasileiro e das ações e serviços de saúde. Focou-se no período da ditadura empresarial-

¹ Mestranda do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). E-mail: karolsutter@gmail.com

militar enquanto um evento que mudou significativamente a atuação classista dos sindicatos e, por consequência, sua capacidade de luta por direitos.

A partir do referencial teórico da Teoria Marxista da Dependência (TMD), considerando a configuração do Estado dependente brasileiro, bem como a leitura da literatura selecionada, foi possível alcançar alguns resultados e possíveis razões para os impasses na consolidação das políticas sociais e para o distanciamento da classe trabalhadora brasileira do sistema público de saúde, conformando um grande obstáculo para a formação das bases sociais de apoio ao SUS.

Para comparação, buscou-se na literatura internacional, adotando os descritores “labor unions” e “public health systems” nas bases de dados do Google Acadêmico e BVS, a atuação dos sindicatos na defesa da saúde e dos direitos sociais, onde foi possível constatar sua importância, apresentando o sentido ampliado da saúde, e dificuldades encontradas com as medidas de austeridade econômica (1,2).

RESULTADOS

Este estudo tornou perceptível grandes desafios do SUS para sua efetivação: a falta de uma base de apoio através dos sindicatos e a atuação do Estado dependente na consolidação e perpetuação do projeto neoliberal. Foi constatada a influência da AFL-CIO (American Federation of Labor – Congress of Industrial Organizations), central sindical norte-americana, no sindicalismo brasileiro, no sentido da implantação do chamado “sindicalismo livre”, que mudou significativamente o caráter classista dos sindicatos nacionais, conduzindo à reivindicações meramente econômicas e afastando-se de pautas políticas (3).

A partir do recorte temporal adotado, observou-se que foi exatamente no período da ditadura empresarial-militar em que também ocorreu o fortalecimento do setor privado na saúde, com a criação de mecanismos e leis que perduram até os dias atuais, como as isenções fiscais para o setor (4), além de normas legislativas posteriores, como a aprovação de participação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) em organismos de gestão do SUS e a abertura de capital estrangeiro na saúde – ações do Estado que atendem aos interesses do capital.

Apesar da enorme importância dos movimentos pela redemocratização e da criação do SUS na segunda metade dos anos 80, analisou-se as contradições latentes no período subsequente (anos 90), no qual o neoliberalismo ascende e evidencia as disputas entre o SUS recém-criado e o setor privado, já fortalecido e recém-legitimado constitucionalmente. Essas disputas, travadas por recursos públicos e clientela, deslocam o SUS do subfinanciamento para o “desfinanciamento” (5), o que vem contribuindo para o afastamento da classe trabalhadora e da natureza universalista do SUS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Estado capitalista dependente e o projeto neoliberal condicionam um terreno fértil para a precarização dos serviços públicos, em geral, e para o enfraquecimento do SUS, em particular.

A ditadura empresarial-militar marcou um cruel episódio da história contemporânea brasileira, instituindo retrocessos em diversos setores, incluindo o movimento sindical e a saúde. Nesse sentido, pôde-se averiguar que o regime ditatorial: (i) desviou os sindicatos das lutas políticas pelos direitos sociais; e (ii) fortaleceu o setor privado na saúde, assegurando a acumulação de capital e reduzindo o caráter universal do SUS. Essa dupla condição resultou em uma desaprovação contínua dos serviços públicos pela classe trabalhadora, fazendo com que essa reivindicasse o acesso aos seguros privados de saúde, reforçando o senso comum da ineficiência dos serviços públicos, sustentando o projeto neoliberal de sucateamento do SUS e distanciando a classe trabalhadora da defesa do SUS público, gratuito e universal.

REFERÊNCIAS

- (1) Hagedorn J, Paras CA, Greenwich H, Hagopian A. The role of labor unions in creating working conditions that promote public health. *Am J Public Health*. 2016;106(6):989–95. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303138.
- (2) Marques APP, Macedo APM de C. Políticas de saúde do Sul da Europa e desregulação das relações de trabalho: um olhar sobre Portugal. *Cien Saude Colet*. 2018;23 (7):2253–64. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09282018>
- (3) Corrêa LR. *Disseram que voltei americanizado: relações sindicais Brasil-Estados Unidos na ditadura militar*. Campinas, SP: Editora Unicamp; 2017. 415 p. (Coleção Várias histórias).
- (4) Rodrigues PH de A, Mattos ALC, Monteiro NS da S, Silva RDF da C, Baldo VSS. Estado e acumulação de capital na saúde brasileira sob a ótica da Teoria Marxista da Dependência. *Cad Saude Publica*. 2023; 39(12). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT082923>
- (5) Mendes A, Carnut L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *Serv Soc Rev*. 2020 jan 27;22(46):9–32. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260

ESTADO, JUDICIÁRIO E DEPENDÊNCIA: JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA NO BRASIL

Thauanne de Souza Gonçalves¹

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

INTRODUÇÃO

Utilizando como referencial teórico a crítica marxista do direito e a Teoria Marxista da Dependência (TMD) busca-se compreender a judicialização das políticas de saúde durante a pandemia de covid-19 a partir das decisões do Supremo Tribunal Federal (STF). O Estado tem em sua face “visível” o Poder Judiciário e o conjunto de leis, normas e regulamentos. Mas em sua face “invisível” se camufla “uma condensação particular de redes e relações de força [...], as quais permitem que sejam produzidas e reproduzidas relações de exploração e dominação” (1). Assim, as funções administrativas do Estado, tratadas como neutras, estão impregnadas pelo exercício do poder estatal cuja finalidade é garantir a manutenção da ordem social (1). E o Estado brasileiro tem suas particularidades por seu caráter dependente e sua formação histórica peculiar na América Latina. A forma jurídica brasileira então apresenta uma estrutura atípica (2). Além disso, o país consolidou seu sistema político-eleitoral baseado na crise permanente, tendo o Poder Judiciário desempenhado cada vez mais uma função central na garantia da reprodução social no país. As políticas de saúde têm um destaque importante nessa conjuntura e tiveram centralidade em todo o aparato estatal durante a pandemia. Assim, buscou-se compreender as relações e expressões do poder político desveladas pelos conflitos que chegaram ao STF durante a pandemia de covid-19.

OBJETIVO

Analisar as decisões do Supremo Tribunal Federal relacionadas à pandemia de covid-19 com foco na sua relação com a garantia do direito à saúde;

Compreender a judicialização das políticas de saúde durante a pandemia de covid-19 a partir do referencial teórico.

METODOLOGIA

Este trabalho adota uma abordagem quanti-qualitativa, composta de jurimetria e análise de conteúdo, interpretadas à luz da crítica marxista do direito e da TMD. O percurso metodológico estrutura-se a partir do materialismo histórico, buscando apreender a judicialização das políticas de saúde não apenas em seu aspecto formal, mas também enquanto expressão das contradições sociais próprias do modo de produção capitalista.

1 Doutoranda do Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). E-mail: thauannesg@gmail.com

Na etapa quantitativa, emprega-se a jurimetria como ferramenta para o exame de decisões do STF. Os dados foram extraídos do Painel de Ações da Covid-19 (3) que reúne 16.180 decisões proferidas em 11.879 processos com preferência temática sobre a pandemia. Para a análise estatística utilizou-se o software R.

Para a etapa qualitativa, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo para observar o conjunto de decisões selecionadas pelo próprio Portal STF (3). Nesta tese, portanto, a judicialização das políticas de saúde será compreendida a partir das decisões processuais, gerando sínteses importantes para compreender este fenômeno na sociedade brasileira. Mas em seguida, faremos a “viagem de modo inverso” para compreender essas sínteses na sua função de produção e reprodução do sistema capitalista.

RESULTADOS

Os resultados evidenciam a centralidade de temas como: atos e omissões do Executivo federal; conflitos federativos; medidas de prevenção ao contágio; vacinação; condições de trabalho; populações indígenas; população carcerária. As ações de controle concentrado de constitucionalidade demonstraram o protagonismo do STF na mediação das disputas políticas e na definição dos contornos jurídicos das políticas de saúde durante a pandemia.

Foram observados alguns aspectos relevantes além do conteúdo das decisões. Cabe destacar a atuação dos partidos de esquerda para provocar o Judiciário em relação à implementação de políticas sanitárias e à contenção da atuação do governo federal. Além disso, o grande número de Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) com foco em normas municipais revela a tensão entre diferentes entes federativos e retoma o debate reincidente no SUS sobre a municipalização das políticas de saúde.

De maneira geral, o Supremo exerceu um papel de contenção frente aos efeitos mais graves da pandemia. Entretanto, a mitigação da morbi-mortalidade e a defesa da vacinação se deram em paralelo à defesa da continuidade das atividades produtivas, mesmo com condições ainda mais precárias para o trabalhador. Ainda, encontra-se diferentes atuações quando se observa grupos populacionais específicos, como pessoas privadas de liberdade.

As decisões refletem, portanto, uma lógica de preservação da ordem social, com certa seletividade na proteção de direitos, especialmente em relação a grupos considerados periféricos à dinâmica produtiva. Tais escolhas judiciais revelam o modo como o direito atua na manutenção das condições de reprodução social, mesmo em contextos de crise aguda como o da pandemia.

CONSIDERAÇÕES

A atuação do STF durante a pandemia revela uma dialética sobre o Poder Judiciário no Brasil. Por um lado, a Corte teve papel relevante na garantia da vacinação e na adoção de medidas de

enfrentamento à covid-19, contrariando as diretrizes do governo federal, que adotava uma estratégia de “imunização de rebanho”. Por outro, demonstrou menor atenção a grupos historicamente vulnerabilizados ao mesmo tempo em que contribuiu para a manutenção da atividade laboral, mesmo ao custo de maior precarização do trabalhador. Considera-se que o STF exerceu uma função central enquanto aparato de Estado, sendo protagonista na preservação da ordem social e na contenção da luta de classes durante a pandemia. Sua atuação demonstra relativa estabilidade na defesa dos interesses da classe dominante, independentemente da orientação ideológica do governo de turno, seja à direita ou à esquerda.

REFERÊNCIAS

- (1) Osório J. O estado no centro da mundialização: a sociedade civil e o tema do poder. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular; 2019. 357 p.
- (2) Pazello RP. Direito Insurgente: Fundamentações Marxistas desde a América Latina. Rev Direito Práx [Internet]. 2018 set [citado 2025 mar 11];9(3):1555-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662018000301555&lng=pt&tlng=pt
- (3) Supremo Tribunal Federal (BR). Transparência STF: Paineis ações Covid-19 [Internet]. Brasília (DF): STF; 2025 [citado 2024 abr 15]. Disponível em: https://transparencia.stf.jus.br/extensions/decisoes_covid/decisoes_covid.html

ESTRATEGIAS DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES PARA LA ADAPTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ANTE CRISIS Y EMERGENCIAS: EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN EN LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA

Tacchella Sofia¹

martellotti Rosa

Lopez Noelia

INTRODUCCIÓN

Los impactos del cambio climático en Argentina, reflejan la inequidad que atraviesan los territorios afectados por los desastres ambientales. Estos hechos profundizan la vulnerabilidad de la población y representa para el Estado un desafío en el diseño y planificación de estrategias para la adaptación de los servicios de salud en la contingencia sanitaria. El presente trabajo se propone compartir un abordaje para la seguridad humana de los riesgos de desastres y emergencias realizado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, situado en la ciudad de Bahía Blanca. El día 7 de marzo del año 2025 se produjeron fuertes precipitaciones, las cuales, llegaron a los 300 milímetros en pocas horas, un volumen equivalente al promedio anual de lluvias en la región, según la información oficial del Municipio de Bahía Blanca (1). Frente a este suceso se desarrollaron un abanico de estrategias sanitarias a través del Ministerio de Salud con el objetivo de mitigar los daños en la salud de las personas afectadas. A partir de este escenario es pertinente recuperar el aprendizaje de la percepción del riesgo en la comunidad y de los equipos de salud comunitaria con el fin de generar las políticas públicas necesarias para mitigar y reducir los riesgos.

El objetivo del trabajo entendiendo el riesgo recurrente en el cual se encuentra la provincia de Buenos Aires es recuperar, reflexionar y evaluar las prácticas de la adaptación de los servicios de salud en la contingencia sanitaria situada en Bahía Blanca. Focalizando la observación en los equipos de salud comunitaria que estuvieron en el territorio del desastre.

Ante las pérdidas ocasionadas, y las problemáticas de salud que generó la inundación, el Ministerio de Salud desplegó una serie de estrategias con la gestión local municipal. El Hospital Provincial Penna es un efector que atiende a gran parte de la población de esa región, por lo tanto se constituye en una institución que aglutina demandas de salud complejas. Este nosocomio sufrió grandes pérdidas en su infraestructura, equipamiento e insumos, por ello se generó un despliegue de trabajo simultáneo entre distintas áreas de nivel central y regional para su reconstrucción. Como estrategia sanitaria provincial y municipal se reforzaron las articulaciones con las obras sociales que

1 Dirección de organización comunitaria en salud del Ministerio de Salud de La Provincia de Buenos Aires. E-mail: sofiatacchellajj@gmail.com

brindan atención médica y se potenció la acción territorial intersectorial para mitigar el impacto de la escasez de medicación y atender oportunamente a las personas con tratamientos agudos y crónicos, como lo indica el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2) .

La dirección Provincial de Redes, Regiones y Salud Comunitaria del Ministerio de Salud, organizó el envío de insumos y de los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones en el marco de la contingencia. Junto con el transporte ferroviario argentino se gestionó la logística del tren sanitario al lugar. Así como también tres unidades sanitarias móviles. Se organizaron equipos interdisciplinarios con los perfiles adecuados para trabajar en la emergencia, y se armó la logística necesaria para trasladar los insumos. A nivel de la gestión local se trabajó en primera instancia organizando una sala de situación con el municipio para priorizar la elección de los barrios en base a datos epidemiológicos y necesidades de la población. Evaluando las zonas más afectadas, la organización de los actores territoriales dependientes. También se realizaron articulaciones con equipos de salud de la Provincia de Neuquén y de La Pampa que se sumaron a participar de los abordajes territoriales en salud.

METODOLOGÍA

Este trabajo se enmarca en un enfoque cualitativo, orientado al análisis de la experiencia de trabajo ante la emergencia ocurrida por un temporal en Bahía Blanca en marzo de 2025. Se realizó una revisión documental y normativa que incluyó fuentes oficiales, noticias periodísticas, comunicados institucionales y bibliografía pertinente.

A partir de esta recopilación, se elaboró un análisis crítico de las políticas públicas sanitarias llevadas a cabo por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y su capacidad de respuesta ante emergencias de esta magnitud. Asimismo, se exploraron antecedentes de gestión de crisis similares en otros contextos, con el fin de identificar fortalezas, debilidades y posibles líneas de acción.

El objetivo metodológico consistió en proponer una reflexión situada que contribuya al diseño de futuras políticas sanitarias más eficientes, con foco en prevención, preparación y respuesta rápida frente a eventos naturales en contexto de emergencia.

RESULTADOS

Citando a Espinosa (3), dentro de las estrategias de intervención de la gestión del riesgo, es fundamental considerar el sistema político en todos los niveles territoriales, el tema de la organización, adopción y aplicación de marcos normativos, y la ejecución de medidas para satisfacer las demandas de la sociedad. A partir de este Marco desde el Inicio de los abordajes territoriales el 9 de marzo, llevados a cabo por la dirección de Redes, regiones y salud comunitaria y la secretaría de salud del municipio, al día 10 de abril del 2025 se registran 4.499 atenciones de salud, se aplicaron un total de 3010 Vacunas de calendario. Se visitaron 915 viviendas visitadas, se recorrieron 194 manzanas y se brindó información puerta a puerta a 1.603 personas. Estos datos cuantitativos demuestran la capacidad del trabajo en conjunto, y de la preparación de los equipos de trabajo para resolver las problemáticas de

salud de la población. Las principales acciones consistieron en: realizar atención médica por cuadros gastrointestinales, respiratorios y piel. Curación de heridas: tratamiento, curación, limpieza por golpes, cortes y ampollas. Atención pediátrica: control de peso y talla, oftalmología y odontología. Control de signos vitales: seguimiento y monitoreo de tensión arterial y glucemia. Colocación de implantes subdérmicos, charlas de salud sexual integral. Entrega de medicación, con un total de 2.319 medicaciones entregadas. Entrega de insumos: pastillas potabilizadoras, repelentes, tiras reactivas para control de glucemia, toallas higiénicas. Entrega de Kit Qunita Bonaerense. Espacios de primera escucha y contención en salud mental y charlas informativas: cuidados post-inundación, prevención del dengue, manejo de agua segura, lavado de manos para infancias y adolescencias.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

A modo de conclusión resulta necesario profundizar la construcción de una conciencia del riesgo dentro de la gestión de la política pública. Así como también mejorar la planificación de acciones simultáneas y organizadas para actuación en situaciones de emergencia y crisis climáticas. Si bien es necesario continuar en la organización y planificación del trabajo, teniendo en cuenta la evidencia de la cita de Fontana (4) de que en América Latina, han sido pocas las experiencias exitosas en la implementación de políticas públicas para reducir el riesgo de desastres. Una de las causas principales es que no se logra la articulación necesaria entre los niveles de gobierno y el trabajo participativo necesario a tal fin. Podemos afirmar que el trabajo realizado en el hospital Provincial, con el sector privado, y el Municipio de Bahía Blanca marcó un precedente para la resolución de problemas dentro del sistema sanitario. Al quedar sin funcionamiento la neonatología del hospital porque se encontraba bajo agua, el sector privado se solidarizó y absorbió esa demanda, resolviendo esa necesidad de la población.

Además se evidencio que el evento de desastre natural previo en Bahía Blanca, generó un saldo positivo para la capacidad de respuesta de la población. Uno de los mayores aprendizajes corresponde a la percepción subjetiva del riesgo que tuvo la comunidad, ante la situación de alerta la gestión del municipio cerró las escuelas para prevenir mayores pérdidas. Esta medida fue acatada rápidamente por la sociedad, en el mes de diciembre del 2023 la ciudad atravesó un fuerte temporal con vientos que dejó un total de 13 fallecidos. Por lo cuál la respuesta ante estos eventos tienen este antecedente marcado.

REFERENCIAS

- (1) Municipalidad de Bahía Blanca. Catástrofe en Bahía Blanca: conferencia de prensa del intendente municipal [Internet]. Bahía Blanca: Municipalidad de Bahía Blanca; 2025 mar 9 [citado 2025 maio 6]. Disponible en: <https://noticias.bahia.gob.ar/2025/03/09/catastrofe-en-bahia-blanca-conferencia-de-prensa-intendente-municipal/>
- (2) Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. El Hospital Penna comienza a recuperar su funcionamiento [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; [fecha de publicación desconocida] [citado 2025 abr 15]. Disponible en: https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/el_hospital_penna_comienza_recuperar_su_funcionamiento

- (3) Espinosa C. Sistema político para la gestión del riesgo de desastres [Internet]. YouTube; 2014 [citado 2025 abr 15]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=c_lgz6ffsQg
- (4) Fontana SE, Correo S. Estrategias de gobierno para gestionar el riesgo de desastres: planificación, diseño organizacional y comunicación. Estado Abierto. Revista sobre el estado, la administración y las políticas públicas [Internet]. 2017[citado 2025 abr 15].;1(2):183-202. Disponible en: <https://publicaciones.inap.gob>

EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA EN CICOP. CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO EN SERVICIOS DE SALUD DE EFECTORES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Sofia Malleville¹
Juan Martin Mirada²
Carolina Versino
Marisol Fernández
Norma Faravelli
Joaquín Busso

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se desprende de un proyecto impulsado por la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP) en conjunto con la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Desde una perspectiva de investigación-acción participativa, se buscó relevar las condiciones y el medio ambiente de trabajo (CyMAT) en los servicios de efectores de la provincia de Buenos Aires a partir de indagar en las percepciones de representantes de CICOP. El proyecto tuvo un doble propósito: por un lado, construir un diagnóstico de situación respecto a las condiciones laborales para elaborar propuestas y recomendaciones para su transformación. Por otro lado, impulsar la participación de representantes gremiales con vistas a fortalecer el debate y la problematización respecto a las condiciones laborales en los espacios de trabajo. Para recortar el objeto de investigación y elaborar la metodología de trabajo, se consideró la elevada fragmentación del sector salud en Buenos Aires, (1) es decir, la provincia más extensa y poblada de Argentina*. En términos conceptuales, se retomó una concepción ampliada de las CyMAT (2), así como los aportes teórico-metodológicos de la medicina social latinoamericana (3) y el modelo obrero italiano (4) respecto a la participación de los/as trabajadores/as.

OBJETIVO

El presente trabajo presenta un doble objetivo: por un lado, describir las principales problemáticas en las condiciones y medio ambiente de trabajo en los servicios de hospitales y unidades de pronta atención bajo gestión de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Por otro lado, problematizar la

1 LESET-IdIHCS/UNLP-CONICET. E-mail: mallevillesofia@gmail.com

2 Secretaria Gremial – CICOP. E-mail: juanmartinmiradarabbione@gmail.com

*Conformada por 135 partidos y 17.569.053 habitantes, según el censo de 2022.

** Ejemplo de ello es el Programa Más Salud, Más Cuidados presentado por las autoridades de la provincia de Buenos Aires en mayo de 2023. https://www.gba.gob.ar/comunicacion_publica/gacetillas/kicillof_y_kreplak_presentaron_el_programa_m%C3%A1s_salud_m%C3%A1s_cuidados

construcción de una metodología de trabajo basada en la investigación-acción en la cual participaron dirigentes y representantes gremiales de CICOP en articulación con investigadoras de la UNLP.

METODOLOGÍA

La metodología de trabajo se inscribe en la investigación-acción participativa (4) en tanto el proyecto fue desarrollado por un equipo conformado por dirigentes y representantes gremiales de CICOP con el apoyo de investigadoras de la UNLP. Para desarrollar el relevamiento se construyó una encuesta colectiva sobre CyMAT. La encuesta tuvo como base otros cuestionarios sobre la temática que fueron adaptados para captar las especificidades en salud. El cuestionario se organizó a partir de 6 ejes temáticos que operacionalizan dimensiones de las CYMAT. Cada sección contiene preguntas cerradas y abiertas.

La aplicación del cuestionario estuvo a cargo de responsables de CICOP en los distintos servicios, quienes dialogaron con los/as trabajadores/as. Posteriormente, y a partir de esas instancias, los representantes sistematizaron las respuestas y completaron la encuesta, en tanto las percepciones de los representantes sindicales expresan una síntesis del intercambio. Estas decisiones metodológicas se orientaron a construir e impulsar una herramienta colectiva para fomentar el debate y la elaboración de un diagnóstico conjunto entre los/as trabajadores del servicio y sus representantes.

El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de octubre de 2024 y enero de 2025. Se obtuvieron 189 respuestas; participaron 24 efectores y 66 servicios.

RESULTADOS

Los resultados de la encuesta arrojan dos dimensiones problemáticas: la provisión de insumos y elementos de trabajo y dotación de personal en los servicios.

Respecto al eje de materiales de trabajo, un 48% de los servicios manifiesta algún tipo de faltante. En las respuestas abiertas encontramos 4 grupos de insumos y elementos faltantes: ropa y elementos de protección personal; artículos de librería; insumos descartables y específicos para prácticas de atención y elementos de limpieza e higiene. Otro punto a destacar es la falencia respecto a la provisión de elementos tecnológicos. Encontramos que un 16% de los servicios “no cuentan” con dichos elementos mientras que un 63% respondió “parcialmente”. Se señala que las computadoras son escasas en relación a la cantidad de personal o no funcionan correctamente.

Respecto al eje dotación de personal, las respuestas de la encuesta arrojan que un 42,6% de los servicios consideran que la cantidad de personal para la atención es insuficiente, mientras que un 39,9% señala que es parcialmente suficiente. Entre las especialidades médicas con falta de profesionales podemos mencionar: clínica médica, psiquiatría, pediatría. Situación que se condice con el déficit observado por las autoridades de la provincia en ciertas áreas^{**}. Los representantes gremiales también señalan que sería necesario ampliar la dotación de personal de enfermería, cuestión que se condice con

una problemática histórica en el sector y el personal administrativo. En este sentido, resulta interesante señalar que, si bien el 63% de los servicios afirma que se incorporó personal técnico/profesional durante el 2023, más del 80% aún considera que el personal con que cuenta no es suficiente.

CONSIDERACIONES

Esta investigación partió de una visión ampliada de las CyMAT en sintonía con una perspectiva metodológica que se propuso generar conocimiento a partir de la participación de los/as trabajadores/as con el objetivo de construir propuestas para transformar sus condiciones laborales. Por un lado, se consideró que las malas condiciones laborales no sólo afectan al trabajador en tanto individuo, sino a todo el colectivo. Por otro lado, se reconoció que para construir conocimiento es importante recuperar las percepciones que poseen los/as trabajadores/as y sus representantes sobre las actividades que cotidianamente realizan. La elaboración de una encuesta colectiva y las decisiones en torno a su aplicación se enmarcan en esta perspectiva.

Respecto a los resultados, entre las principales problemáticas se detectaron falencias en la provisión de insumos y elementos de trabajo y en la dotación de personal administrativo/técnico/profesional en los servicios. Situación que se enmarca en contexto de crisis económica y social.

REFERENCIAS

- (1) Chiara M, Di Virgilio M, Moro J. Inequidad(es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires. Una mirada desde la gestión local. Rev POSTData. 2009; 14:97-128.
- (2) Neffa JC. Condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) y salud. Orientac Soc [Internet]. 2015 [citado 2025 marzo 12];15:0-0. Disponible en: <https://revistas.unlp.edu.ar/OrientacionYSociedad/article/view/8359>
- (3) Laurell A. La construcción teórico-metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. En: Laurell A, editor. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. México: OPS, Serie Paltex Salud y Sociedad 2000; 1993. p. 12-32.
- (4) Martínez Alcántara S. La investigación participativa como práctica social y su aportación al mundo laboral a través del modelo obrero. Salud Trab - Postgrado Salud Ocup Hig Ambiente Labor Univ Carabobo [Internet]. 2007 [citado 2025 marzo 12];15(2):107-17. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382007000200005&lng=es.

EXPRESSÕES DAS DESIGUALDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Thais de Souza Oliveira¹
Adelyne Maria Mendes Pereir

INTRODUÇÃO

América Latina [AL] é uma região potente, diversa e atravessada por desigualdades estruturais, fruto dos processos de colonização e ocupação extrativista do território, que determinam as condições de vida e saúde das pessoas.

Este estudo partiu da preocupação de compreender como as desigualdades influenciam o acesso à saúde na AL. A ancorou-se em três argumentos principais. O primeiro diz respeito à importância das determinações sociais da saúde, conceito cuja gênese está relacionada ao movimento da medicina social na AL. Crítico às noções de subdesenvolvimento, liberalização da medicina e individualização do processo saúde-doença, este conceito ressalta a influência dos modos de produção e reprodução do capital sobre a saúde (1).

O segundo se refere ao peso das desigualdades e de seus efeitos sobre a saúde. As desigualdades podem ser compreendidas como uma repartição desigual produzida pelo processo social e histórico, que estratifica as pessoas e os grupos sociais (2). As desigualdades se sobrepõem, de maneira que as populações mais vulnerabilizadas são as que mais sofrem.

O terceiro e último argumento reconhece a saúde como um direito e a importância do papel do Estado na produção de políticas que promovam condições equânimes de acesso aos serviços (3). Os sistemas de saúde podem colaborar para a redução das desigualdades, ou não, a depender de sua estrutura.

OBJETIVO

Analisar as expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina nos últimos 10 anos, destacando suas principais dimensões e características.

Os objetivos específicos foram: 1) Mapear quais dimensões das desigualdades influenciam o acesso aos serviços de saúde; 2) Identificar quais barreiras de acesso são mais frequentes; e 3) Compreender quais fatores parecem determinar tais desigualdades.

1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. E-mail: thatadso@gmail.com

METODOLOGIA

A pesquisa desenvolveu-se por meio da revisão de escopo (4), método recomendado por sua capacidade de responder a uma pergunta exploratória e ampla, fornecendo um adequado mapeamento da literatura sobre o tema.

Seguiu as etapas previstas no Scoping Reviews [PRISMA-ScR] (5): 1. Definição da questão de pesquisa; 2. Definição dos critérios de elegibilidade; 2. Mapeamento das fontes de informação; 3. Apresentação da estratégia de busca; 4. Descrição do processo de seleção das fontes de evidência; 5. Exposição gráfica da aplicação do método para seleção dos manuscritos; 6. Análise e síntese dos resultados.

Os critérios de inclusão foram: artigos que abordam desigualdades em saúde, iniquidades em saúde e acesso aos serviços de saúde; nos 20 países da América Latina; no período de 2012 a 2022; publicados em português, espanhol e inglês. Utilizou-se como fontes, as bases Lilacs, Medline, SciELO e Web of Science.

A análise descritiva considerou o país de publicação, autores, ano do estudo, tipo de estudo e principais resultados. Na última etapa, os resultados foram classificados em cinco dimensões que caracterizam as expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

RESULTADOS

Foram obtidos 2.117 registros e 691 foram retirados por duplicidade automaticamente. Das exclusões: 1.027 registros após leitura dos títulos, 108 após leitura dos resumos e 19 após leitura de seus textos, restando o produto final de 272 registros.

A análise da distribuição temporal [2012 a 2022] mostra uma média estável no período. A maioria dos artigos [48,52%] foi publicada no idioma inglês, seguido por 31,98% em português e 19,48% em espanhol.

A análise da frequência por dimensões das desigualdades revelou majoritariamente as desigualdades socioeconômicas no acesso aos serviços de saúde [42,6%]; seguida pelas desigualdades geoespaciais [27,6%]; em terceiro lugar, as desigualdades étnico/raciais [15,1%]; depois, a desigualdade de gênero [11,7%]; e, por fim, a desigualdade enfrentada pelas pessoas com deficiência [3,0%].

Em escala decrescente, as barreiras mais frequentes foram: socioeconômica/capacidade de pagamento em maior número [34,8%]; seguida pela geográfica ou dificuldade de transporte [23,6%]; disponibilidade, funcional ou organizativa [23,1%]; cultural/étnica [13,5%]; aceitabilidade/comunicação [3,3%]; e arquitetônica (1,8%).

Considerando todas as dimensões das desigualdades, os principais fatores relacionados à sua ocorrência foram: renda [44%], expressando o peso das desigualdades socioeconômicas para o acesso aos serviços de saúde; escolaridade [35%], associada à desigual distribuição de renda, fator

importante para compreender os limites da mobilidade social; transporte [13,7%], evidenciando o peso da desigual distribuição dos serviços no território, bem como da insuficiente adaptação às necessidades das pessoas com deficiência; e condições de moradia [7,4%], associadas às desigualdades socioeconômicas, como componente estrutural importante.

CONCLUSÕES

A desigualdade socioeconômica se destaca como determinante estrutural do acesso aos serviços de saúde na AL, presente em todas as dimensões estudadas. As desigualdades se expressam através da combinação de barreiras e fatores que conformam desiguais possibilidades de acessar os serviços de saúde. As barreiras de acesso são reflexo das diferentes dimensões das desigualdades.

Esse achado é coerente com o contexto latino-americano, reforçando a importância da defesa da saúde como direito e da implementação de políticas abrangentes e intersetoriais. Estimular a participação social é fundamental para a consolidação da base social necessária ao fortalecimento de sistemas de proteção social e saúde universais. Trata-se de um compromisso ético-político para reduzir as desigualdades em todas as suas dimensões.

Os resultados completos foram publicados em Oliveira e Pereira (6).

REFERÊNCIAS

- (1) Breihl J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Salud Colectiva*. 2010;6(1):83-101 [citado 2025 jul 10]. Disponível em: <https://www.saludcolectiva.org/index.php/SaludColectiva/article/view/169>
- (2) Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
- (3) Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev Bras Epidemiol*. 2000;3(1-3):4-20 [citado 2025 jul 10]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/MkbmFmv3qzTMDzkRg5pwTQr/>
- (4) Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020). *JBIManual for Evidence Synthesis*, JBI [Internet]. 2020 [citado 2025 maio 12]. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>
- (5) Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 [citado 2025 maio 11]; 372:n71. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- (6) Oliveira TS, Pereira AMM. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024;29(7):e04932024 [citado 2025 jul 10]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HVvtXK6DbMJkpTR6J9m6gFM/>

FÁRMACOS E SEUS EFEITOS (IN)DOMÁVEIS: NOTAS PARA UMA GENEALOGIA SOBRE (DES)ESTABILIZAÇÕES DO ESTATUTO DOS ANTIPSICÓTICOS

Luis Phillipe Nagem Lopes¹

INTRODUÇÃO

A Clozapina na década de 1958 inaugurou a história dos antipsicóticos de segunda geração (1). Desenvolvida a partir da estrutura do antidepressivo imipramina, a clozapina prometia ser um fármaco com menos efeitos adversos e maior eficácia em relação aos antipsicóticos de primeira geração, sobretudo para pacientes com esquizofrenia refratária (1). O interesse mercadológico por essa molécula angariava em 1970, uma patente de US\$ 3.539.573 (2).

Em 1958, os testes em animais pareciam surpreendentes, e sob esses moldes a clozapina mostrava superioridade de eficácia em relação aos demais antipsicóticos (1). Essas evidências em modelos animais pareciam ser a prova fulcral de que a clozapina deveria seguir nos ensaios clínicos randomizados e, posteriormente, adentrar o mercado (2). Todavia, como veremos ao longo de sua história, a clozapina é um exemplo interessante para pensarmos os medicamentos como “arrombadores biológicos” dos quais os aparatos científicos tentam estabilizar, nem sempre com sucesso (3). Minha argumentação central é de que os atributos dos medicamentos, usualmente considerados farmacológicos, como segurança e eficácia, são embebidos de disputas sociais, políticas e médicas em torno do estatuto de medicamento dado a uma molécula (4).

OBJETIVO

Investigar os processos de des(estabilização) do estatuto dos medicamentos como produtos médicos seguros e eficazes, a partir da história da clozapina.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo socioantropológico com abordagem etnográfica que procura seguir os fatos científicos e as mobilizações humanas e não humanas em torno da construção do estatuto dos medicamentos (4). Fatalmente, um diálogo entre os estudos sociais da ciência e a antropologia a partir dos medicamentos.

Para isso, traço uma genealogia baseada nos escritos de Michael Foucault (2021) rumo à desestabilização de discursos hegemônicos em torno dos ensaios clínicos randomizados, “padrão ouro” na ciência biomédica (5). Utilizo fontes e registros documentais diversos, como artigos científicos,

¹ Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: luis.pharma20161@gmail.com

relatórios públicos e publicações jornalísticas para o delineamento do jogo de forças e tensões que tornaram a clozapina um medicamento seguro no tratamento da esquizofrenia e, conseqüentemente, lucrativo no mercado farmacêutico. Meu foco se concentra nas diversas constelações que fazem um medicamento funcionar e, conseqüentemente, adentrar o mercado farmacêutico.

RESULTADOS

A narrativa triunfalista sobre a clozapina gerou lucros significativos para a indústria farmacêutica, resultando em um retorno de US\$ 200 milhões após seu lançamento na Europa. Inicialmente desenvolvida pela Wander AG, a clozapina teve sua patente adquirida pela Sandoz Ltd em 1967, o que permitiu à nova proprietária acelerar os ensaios clínicos e expandir sua pesquisa.

Os primeiros testes, realizados em prisões com voluntários saudáveis, revelaram efeitos adversos cardiovasculares. Paralelamente, clínicas receberam amostras gratuitas de clozapina para a condução de estudos em ambientes não controlados. No entanto, em 1975, cientistas finlandeses relataram casos graves de agranulocitose, resultando na morte de nove pacientes, levando à suspensão da clozapina em muitos países. Apesar disso, diversas iniciativas surgiram com o fim de expandir o uso da clozapina para outras condições, sempre enfatizando a importância de protocolos de monitoramento. Ademais, diversos consensos médicos foram elaborados para que a clozapina fosse utilizada, sob monitoramento de parâmetros sanguíneos.

Em 1983, a Sandoz tentou a reaprovação da clozapina, período nomeado de “renascimento da clozapina”, mas o *Food and Drug Administration* recusou devido à insuficiência de ensaios clínicos. Para superar esse desafio, a agência colaborou com a empresa na realização do ensaio clínico #30, iniciado em 1984 nos EUA, conduzido principalmente no Hillside Hospital. O estudo não apenas analisou a eficácia da clozapina, mas também estabeleceu um modelo intensivo de monitoramento, viabilizando seu registro sanitário nos EUA em 1990. O custo do tratamento alcançou US\$ 172 por semana, totalizando cerca de US\$ 8.900 anuais por paciente, consolidando a clozapina como um medicamento altamente lucrativo.

CONSIDERAÇÕES

Os dados descritos sinalizam as negociações e disputas em torno do reconhecimento de uma molécula como medicamento (4). Ao mobilizar uma densa rede de pesquisadores, médicos, instituições penitenciárias e interesses econômicos, a clozapina obteve o registro sanitário e conseqüente autorização para comercialização.

Esse processo não ocorreu sem desafios. A partir de um “evento crítico” – as mortes por agranulocitose associadas ao uso da clozapina –, novas dinâmicas estratégias comerciais foram adotadas para viabilizar sua permanência no mercado. Como aponta Philippe Pignarré (1999) (3), os medicamentos são coisas das quais não controlamos, verdadeiros “arrombadores biológicos”, e os processos de experimentação farmacêutica visam estabilizar essas forças (in)domáveis para produzir

uma molécula eficaz e segura. Esse jogo de forças mostra que os medicamentos são fatos farmacológicos, bem como sociais.

REFERÊNCIAS

- (1) Weston-Green K. Antipsychotic drug development: from historical evidence to fresh perspectives [Internet]. Front Psychiatry. 2022 jun 16 [citado 2025 fev 5];13:903156. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2022.903156/full>
- (2) Wenthur CJ, Lindsley CW. Classics in chemical neuroscience: clozapine. ACS Chem Neurosci. 2013 jul 17;4(7):1018-25.
- (3) Pignarre P. O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo: Ed. 34; 1999.
- (4) Castro R. O estatuto do medicamento e o medicamento como estatuto: notas a partir de uma etnografia da regulamentação sanitária [Internet]. Anais da ReACT – Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia. 2015 maio 12 [citado 2025 mar 24];2(2). Disponível em: <https://ocs.ige.unicamp.br/ojs/react/article/view/1369>
- (5) Foucault M. Microfísica do poder. São Paulo: Paz e Terra; 2020.

FONTES DE RECURSOS PARA A SAÚDE PÚBLICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UM RECORTE PARA O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Lorena Evangelista Santos¹

Francis Sodré

INTRODUÇÃO

Considerando a pandemia de Covid-19 um agravamento em saúde de caráter político, econômico e social que requisitou medidas estruturais para seu enfrentamento, entre as quais, recursos públicos, é necessário contextualizar o cenário brasileiro desse dado momento.

Desde sua implantação, o Sistema Único de Saúde – SUS travou um embate na busca pelo financiamento, diversas foram as medidas neoliberais contra o SUS público, estatal e universal, como a entrada do setor privado, medidas provisórias e embates sobre percentuais mínimos. Mais recentes, destaca-se a promulgação da Emenda Constitucional 95 que congelou por 20 anos as despesas federais, acarretando em desfinanciamento das políticas públicas (1).

Assim sendo, é nesse cenário que o quadro pandêmico se inseriu no Brasil. Com isso, dada a cronicidade de recursos, foi aprovado o “Orçamento de Guerra”, com intervenções pontuais, principalmente durante 2020 e 2021(2). Para tanto, diante da morosidade no repasse federal, estados e municípios precisaram implantar recursos próprios.

Logo, os dados aqui apresentados são parte da coleta de dados de uma dissertação de mestrado defendida em 2023 que analisou os gastos públicos em saúde durante a pandemia de Covid-19 no estado do Espírito Santo de fevereiro/2020 a fevereiro/2021.

OBJETIVO

Identificar a origem dos recursos direcionados para a saúde pública durante a pandemia de Covid-19 no estado do Espírito Santo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Questões investigadas pela ciência estão relacionadas a interesses e circunstâncias do real, portanto a produção de estudos com a temática “Covid-19” associada a “recursos” são relevantes para o campo da saúde coletiva (3). O estudo buscou identificar as fontes de recursos empregados pela gestão estadual de saúde do Espírito Santo no período de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021.

No portal da transparência do Espírito Santo foi selecionada a opção “recursos exclusivos

1 Assistente social. Discente de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: lorsantos@hotmail.com.

para Covid-19 em saúde”. Realizada uma coleta minuciosa com Órgão pagador, empresa/instituição beneficiada, item adquirido, valor pago, tipo de assistência, categoria, tipo de aplicação e fonte de pagamento. Os dados aqui referem ao último tópico.

Ao obter o valor aplicado foi obtida informação de fonte pagadora. Ao final foram somados todos os recursos e associado a fonte pagadora para obtenção do percentual. Os dados foram associados a produção teórica sobre a temática e legislações vigente.

RESULTADOS

Diante do quadro sanitário foi necessário remanejamento e criação de recursos pelos entes federados para ações e serviços de saúde (4). Além dos créditos extraordinários que representaram novos recursos foi decretado pelo governo federal a suspensão temporária da lei de responsabilidade fiscal em 2020 (2).

A omissão do governo federal requisitou posicionamento estratégico dos estados para organização dos serviços e ações de saúde (1). Além disso houve morosidade no repasse federal aos federados (4). Estados e municípios tiveram diferentes estratégias.

No estado do Espírito Santo foram identificados no período aqui analisado o gasto de aproximadamente setecentos milhões exclusivos para covid-19 em saúde pela gestão estadual com diversas origens, a saber: 1) Ações e Serviços de Saúde (32,1%); 2) Bloco de Custeio Federal (26,09%); Programa Federativo de Enfrentamento ao Covid-19 vinculado às Ações de Saúde e Assistência Social (22,86%); Superávit Financeiro (12,45%); Decisões Judiciais/ Covid-19 (3,31%); Recursos Ordinários (1,08%); Superávit financeiro de Emendas Parlamentares de Bancada Federal (1%); Royalties (0,52%); Outras (0,30%) e Doações (0,29%).

Os dados revelam as diferentes origens dos recursos e corroborando com alguns estudos (1,2,4) mostram que foi necessário captar diferentes fontes de recursos, além disso, estados e municípios acabam financiando maior parte das ações (no caso do ES o percentual de Ações e Serviços de Saúde apresentam tendência estadual), revelam ainda as diferentes fontes advindas do governo federal (bloco de financiamento, programa...).

CONSIDERAÇÕES

O financiamento do SUS continua sendo um grande desafio. Embora tenha ocorrido abertura de recursos para enfrentar o quadro sanitário nos anos de 2020 e 2021, o retrocesso no campo social relacionado ao financiamento perdura. A emenda constitucional 95 continua vigente, assim como todo jogo político que atravessa a garantia de recursos. O cenário ainda é de desfinanciamento das políticas públicas.

Os estudos ainda apontam para a necessidade de rompimento do discurso de austeridade e superação do regime fiscal vigente. Os dados aqui apresentados reforçam a necessidade de revisão dos moldes de recursos, visto que a sustentação do SUS fica submetida a medidas provisórias incertas dada a diversidade de fontes.

REFERÊNCIAS

- (1) Marques MR, Ferreira MRJ. O financiamento do SUS no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Rev Econ Polít. 2023;43(2):465-79 [citado 2025 jul 10]. Disponível em: <https://centrodeeconomiapolitica.org.br/repojs/index.php/journal/article/view/2741>
- (2) Chioro A, et al. Financiamento do SUS e garantia de direitos [livro eletrônico]: orientação técnica e produção de dados na garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2021 citado 2025 jul 10]. Disponível em: https://www.unifesp.br/reitoria/proex/images/livros/Financiamento_do_SUS_e_garantia_de_direitos.pdf
- (3) Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.
- (4) Servo L, et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. Saúde debate. 2020;44(4):114-29 [citado 2025 jul 10]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Bmdd6ZB63QwHF8pPd8DQZsP/>

FORTALECIENDO LA PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA: LA EXPERIENCIA DE LOS ESTUDIOS PATHFINDER EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE*

Larissa Pruner Marques¹

Sara de Souza Oliveira

Daniel Cardoso Portela Câmara

Flávia Thedim Costa Bueno

Juan Pablo Botache Rojas

Katia López, Hospital Escuela

Tania De La Cruz-Saldaña

Luis Felipe Arias Soto

Laís Martins Costa Araujo

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

Emergencias en salud pública como la COVID-19 evidenciaron la necesidad de adaptarse, mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y generar evidencia de calidad para disminuir el impacto sobre la morbilidad y mortalidad. Contar con plataformas que faciliten la investigación y colaboración científica son claves para enfrentar estos retos (1).

En respuesta, The Global Health Network Latinoamérica y el Caribe [TGHN LAC] ha implementado los estudios Pathfinder, desarrollado en cooperación con instituciones de LAC, África y Asia. Esta metodología adaptativa tiene elementos que la hacen útil en entornos desafiantes. Permite registrar los procesos, mejorar los flujos de trabajo e identificar cuellos de botella en un estudio anfitrión, finalmente mejorando la toma de decisiones y calidad de los estudios. Permite documentar y sistematizar lecciones aprendidas que informen futuros estudios en diferentes contextos. Fomenta la colaboración y el involucramiento, incluyendo a los actores clave y facilitando redes de colaboración para intercambio de datos. Finalmente, promueve capacidades dentro de los equipos generando herramientas publicadas en la plataforma para acceso abierto (2).

Los *Pathfinder* son una estrategia novedosa de cooperación, desarrollo de capacidades y optimización de la generación de evidencia de potencial utilidad en entornos desafiantes o en estados de emergencia.

OBJETIVO

Documentar las experiencias de los estudios Pathfinder desarrollados en Brasil, Colombia, Honduras, Perú y República Dominicana, ilustrando su papel en el fortalecimiento de la cooperación

1 Fundación Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: larissa.pruner@fiocruz.br

*Financiado por el Wellcome Trust (Grant 226688/Z/22/Z).

internacional entre países del sur global, democratizando el acceso a la información, asegurando que los desafíos y lecciones aprendidas de la investigación en salud sean compartidos y aplicados por otros equipos para acelerar acciones y procesos frente a las amenazas globales.

METODOLOGÍA

En la región LAC, se han realizado estudios Pathfinder desde 2023, utilizando y generando herramientas de acceso abierto como Términos de Referencia, Protocolo y Herramienta para el mapeo de estudios anfitriones. Actualmente, hay estudios Pathfinder en distintos estados de desarrollo en Brasil, con el sistema de vigilancia y alerta, InfoGripe e InfoDengue; en Colombia, con One Amazon [Caqueta Node]; en Honduras, sobre Zika in Pregnancy [ZIPH-Track]; en Perú, con el ensayo clínico de oxfendazol para cisticercosis [OXF-NCC trial]; y en República Dominicana, sobre Tratamiento Observado para Tuberculosis [Proyecto eDOT] (3)

Como parte de las actividades de construcción de capacidades en investigación, se realizan las Clínicas Pathfinder, una serie de reuniones virtuales entre los países con proyectos Pathfinder. Las primeras sesiones se concentraron en la capacitación de los equipos sobre la metodología, y posteriormente en la presentación del progreso de los Pathfinders de cada país. En cada encuentro se fomenta la discusión sobre perfeccionamientos de la metodología, las barreras, los facilitadores y las estrategias de mejora de la investigación de los estudios anfitriones (4).

RESULTADOS

Pathfinder se aplicó en estudios con contextos y perfiles diversos, permitiendo identificar retos y soluciones a través del mapeo. En Brasil, se generaron recursos accesibles al público, como seminarios web, paneles de seguimiento de datos y directrices para replicar las experiencias. Además, se propuso un prototipo de inteligencia artificial para el monitoreo de gripe y dengue. En Colombia, los hallazgos del Pathfinder son relevantes por el mapeo de estrategias de participación comunitaria en el contexto rural del piedemonte andino-amazónico para futuras investigaciones en salud comunitaria y rural desde un enfoque de investigación acción participativa y apropiación social del conocimiento. En Honduras, permitió mapear procesos clave del estudio ZIPH, destacando fortalezas en gestión de datos, coordinación interinstitucional y fortalecimiento de capacidades. Se identificaron estrategias para optimizar el flujo de información, mejorar el uso de herramientas digitales y fortalecer la sostenibilidad de estudios en enfermedades infecciosas y emergentes.

En Perú, el Pathfinder se desarrollará en paralelo al estudio anfitrión permitiendo mostrar la versatilidad de esta metodología y sus herramientas. Se registrarán en tiempo real los procesos de un estudio típicamente conocido, ensayo clínico, pero pocas veces documentado desde esta perspectiva. Se mapearán las fases iniciales del ensayo visibilizando barreras, se compartirán lecciones aprendidas y estrategias de mejora. En República Dominicana, el Pathfinder del

proyecto eDOT resaltó la importancia del involucramiento de actores de interés en el desarrollo de una aplicación móvil para pacientes con tuberculosis. El énfasis en los datos cualitativos en este Pathfinder puso a prueba la flexibilidad de esta metodología.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

Los estudios Pathfinder son una oportunidad de fortalecimiento de proyectos anfitriones y sus equipos, fruto de una estrategia de cooperación internacional que promueve la democratización del acceso a la información sanitaria. Este enfoque permite el intercambio de experiencias y la construcción de procesos adaptables a otros estudios, esenciales para prepararse y responder a emergencias globales como epidemias y pandemias. Al mapear los retos, las brechas y las soluciones, los Pathfinders contribuyen para la evaluación de procesos, además de poder funcionar como herramienta para acelerar la investigación y a mejorar las estrategias clínicas y epidemiológicas, favoreciendo la mitigación de riesgos y promoviendo respuestas más eficaces y equitativas. Esta perspectiva de colaboración refleja el potencial transformador de la ciencia en red, reforzando la capacidad colectiva de adaptación e innovación en favor de la salud colectiva mundial.

REFERENCIAS

- (1) Gamba MR, LeBlanc TT, Vazquez D, Santos EP, Franco OH. Capacidad de preparación y respuesta de América Latina y el Caribe frente a emergencias sanitarias. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e99. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.99>
- (2) The Global Health Network. Global Health Data Science Hub: Pathfinder Studies [Internet]. 2024 [citado 2025 feb 10]. Disponible en: <https://globalhealthdatascience.tghn.org/pathfinder-projects/about-pathfinder-studies/>
- (3) The Global Health Network Latin America and the Caribbean. Proyectos Pathfinder [Internet]. 2025 [citado 2025 feb 10]. Disponible en: <https://lac.tghn.org/proyectos-pathfinder/>
- (4) The Global Health Network Latin America and the Caribbean. Pathfinder Clínica de Datos [Internet]. 2025 [citado 2025 feb 10]. Disponible en: <https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/clinica-de-datos-es/pathfinder/>

FUNEAS E O SUS NO PARANÁ: A LUTA SINDICAL CONTRA A TERCEIRIZAÇÃO

Priscila dos Santos Brasil¹

INTRODUÇÃO

A Fundação Estatal de Atenção à Saúde do Paraná (FUNEAS), criada em 2016, é um modelo de gestão adotado pelo governo estadual do Paraná com o objetivo de otimizar a administração dos serviços de saúde pública. A FUNEAS tem assumido a gestão da saúde Estadual com a promessa de aumentar a eficiência e reduzir custos. No entanto, sua implementação gerou debates intensos entre trabalhadores da saúde e o sindicato. A principal crítica é que a fundação representa uma ameaça à qualidade dos serviços de saúde e aos direitos trabalhistas, especialmente devido à falta de concursos públicos.

Além disso, a falta de transparência na gestão dos recursos públicos e o risco de privatização dos serviços são preocupações recorrentes. Este estudo busca analisar a atuação da FUNEAS sob uma perspectiva crítica, com foco nos impactos para os trabalhadores e para o Sistema Único de Saúde (SUS), discutindo as implicações desse modelo de gestão para a qualidade do atendimento à população e as condições de trabalho dos profissionais da saúde no Paraná.

OBJETIVO

Este artigo analisa o desenvolvimento da FUNEAS desde sua criação em 2016 e suas implicações para a saúde pública no Paraná. A partir de uma perspectiva crítica e sindical, discute o impacto da fundação na gestão dos serviços, na qualidade do atendimento e nas condições de trabalho. O estudo aborda desafios como a precarização das relações trabalhistas, a falta de transparência na administração dos recursos e o avanço da terceirização, que ameaça a consolidação do SUS como um direito universal, remetendo a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um direito universal.

METODOLOGIA

Este artigo foi desenvolvido por meio de uma análise empírica baseada em visitas sindicais a locais de trabalho, permitindo a observação direta das condições laborais, das demandas dos trabalhadores e das dinâmicas institucionais.

A pesquisa adotará uma abordagem qualitativa, considerando relatos de trabalhadores, anotações de campo e registros sindicais como fontes primárias de dados, assim irá contextualizar os

1 Filiação institucional: Sindicato dos Trabalhadores e Servidores Públicos Estaduais dos Serviços de Saúde e Previdência do Paraná (SindSaúde/PR). E-mail: pri.santosbrasil@gmail.com

achados empíricos e estabelecer um diálogo com pesquisas e teorias já consolidadas. A combinação dessas estratégias permitirá uma compreensão aprofundada das condições de trabalho analisadas, contribuindo para um debate fundamentado sobre os desafios enfrentados pela categoria profissional em questão.

RESULTADOS

A Fundação Estatal de Atenção à Saúde do Paraná (FUNEAS) pelo governo estadual para aprimorar a gestão dos serviços de saúde pública. Como entidade de direito público, possui autonomia administrativa e financeira, sendo responsável pela administração de diversas unidades de saúde no estado. Desde sua criação, a FUNEAS expandiu sua atuação, assumindo a gestão de hospitais regionais, unidades de pronto atendimento, o centro de produção e pesquisa de imunobiológicos e a escola de saúde pública. No entanto, sua implementação deixou evidente que não alcançou as metas indicadas e ainda piorou a qualidade dos serviços já prestados à população, se fazendo necessário diversas denúncias às entidades competentes ao longo dos anos.

A proposta inicial da FUNEAS era tornar a administração hospitalar mais eficiente e reduzir custos. Porém, sua atuação tem sido marcada por controvérsias, como a contratação de profissionais sem concurso público, a flexibilização das relações de trabalho e a falta de transparência na alocação de recursos, infelizmente é comum nas unidades faltar insumos básicos e produtos de limpeza. Para o SindSaúde/PR, a fundação representa a precarização do trabalho e ameaça o modelo tradicional de gestão pública direta do Sistema Único de Saúde (SUS), preconizado na Lei nº 8080/90.

Desde sua criação, a FUNEAS tem substituído servidores concursados por contratados com vínculos mais frágeis, além de ter um déficit de 3500 profissionais. Assim fica claro que esse modelo reduz direitos conquistados pelos trabalhadores da saúde e dificulta a mobilização sindical. Segundo Antunes (1), a flexibilização do trabalho intensifica a exploração da força de trabalho.

A gestão da saúde por fundações também levanta dúvidas sobre a transparência na administração dos recursos públicos. Embora vinculada ao governo, a FUNEAS opera com regras diferenciadas da administração direta, dificultando a fiscalização por órgãos de controle e pela sociedade. Estudos de Menicucci (2) indicam que esse modelo permite maior flexibilização orçamentária e menor responsabilidade na prestação de contas.

Outro ponto crítico é que a expansão da FUNEAS fortalece um modelo de gestão que se afasta do princípio da saúde como um direito universal. A administração de unidades de saúde por fundações pode abrir caminho para concessões a entidades privadas. Conforme Pochmann (3), a terceirização no setor público compromete a qualidade dos serviços e fragiliza a segurança dos trabalhadores.

CONCLUSÕES

Sob a perspectiva sindical, a criação e a expansão da FUNEAS representa uma estratégia de gestão que compromete a qualidade da saúde pública no Paraná, ao mesmo tempo em que precariza o trabalho dos profissionais. A substituição de servidores concursados por trabalhadores contratados em regimes mais frágeis reduz direitos conquistados e aumenta os casos de assédio laboral, enfraquece a mobilização sindical e impacta a qualidade dos serviços prestados à população, uma vez que as condições de trabalho estão diretamente ligadas à qualidade do atendimento. O SindSaúde/PR critica esse processo, destacando a substituição de servidores concursados por profissionais contratados sob regimes precários e cargos de confiança. (4).

Além disso, a falta de transparência na administração dos recursos públicos é uma preocupação constante. O Conselho Estadual de Saúde (CES) reprovou as contas da FUNEAS após voto do SindSaúde/PR, destacando a necessidade de maior controle sobre a gestão financeira da fundação (5). A aproximação da FUNEAS com a lógica privatizante ameaça os princípios do SUS. A adoção de contratação via consórcios e cooperativas, junto com a atuação da fundação, reforça a saúde como mercadoria (6).

A luta sindical deve se pautar pela defesa de um SUS fortalecido, com gestão pública direta, concursos públicos e condições dignas de trabalho para os profissionais da saúde. Somente assim será possível garantir um atendimento universal, gratuito e de qualidade, no momento o Estado do Paraná está refém da rede privada, não conseguindo garantir diversos atendimentos, uma vez que não têm rede própria qualificada para atender a população e a rede credenciada se nega a ofertar determinados serviços.

REFERÊNCIAS

- (1) Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo; 2005.
- (2) Menicucci T. Público e privado na política de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
- (3) Pochmann M. Estado e políticas públicas no Brasil. São Paulo: Cortez; 2018.
- (4) Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde Pública no Estado do Paraná (SindSaúde/PR). Concurso deveria ser a prioridade da SESA [Internet]. [citado 2025 mar 24]. Disponível em: <https://sindsaudepr.org.br/Default/Noticia/24191/concurso-deveria-ser-a-prioridade-da-sesa>
- (5) Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde Pública no Estado do Paraná (SindSaúde/PR). Conselho Estadual de Saúde reprovou contas da FUNEAS após voto do SindSaúde/PR [Internet]. [citado 2025 mar 24]. Disponível em: <https://sindsaudepr.org.br/Default/Noticia/24152/conselho-estadual-de-saude-reprova-contas-da-funeas-apos-voto-do-sindsaudepr>
- (6) Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde Pública no Estado do Paraná (SindSaúde/PR). PSS da SESA reforça precarização da saúde no Paraná [Internet]. [citado 2025 mar 24]. Disponível em: <https://sindsaudepr.org.br/Default/Noticia/24099/pss-da-sesa-reforca-precarizacao-da-saude-no-parana>

GESTÃO DO TRABALHO NOS HOSPITAIS ESTADUAIS GERIDOS POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO

Lorena Estevam Martins Fernandes¹

Fabiana Turino

Gabriella Barreto Soares

Gabriella Bigossi de Castro

Francis Sodré

INTRODUÇÃO

Na década de 1990, com a Reforma do Estado brasileiro, houve uma reconfiguração do modelo de gestão pública, orientada pela lógica gerencial que buscava romper com o modelo burocrático tradicional. No bojo do Sistema Único de Saúde (SUS), a transformação deu margem aos novos arranjos institucionais, como as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), com o objetivo de ampliar a eficiência administrativa e fomentar a participação da sociedade civil organizada na gestão dos serviços públicos (1).

A descentralização e a flexibilização das relações entre o Estado e o setor privado contribuíram para a contratação de Organizações Sociais de Saúde (OSS) para a gestão de serviços públicos, especialmente hospitalares (2). Sob o discurso da modernização e da eficiência (1), o Estado passou a transferir parte de sua responsabilidade na oferta de bens e serviços públicos a essas entidades não-estatais, limitando sua atuação direta aos serviços indelegáveis. Entretanto, tal movimento configurou, em muitos casos, uma desresponsabilização estatal e um desmonte gradual da proteção social (3), sob a justificativa de melhor a gestão pública por meio dos modelos privatizados.

Um dos principais papéis da OSS é a contratação de pessoal(1), justificada pela existência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que impõe limites aos gastos públicos com pessoal.

OBJETIVO

Descrever e caracterizar a política de gestão de pessoas das OSS que gerenciam hospitais públicos no estado brasileiro do Espírito Santo, verificando se as orientações e princípios referentes à gestão de pessoas para hospitais são implementadas pelas OSS.

1

Universidade Federal do Espírito Santo. CAPES/CNPQ. E-mail: lorenaestevam@gmail.com.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa e análise de entrevistas semiestruturadas realizadas com 4 gestores de recursos humanos em 3 hospitais geridos por OSS, entre 2015-2016.

A escolha dos gestores de RH justificou-se por sua posição estratégica dentro das instituições. Esses profissionais são responsáveis por monitorar e avaliar a implementação das políticas de gestão do trabalho, bem como por monitorar as avaliações dessas políticas nos trabalhadores.

Os hospitais foram escolhidos devido à sua relevância enquanto instituições complexas e heterogêneas, que concentram altos investimentos públicos e desempenham papel crítico na prestação de serviços do SUS.

O roteiro das entrevistas foi estruturado por temas, para facilitar a abordagem e a fluidez com os entrevistados, permitindo explorar em profundidade as experiências e percepções dos gestores sobre as práticas de gestão de pessoas em hospitais terceirizados.

Na análise, o texto foi reorganizado por pressupostos surgidos durante o processo de exame dos dados, seguidas de formulação de hipóteses explicativas do problema sobre a política ou práticas de gestão do trabalho adotadas pela OSS.

RESULTADOS

O estudo evidencia uma identidade empresarial nas OSS, com gestores se referindo às instituições como “empresas” e sem menções feitas ao SUS ou ao interesse público. Os processos de recrutamento e admissão são feitos diretamente pela OSS, com relatos de contratações baseadas em camada pessoal, ferindo o princípio da impessoalidade. A terceirização é expressiva (28% dos trabalhadores), abrangendo diversos serviços, com contratações via pessoa jurídica ou cooperativas.

Embora a justificativa da gestão via OSS seja a melhoria da qualidade e desempenho, apenas a “satisfação do cliente” é realmente priorizada, vinculada à captação de recursos. Não há monitoramento eficaz de indicadores de RH pela gestão pública, e poucos dados são usados internamente, como rotatividade, tempo de contratação e retenção. A valorização dos trabalhadores é pontual e limitada por orçamento. A Educação Permanente em Saúde é restritiva (4), pois foca em treinamentos técnicos básicos, e as ações em Saúde e Segurança do Trabalho se restringem ao acompanhamento de exames, atestados e remanejamentos. A promoção da saúde e da qualidade de vida no trabalho não são prioridade.

Os enfrentamentos cotidianos dos trabalhadores diante das condições inadequadas de trabalho apontam a necessidade de iniciativa institucional, não apenas conhecer fatores técnico-organizacionais do ambiente e da segurança no trabalho nas unidades de saúde, mas amenizar constrangimentos e pressões, considerados fatores de insatisfação e sofrimento no trabalho. Logo, promover e manter a saúde do trabalhador não depende apenas de estrutura de trabalho e de formação profissional

adequadas, mas de decisões concretas advindas da gestão do serviço que priorizem condições dignas de trabalho e valorização do trabalhador.

CONCLUSÕES

O estudo analisou a gestão de pessoas em hospitais públicos do Espírito Santo administrados por OSS, revelando práticas semelhantes às da iniciativa privada e distantes das diretrizes do SUS. Observa-se ausência de pactuação de metas e de políticas específicas de RH, além de precarização nas relações de trabalho (3), como baixas situações de instabilidade, alta rotatividade e adoecimento psíquico. Profissionais são contratados fora das normas do serviço público (5,6), exercem funções do SUS, mas não têm os mesmos direitos. Conclui-se que, apesar dos recursos repassados, as OSS negligenciaram orientações do SUS(6) e a valorização dos trabalhadores, comprometendo a qualidade do cuidado. É urgente reverter esse modelo de gestão que precariza o trabalho para fortalecer o SUS e considerar seus trabalhadores como eixo central do sistema.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. A reforma administrativa do sistema de saúde. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; 1998.
- (2) Organização Pan-Americana da Saúde. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS/OMS; 2004.
- (3) Antunes R. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? In: Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho; 2008; São Paulo: Fundacentro; 2008.
- (4) Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41–65.
- (5) Carpes CL. A contratação de pessoas físicas como pessoas jurídicas em fraude ao direito do trabalho: o fenômeno da pejetização [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2011.
- (6) Brasil. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde; 2005.

HETEROGENEIDADE NAS REMUNERAÇÕES DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: ANÁLISE DAS DISPARIDADES ENTRE AS REGIÕES DO BRASIL

Mônica de Carvalho Muniz Chao¹

Ligia Bahia

Cassiano Medeiros

Vitor Gomes de Matos Gomes

Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

INTRODUÇÃO

O crescimento da força de trabalho em saúde tem se intensificado desde a década de 70 com a terceirização da atividade econômica no Estado (1). As formas de ingresso no serviço público podem se dar através do regime regidos por estatutos de funcionários públicos, os “estatutários”, bem como através de contratos sob as normas das consolidações das leis de trabalho, CLT, os “celetistas”. Por remuneração, compreende-se a totalidade dos ganhos do empregado, incluindo o salário, gratificações, comissões, hora extra, adicional noturno, dentre outros. Sabe-se que a remuneração dos profissionais de saúde varia significativamente entre regiões e entes federativos (2), bem como entre os diferentes regimes de contratação, podendo acarretar diferentes níveis de remuneração. Diversos autores têm pesquisado as diferenças remuneratórias entre os funcionários públicos da administração direta e celetistas (3), na qual servidores desempenham as mesmas funções, porém com formas de contratação e remunerações distintas. Diante disso, este estudo tem como foco investigar se há diferenças na remuneração da força de trabalho em saúde nas regiões do Brasil, bem como entre os servidores estatutários e celetistas.

OBJETIVO

Identificar e analisar as diferenças na remuneração da força de trabalho em saúde, com foco nos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, entre as regiões do Brasil e entre os diferentes vínculos de contratação no serviço público de saúde, incluindo o Regime Jurídico Único (RJU) e a Consolidação das leis de trabalho (CLT).

METODOLOGIA

Foram coletados dados de remuneração média de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, referente ao mês de setembro de 2024 com vínculos estatutários e celetistas, por meio dos portais da transparência das secretarias estaduais de saúde, utilizando a Lei de Acesso à Informação

1 Hospital da Força Aérea do Galeão (HFAG) e Centro Municipal de Saúde Raphael de Paula Souza. E-mail: chao.monica@gmail.com

(LAI). A busca foi realizada nas cinco regiões do Brasil, selecionando um estado de cada região: Acre, Goiás, Rio Grande do Norte, Santa Catarina e Espírito Santo. Para fins de análise, buscou-se o número de profissionais ativos em cada estado, em todos os níveis de atenção em saúde. Realizou-se média aritmética sobre a remuneração bruta dos profissionais levantados, desconsiderando a carga horária realizada por cada profissional.

RESULTADOS

Na região Norte, analisou-se o Acre. Identificou-se 536 médicos com vínculo estatutário com média de remuneração bruta de R\$ 25.081,25 e 439 médicos CLT com média na remuneração de R\$ 20.608,10. Em relação à enfermagem, identificou-se 714 enfermeiros estatutários com média R\$ 11.234,19 e 234 CLT com média R\$ 10.566,90. Em relação aos técnicos, 1231 estatutários com média de R\$ 5.816,01; e 712 CLT com média R\$ 5.019,81. Na região centro-oeste, analisou-se Goiás, identificando 752 médicos estatutários, com média de remuneração R\$ 11.819 e 56 CLT com média de R\$12.370; 400 enfermeiros estatutários com média de R\$ 10.109 e 180 CLT com média de R\$ 6.920,30. Já os técnicos de enfermagem, 1751 estatutários com média de R\$ 5.680 e 1100 CLT com média de R\$ 4.230,20. Na região nordeste, analisou-se Sergipe, com 300 médicos estatutários com média de remuneração R\$14.112, 722 médicos CLT com média de R\$16.849,05; 196 enfermeiros estatutários com média de R\$ 7.534,93 e 532 CLT com R\$5.540,50 enquanto técnicos representavam 842 estatutários, com média de R\$ 4.506,45, e 2.179 CLT com R\$ 4.148,31. Na região Sul, analisou-se Santa Catarina, identificando 845 médicos estatutários com remuneração de R\$27.254,36 e 1752 CLT com média de R\$18.873,01. Entre a enfermagem: 711 enfermeiros estatutários com média de R\$16.431,24 e 1.087 CLT com R\$6.194,46 de média, enquanto 2.732 técnicos estatutários com média de R\$9.754,21 e 2807 CLT com R\$4.609,30. Na região Sudeste, analisou-se Espírito Santo, com 781 médicos estatutários e média de remuneração de R\$11.875,41 e 477 CLT, com R\$9.246,47. Ainda nesse estado, 255 enfermeiros estatutários com remuneração R\$ 9.103,94; 588 CLT com R\$6.846,29; 535 técnicos estatutários com média de R\$5.878,40; e 1789 CLT com R\$4.182,54.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que a maior força de trabalho em saúde é representada pela enfermagem, corroborando com outros estudos (4). Quanto aos vínculos, as regiões Sul, Sudeste e Nordeste apresentaram maior predominância do regime CLT, enquanto nas regiões Centro-Oeste e Norte, predominou-se o estatutário. Quanto a remuneração, os estatutários apresentaram valores maiores comparados aos regidos pelo CLT. Entre os médicos, observou-se heterogeneidade salarial entre as regiões, com as maiores remunerações nas regiões Sul e Norte. A heterogeneidade na força de trabalho em saúde no Brasil, com remunerações desiguais entre regimes e regiões, é um desafio que requer políticas públicas efetivas para garantir a paridade salarial entre as regiões.

REFERÊNCIAS

- (1) Medici AC. Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70. Rev Adm Pública. 1985;19(2):31-77 [citado 2025 jul 10]. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/10289>
- (2) Lopez F, Guedes E. Três décadas de funcionalismo brasileiro (1986–2017): atlas do Estado brasileiro. Rio de Janeiro: Ipea; 2019.
- (3) Souza PH, Medeiros M. Diferencial salarial público-privado e desigualdade de renda per capita no Brasil. Estud Econ. 2013;43:5–28 [citado 2025 jul 10]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ee/a/qmj6TfHfYzthYbNyHEbjGnH/>
- (4) Vieira LJES, Silva RM, Filho CGB, Indara C, Júnior ARF, Guimarães JMX. Trabalho em enfermagem: análise da tendência dos salários no Brasil. Res Soc Dev. 2021;10(3):e13569 [citado 2025 jul 10]. doi: 10.33448/rsd-v10i3.13569. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13569>

ILEGALIDADES, SUBSEGMENTAÇÃO E DESIGUALDADES: UMA ANÁLISE DA PROPOSTA DA ANS DE “PLANOS DE SAÚDE” SEM COBERTURA

Marina de Almeida Magalhães¹

Frederico Haddad

Ligia Bahia

Lucas Salvador Andrietta

APRESENTAÇÃO

A desregulação do mercado de planos de saúde no Brasil é objeto recorrente de disputa política desde a regulação original, em 1998, com a edição da Lei de Planos de Saúde (1). Dentre as propostas recentes nesse campo, destaca-se a iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de submeter à consulta pública um projeto de “Sandbox Regulatório” para testar a viabilidade de planos ambulatoriais subsegmentados, de cobertura reduzida, restritos a consultas médicas eletivas e exames (2). A medida busca, segundo a justificativa oficial, ampliar a oferta de produtos com menor custo, capazes de atender a parcelas da população atualmente fora do mercado de planos de saúde. Diante da relevância do tema para a organização do sistema de saúde brasileiro, da complexidade normativa que envolve a regulação dos planos e dos potenciais efeitos sobre os usuários e sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), o estudo buscou analisar a proposta com base em combinação de métodos de análise documental e revisão da literatura, partindo da premissa de que a redução de cobertura de planos de saúde exige avaliação criteriosa de sua legalidade, efetividade, equidade e impactos sobre o acesso à saúde. A partir disso, buscou-se contribuir para o debate público e institucional sobre o papel da regulação no equilíbrio entre inovação, proteção ao consumidor e sustentabilidade do sistema de saúde no país.

OBJETIVO

Elaborar análise exploratória, à luz do marco regulatório da saúde suplementar e de evidências disponíveis na literatura, sobre o processo regulatório e o mérito da proposta da ANS de criação de um plano ambulatorial subsegmentado, cobrindo apenas consultas e exames, em caráter experimental. O estudo buscou elucidar os fundamentos jurídicos, as justificativas apresentadas e os possíveis desdobramentos da iniciativa sobre o setor e o acesso à saúde no Brasil.

METODOLOGIA

O estudo baseia-se em análise documental dos documentos disponibilizados pela ANS no âmbito do processo regulatório referente à proposta de criação de planos ambulatoriais restritos.

¹ Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. marialmag@gmail.com.

Os argumentos e justificativas presente nos documentos foram categorizados por meio de análise de conteúdo e examinados à luz do marco jurídico vigente. Complementarmente, foram analisadas declarações públicas de diretores da ANS em entrevistas e eventos, a partir de uma abordagem de análise de discurso, buscando compreender a construção das narrativas institucionais em torno da proposta. Por fim, os achados foram contrastados com evidências científicas disponíveis na literatura nacional e internacional sobre o funcionamento do mercado de planos de saúde, seus impactos sobre o acesso e a equidade, e o papel da regulação setorial.

RESULTADOS

A proposta analisada representa uma importante inconstitucionalidade na atuação da ANS, ao buscar afastar, por meio de procedimento administrativo pouco transparente e participativo, garantias previstas na legislação da saúde suplementar. A análise dos documentos evidencia que o modelo proposto operará a partir de um redirecionamento das funções protetivas da regulação para um regime de exceção normativa, com redução de direitos assistenciais e contratuais. A possibilidade de contratação direta, a ampliação da coparticipação e a admissibilidade da rescisão unilateral configuram um enfraquecimento das salvaguardas ao consumidor. Os argumentos que sustentam a proposta – como a suposta demanda por produtos mais baratos ou o esvaziamento do mercado de planos individuais – são tensionados por evidências de que tais dificuldades decorrem de escolhas regulatórias anteriores e da ação estratégica das operadoras (1, 3). Ademais, a delimitação da cobertura exclusivamente para consultas e exames eletivos, ainda que sob a justificativa de ampliar o acesso, representa uma mudança substancial na definição do que se entende por “plano de saúde” (4). A análise de discurso revela ainda uma tentativa de legitimar a proposta por meio de apelos à inovação e à inclusão, sem enfrentamento direto das implicações legais e assistenciais (4, 5). Estudos prévios indicam que produtos com coberturas restritas tendem a precarizar o cuidado, gerar sobrecarga ao SUS e ampliar desigualdades no acesso (1, 6). O contraste entre os objetivos declarados da proposta e seus efeitos potenciais levanta preocupações sobre sua adequação ao ordenamento jurídico e ao interesse público.

CONCLUSÕES

A proposta da ANS para criação de planos ambulatoriais restritos levanta questionamentos relevantes sobre os limites da inovação regulatória no setor da saúde suplementar. A flexibilização de garantias legais, ainda que justificada pela busca de ampliação do acesso, pode resultar na consolidação de produtos com baixa resolutividade, que fragilizam a continuidade do cuidado e ampliam a dependência do SUS para procedimentos mais complexos. A análise sugere que o modelo proposto se distancia dos princípios da integralidade e da equidade, pilares do sistema de saúde brasileiro, e tensiona o marco legal vigente. Nesse contexto, torna-se essencial que iniciativas dessa natureza sejam amplamente debatidas com a sociedade e acompanhadas de estudos técnicos que avaliem seus impactos assistenciais, jurídicos e econômicos, com vistas à proteção do interesse público e à garantia do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Travagin LB. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às organizações sociais de saúde. *Saúde Debate*. 2017;41(115):995–1006. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711501>
- (2) Moraes LL, Bahia L. Organizações sociais de saúde: interseções entre o gerencialismo, a terceira via e o terceiro setor. In: Filippon J, organizador. *Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil: perspectivas da economia política*. São Paulo: Hucitec; 2022.
- (3) Barcelos COG, et al. Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: levantamento e caracterização. *J Bras Econ Saúde*. 2022;14(Supl 1):15–30. DOI: 10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):15-30
- (4) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Relatório OSCIP e OS: perfil das organizações sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público em atividade no Brasil. Mapa das Organizações da Sociedade Civil; 2020.

IMPACTO DEL COVID-19 SOBRE LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DESDE LA VISIÓN DE LOS PRESTADORES DE SALUD EN MÉXICO 2019-2022

Irene Margarita Parada-Toro¹

Juan Filemón Maldonado-Hernández

Margarita Márquez-Serrano

INTRODUCCIÓN

A nivel global en 2020, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en mujeres en su etapa reproductiva, más de 800 mujeres y niñas mueren diariamente a causa de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, lo que se traduce en un total de 287,000 muertes maternas, el 95% se produjo en países de ingresos bajos y medios y el 8% de los partos hospitalarios presentaron complicaciones (1). En América Latina estudios señalan que para junio del 2020 en la región se produjeron más de 100 muertes maternas relacionadas al COVID-19 de un total de 2291 contagiadas con COVID-19. Para 2022 en la región de Latinoamérica demostró que a pesar de que al inicio de la pandemia los informes médicos reportaron que las mujeres embarazadas no tenían mayor riesgo de sufrir resultados adversos al COVID-19, los análisis posteriores han demostrado que las mujeres embarazadas e infectadas por el virus tenían más probabilidad de ser admitidas en cuidados intensivos que las no embarazadas (2). En México durante la pandemia del COVID-19, los sistemas de salud restringieron los recursos y servicios de salud a la prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles (ENT), lo que supuso un mayor riesgo de enfermarse por esta causa. Los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) no quedaron excluidos de esta reducción, se debilitaron los 4 pilares fundamentales de los servicios de SSR, (Disponibilidad, Recursos y Equipamiento, Demanda y Acceso a los servicios de salud), lo que trajo como consecuencia un aumento de las muertes maternas y embarazos no intencionales (3).

OBJETIVO

Presentar desde la percepción de actores políticos en salud ¿cómo afectó la pandemia al incremento de la mortalidad materna y cuál fue la respuesta del sistema de salud? Para ello se seleccionaron los estados con mayor porcentaje de muertes maternas en el 2022.

METODOLOGÍA

Estudio transversal, mediante un análisis secundario de datos de la Dirección General de la Secretaría de Salud (DGIS): Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna (4). El universo todas las muertes maternas (MM), presentadas de junio 2019 a junio 2020, unidad de análisis

1 Instituto Nacional de Salud Pública. Dirección Av. Universidad 655 Sta. María Ahucatlán Cuernavaca, Mor. México Cp. 62100. E-mail: irene.parada@insp.mx

los estados de Chiapas, Estado de México, Veracruz, Jalisco y Guerrero. Componente Cuantitativo: Se calculó la razón de mortalidad materna y porcentaje de muertes materna por COVID-19. Componente Cualitativo: Estudio de caso que utilizó la perspectiva 'Framework' (5). Así como el modelo etnográfico (6), la selección de los entrevistados se utilizó la técnica de muestreo de caso crítico (7), el número de entrevista dado por el método de saturación teórica (8), se entrevistaron a: jefes de departamento de salud reproductiva y directivos: del Instituto Nacional de Perinatología y de la Dirección General de Salud Materna y Perinatal, pertenecientes a la Secretaría de Salud. Recolección de datos construcción construyeron entrevistas semiestructuradas, Las entrevistas se realizaron vía internet con una duración de aproximadamente 45 minutos, previo a obtener el consentimiento informado por escrito.

RESULTADOS

Cuantitativos: La RMM 2019-2021 aumento de 35.5 a 59.2 respectivamente la mayor cantidad de muerte ocurrió en el grupo etario de 19 a 34 años (64.5%), el 21.5% el grupo de 25 a 29 años y 0.5% de las muertes fueron en adolescentes de 10 a 14, el % de muertes en la población femenina indígena fue 12%. Cualitativo: Los todos los actores entrevistados consideraron que el COVID-19 aumento la mortalidad materna en relación con la reconversión hospitalaria fue una estrategia nacional que dejo expuesta a la población a la población con otras comorbilidades y a la población embarazada. Hubo desconocimientos de la enfermedad e inasistencia a los controles de embarazo debido a la reconversión de los centro, ausentismo y disminución de la plantilla laboral, déficit de equipo de protección. Muchos de los entrevistados coincidieron que el apoyo recibido a nivel federal fue escaso y sin una claridad para liderar la situación. Unas de las acciones que se realizaron a nivel institucional fue difusión de flujogramas de atención. Otro de los comentarios fue que el país ni la Secretaría de salud tanto a nivel federal como estatal no estaba preparada para este tipo de evento y la participación a nivel federal fue poca para la atención de la M.M. Dentro de los cambios que les gustaría plantear fue La regionalización de los servicios de salud sobre todo en el segundo y tercer nivel, el uso de la telemedicina y la búsqueda intencionada de pacientes de alto riesgo obstétrico a través de brigadistas. Que elegirían líderes en salud materna con habilidades gerenciales y liderazgo, educación para la salud, enfocar la atención primaria a la salud y la prevención.

CONCLUSIONES

La pandemia tuvo un impacto en el aumento de las M.M La enfermedad cuenta con una alta velocidad de diseminación durante el embarazo y puerperio requiere atención especial por complicaciones en comparación con el grupo de mujeres no embarazadas. Las acciones que realizaron tanto las entidades federativas como en los niveles federales se basaron prácticamente en las reconversiones hospitalarias, difusión por medios masivos y redes sociales, elaboración de protocolos de atención. Falta de equipamiento, especialidades, personal y áreas de atención de emergencia obstétrica, de espacios para las mujeres embarazadas dado las reconversiones completas de los hospitales.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 feb [citado 2024 jun]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- (2) Maza-Arnedo F, Paternina-Caicedo A, Sosa CG, De Mucio B, Rojas-Suarez J, Say L, et al. Maternal mortality linked to COVID-19 in Latin America: results from a multi-country collaborative database of 447 deaths. *Lancet Reg Health Am*. 2024 Mar;31:100705 [citado 2025 jul 10]. doi: 10.1016/j.lana.2024.100705. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X24000322>
- (3) Syed U, Kinney MV, Pestvenidze E, Vandy AO, Slowing K, Kayita J, et al. Advancing maternal and perinatal health in low- and middle-income countries: a multi-country review of policies and programmes. *Front Glob Womens Health*. 2022;3:909991 [citado 2025 jul 10]. doi: 10.3389/fgwh.2022.909991. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgwh.2022.909991/full>
- (4) Secretaría de Salud (México). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Informe semanal de información epidemiológica 52 de notificación inmediata de muerte materna, 2021 [Internet]. 2021 [citado 2024 dic]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/690500/MM_2021_SE52.pdf
- (5) Mayernik M. Evaluating domain analysis as a philosophical framework for Information Science [Internet]. 2011 [citado 2024 dic]. Disponible en: http://polaris.gseis.ucla.edu/mmayerni/Birger_Hj%E8rland_Paper.pdf
- (6) Cotán Fernández A. El método etnográfico como construcción de conocimiento: un análisis descriptivo sobre su uso y conceptualización en ciencias sociales. *Rev Educ Univ Málaga*. 2020;(1):83-103 [citado 2025 jul 10]. Disponible en: <https://revistas.uma.es/index.php/mgn/article/view/7241>
- (7) Ortega-Bastidas A. ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. *Interciencia*. 2020;45(6):293-9 [citado 2025 jul 10]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33963459007>
- (8) Rhiry-Cherques RH. Satura. O em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento [Internet]. *Af-Rev PMKT*. 2009;4(08):20-7. Disponible en: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf

“IMPORTA LO QUE NOS PASA” EXPERIENCIAS AFECTIVAS EN LA PRODUCCIÓN SUBJETIVA DEL CUIDADO EN SALUD: TRABAJADORES Y DESEO EN UN MUNICIPIO ARGENTINO

CINTIA ALTAMIRANO RAMINGER

Cintia Altamirano Raminger¹

INTRODUCCIÓN

La pandemia Covid-19 significó tensiones en los sistemas sanitarios mundiales, superando las capacidades de respuestas estructurales y simbólicas (1). Gran parte de éstas las vivenciaron los trabajadores de salud, donde sus saberes técnicos mostraron limitaciones y las sensaciones redundaban en torno a pérdida, contradicciones, frustraciones y esfuerzos de adaptación (2). En Argentina este escenario suscitó consciencia sobre los beneficios de contar con una política sanitaria enunciada centralmente por el Gobierno Nacional (3) y durante el primer semestre del 2020 se retomaron los debates en torno a la posibilidad de lograr el Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino (SNISA): impulsar a que cada efector que brinda cuidados en salud a la ciudadanía argentina, lo haga desde una estrategia de gobernanza federal. Sin embargo, las discusiones en torno a los trabajadores se sostenían en categorías del tipo “fuerzas laborales”, categorías que limitan o bien reducen el análisis a lo tangible, reproduciendo modos de hacer mercantilistas. En el mismo momento histórico, un municipio argentino de la provincia de Buenos Aires, se encontraba transformando su sistema sanitario proponiendo reflexionar acerca del tipo de producción en cuidados que se lograba.

OBJETIVO

Desde la Producción Subjetiva del Cuidado (4), emergió como pregunta de investigación ¿Cuáles son las experiencias afectivas que logran reconocerse en las prácticas subjetivas de cuidado que realizan los trabajadores de salud del sistema público del municipio de Pinamar entre abril a octubre 2023?

Como objetivo principal, caracterizar las experiencias afectivas según el escenario laboral de los trabajadores del sector público de salud del municipio de Pinamar, durante abril a octubre de 2023.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación cualitativa exploratoria, logrando 75 jornadas de observaciones cualitativas participantes (5) en escenarios de producción de cuidado (pasillos y consultorios de los Centros de Atención primaria de Salud CAPS Ostende y Valeria del Mar, así como en pasillos, consultorios de guardia y salas de internación del Hospital Comunitario Municipal). Participaron trabajadores de salud, empleados por el estado municipal que brindaron su consentimiento para este estudio. Los observables del fenómeno “Experiencias Afectivas que logran reconocerse en la Producción

1 Secretaría de Salud Municipio de Pinamar, Argentina E-mail: csaltamiranoraminger@gmail.com

Subjetiva del Cuidado en Salud”, fueron evocaciones auto y heteropercibidas de las vivencias dotadas de significado inter e intrapersonal (anécdotas, recuerdos, acontecimientos, gestos, relatos y acciones) que se generaron en encuentros diarios de lunes a viernes, entre trabajador-usuarie y trabajador-trabajador.

Se implementó un análisis interpretativo artesanal, logrando identificar las dimensiones que componen la producción subjetiva de cuidado -trabajo vivo en acto y redes/rizomas- así como las formas del deseo que interconectan a estas dimensiones.

RESULTADOS

En el hospital, el pasillo adquiere escenario de punto de encuentro entre trabajadores y usuaries “para todo”, mientras en los CAPS, la iluminación natural abre al reconocimiento de un edificio integrado en consultorios, pasillos y patios. Un escenario integrado donde trabajadores se encuentran con usuaries y entre sí, más allá de las disciplinas y roles.

La celeridad de respuestas parecerían enmarcar a las experiencias afectivas acontecidas en el hospital, en negativo –invisibilidades, gritos, enojos, frustraciones, cansancio, la palabra corta o incluso ausente-, pero también deja traslucir otras posibilidades afectivas: las urgencias de responder a un otre que lo requiere, donde pareciera más visible el otre usuarie padeciente que el otre trabajador compañere de la jornada de trabajo. Mientras, en los CAPS todes se saludan: trabajadores entre sí, usuaries entre si y trabajadores con usuaries. Se conocen, y se celebran. Pero aún en sus diferencias, el deseo como fuerza productora se palpaba a diario en ambos escenarios. Se logra reconocer trabajo vivo en acto, deseante, por seres que desean “yo creo que tiene mucho que ver que nos apasione lo que hacemos... algo del disfrute, de querer que las personas estén bien, se nos juega”.

Luego de tantas jornadas compartidas, se ven dificultades pero la afectividad no se agota, mueve el deseo que acciona: “me voy a casa angustiada... si, muchas veces no me puedo dormir. A veces me consuela y alivia saber que no soy la única, a mis colegas más grandes también les pasa. Yo creo que elles también sienten eso, saben que nos importan y nosotres les importamos. ¡importa lo que nos pasa!”.

CONCLUSIONES

Explorar las experiencias afectivas en la producción subjetiva del cuidado desde el triple anclaje propuesto expone que: a nivel macropolítico, es el contexto un lugar central donde las diferencias – y similitudes- dan cuenta del trabajo vivo como sostén de las estructuras donde transitan la vida y el trabajo; a nivel mesopolítico, las redes rizomáticas muestran tareas de cuidado que no pueden multiplicarse sin vínculos gestores del cuidado; y desde lo micropolítico, el deseo da sentido a la experiencia afectiva que motoriza el cuidado. Limitarlo a líneas de vida o de muerte limita la potencia que logró este trabajo de campo.

Las experiencias afectivas no alcanzan a revelarse ‘propias’, a una persona, profesión, ni tampoco a la institución. El flujo afectivo revela una subjetividad nueva: “Trabajador/a/e de salud”, y

a lo mejor a esta nueva subjetividad le quepa una nueva categoría de experiencia afectiva: la afectación transdisciplinada, ese modo de producción de subjetividad distinto que lleva a la persona a fundar una existencia en la ética y estética de lo imprevisible.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2020 [citado 2025 abr 10]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52571>
- (2) Abalo Miller K, Bang C. Dimensión subjetiva de los procesos de trabajo en profesionales de salud en contexto de pandemia. *Psicol Conoc Soc* [Internet]. 2022 [citado 2025 abr 10];12(1):5–34. Disponible en: <https://doi.org/10.26864/pcs.v12.n1.1>
- (3) Consejo Federal de Salud (COFESA), Ministerio de Salud de la Nación. Integración del sistema de salud: una construcción federal [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022 [citado 2025 abr 10]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo-3-cofesa-16-05-22_integracion_del_sistema_de_salud_una_construccion_federal.pdf
- (4) Franco TB, Merhy EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva* [Internet]. 2011 abr [citado 2025 abr 10];7(1):9–20. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100002&lng=es
- (5) Archenti M, Piovani JI. La observación. En: Archenti M, Piovani JI, editores. *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Cengage Learning Argentina; 2010. p. 167–78.

INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL PARA EL DISEÑO DE ESTRATEGIAS INTERSECTORIALES Y DIVERSAS ANTE OLAS DE CALOR PARA PERSONAS MAYORES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. AÑO 2024

Gabriela Hebe Carneglia¹

Ana Laura Torlaschi

INTRODUCCIÓN

En la Ciudad de Buenos Aires (CABA), en los últimos 60 años, se ha producido un aumento de la frecuencia, duración e intensidad de los eventos climáticos extremos, como consecuencia del cambio climático.

Las olas de calor, repercuten en la salud de toda la población siendo los más vulnerables los que presentan mayor impacto (1). En 2013, durante una ola de calor récord en Argentina, Chesini y otros (2), observaron un aumento de la mortalidad en toda la población, impactando más en las personas mayores [PM].

La CABA tiene una población envejecida, siendo este grupo heterogéneo socioeconómicamente y con vulnerabilidad dispar. La zona sur presenta los indicadores más desfavorables, encontrándose en este área, la mayoría de los barrios vulnerables [BV] y asentamientos. (3). La experiencia de envejecer está modelada por factores socio-históricos y culturales. En BV se encuentran personas de mediana edad con características físicas de envejecimiento. (3,4,5).

Conocer las medidas de afrontamiento, necesidades y vulnerabilidades de las PM frente a las olas de calor con sus dispares modos de envejecer junto a la identificación de políticas públicas y los actores gubernamentales y no gubernamentales con capacidad de respuesta, permiten elaborar planes diferenciados para una mejor adaptación/respuesta de esta población ante temperaturas extremas.

OBJETIVOS

Conocer medidas de afrontamiento, necesidades y vulnerabilidades de las PM frente a olas de calor; Diseñar estrategias intersectoriales ante olas de calor para disminuir su impacto en PM y mejorar la capacidad de respuesta; Conformar mesas intersectoriales a nivel de la jurisdicción y a escala comunal para la implementación del plan; Co-crear estrategias de acompañamiento a las PM frente a olas de calor; Realizar mapas de riesgo [densidad de PM, cortes de luz, temperatura superficial].

1 Miembro del equipo de Salud Ambiental, Dir. Gral. de Salud Comunitaria, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. E-mail: gabicarneglia@gmail.com

METODOLOGÍA

Investigación traslacional cuali cuantitativa a través de grupos focales [GF], encuestas presenciales y cuestionario con preguntas abiertas. Se contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital Ramos Mejía de la CABA. Período: enero y diciembre 2024

Encuesta: Se diseñó una encuesta en base a cuestionarios ya validados e informes de vulnerabilidad producidos por diferentes organismos. Se validó la encuesta con expertos y a través de una prueba piloto en diferentes grupos socioculturales y sectores de la ciudad, buscando incluir la heterogeneidad existente. Se elaboró una muestra poblacional de mínima proporcional y representativa al universo. Se determinaron dos sectores para representatividad poblacional: BV [villas, asentamientos, complejos habitacionales, otros] y ciudad formal [CF]. Se realizaron en puntos muestrales aleatorizados del universo geográfico contemplado y segmentados por cuotas etarias y por sexo que representan la diversidad de las PM de toda la ciudad. Población total [Universo]: Personas mayores de 65 años en CF y mayores de 60 para BV, [contemplando los diferentes modos de envejecer] residentes en la CABA. La cantidad de personas que lo componen es de 715.910 según el Censo 2022.

Grupos Focales:

Se realizaron cuatro grupos focales, se utilizó una guía de pautas customizada, basada en el modelo del Protocolo de Vancouver de OMS / OPS, más preguntas específicas sobre el tema de investigación. La selección fue por técnica de bola de nieve.

RESULTADOS

Se aprecia una gran coincidencia entre la información relevada a través de GF y de la encuesta estructurada. Se verifican diferencias significativas entre BV y CF según variables consultadas [conocimiento sobre olas de calor, medios de información, infraestructura en vivienda y barrio, afectación física y/o anímica por el calor, cortes de luz y agua, necesidad de espacios verdes en el barrio, entre otros], siendo más desfavorable en BV.

Existe gran coincidencia entre las medidas preventivas que las PM creen que deberían adoptarse y las que implementan, sin embargo muchas de estas medidas son realizadas de manera inadecuada el 89% de los encuestados dice hidratarse pero solo la mitad toma la cantidad diaria de agua recomendada [más de 2 litros].

Casi la mitad de los habitantes de BV y un 40% de CF, compran agua envasada para consumo contando con agua de red en la CABA. En general se informan a través televisión y radio [más usada en CF]. Destaca facebook como red social más mencionada para recibir información. La mayoría de los encuestados de ambos sectores conocen alguno de los síntomas relacionados al calor extremo. Las personas de BV reportan haber experimentado más efectos negativos y necesidad de ayuda para obtener agua o alimentos, con diferencias significativas.

La mayor parte de los encuestados cuentan con familiares, amigos, vecinos para asistirlos en caso de necesidad lo que coincide con lo dicho en GF. El subsector público de salud es significativamente más utilizado por las PM ante urgencias y emergencias independientemente de contar con otra cobertura de salud. Los mapas generados permiten determinar los hotspots geográficos en los que coinciden mayor densidad de PM, mayor temperatura superficial, menor cobertura verde, mayor número de cortes de luz durante olas de calor.

CONCLUSIONES

Esta investigación refleja las heterogeneidades de las PM en la CABA frente a las olas de calor.

Las diferentes formas de envejecer mostraron distintas posibilidades de afrontamiento según los diversos contextos y desafíos específicos en los BV y las áreas de la CF. A través de una mesa interinstitucional operativa, se diseñaron estrategias ante olas de calor: puntos de hidratación, ampliación de red de Refugios Climáticos, PM como promotores ambientales, mayor acercamiento a PM en territorio, refuerzo de la distribución de agua segura con camión cisterna en BV sobre todo en aquellos con cortes de electricidad y generación de confianza en el agua de red.

La investigación para la gestión permitió objetivar las necesidades reales de la población que junto con las herramientas y estructuras existentes ayudará a los tomadores de decisiones a desarrollar políticas públicas con equidad hacia los diferentes sectores de la ciudad.

REFERENCIAS

- (1) Herrero AC, Natenzon CE, Miño ML. Vulnerabilidad social, amenazas y riesgos frente al cambio climático en el Aglomerado Gran Buenos Aires. Buenos Aires: Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC); 2018. Documento de Trabajo n. 172 [citado 2025 jul 10]. Disponible em: <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2018/10/DT-172-CDS-Vulnerabilidad-social-amenazas-y-riesgos-frente-al-cambio-clim%C3%A1tico-Herrero-Natenzon-Mi%C3%B1o-septiembre-2018.pdf>
- (2) Chesini F, Abrutzky R, de Titto E. Mortalidad por olas de calor en la ciudad de Buenos Aires, Argentina (2005–2015). *Cad Saúde Pública*. 2019;35(9):e00165218 [citado 2025 jul 10]. Disponible em: <https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n9/e00165218/>
- (3) Secretaría de Bienestar Integral. Informe de caracterización de las personas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2023 [citado 2025 jul 10]. Disponible em: https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-07/Caracterizacion%20de%20las%20Personas%20Mayores%20en%20la%20Ciudad%20Autonoma%20de%20Buenos%20Aires-Mayo_18_2023.pdf
- (4) Yuni JA, Urbano CA, editores. La vejez en el curso de la vida. Córdoba: Encuentro Grupo Editor; 2011. 220 p.
- (5) Bilal U, Alazraqui M, Caiaffa WT, Lopez-Olmedo N, Martinez-Folgar K, Miranda JJ, et al. Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *Lancet Planet Health*. 2019;3(12):e503–10 [citado 2025 jul 10]. Disponible em: [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(19\)30235-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(19)30235-9/fulltext)

JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS DE UMA REDE ATIVISTA E A PERCEPÇÃO DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Luciane Stochero

Claudia Carneiro da Cunha¹

INTRODUÇÃO

Os jovens vivendo com HIV/AIDS (JVHA) vivenciam vulnerabilidades e desafios no convívio com a doença. Entre esses desafios desatacam-se os impactos pessoais e sociais do estigma da doença e dos efeitos colaterais da Terapia Antirretroviral (TARV) na rotina, nos cuidados com o corpo, com a sexualidade e a reprodução. No caso dos JVHA, observações de campo mostram que não são raros relatos de abandono de tratamento, sobretudo, entre os infectados por transmissão vertical, de ansiedade e depressão, sendo comum o uso de psicotrópicos associado à TARV. Além disso, as dificuldades na adesão têm gerado desfechos indesejáveis como adoecimento e morte prematura (1, 2).

A entrada da Covid-19 no Brasil, além de significar uma maior ameaça para pessoas com comprometimento imunológico, remeteu, no caso dos JVHA, à possibilidade de agravar dificuldades no manejo da doença, tratamento e autocuidado, com temores em relação ao acesso à TARV e continuidade da assistência nos serviços de saúde, refletindo em consequências à saúde física e mental.

Este trabalho parte do pressuposto de que os JVHA já experimentam vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas (3) e que a Covid-19 acrescentou novos estressores, em função da imunossupressão, distanciamento social e desigualdades sociais, agravadas pela crise social, econômica e política provocada pela pandemia, com impactos à saúde e seus cuidados.

OBJETIVO

Discutir a percepção de jovens vivendo com HIV/AIDS acerca de sua própria saúde, bem como os fatores estressores enfrentados por esses sujeitos no contexto excepcional da pandemia de Covid-19, caracterizado pela sinergia entre duas pandemias: HIV/AIDS e Covid-19.

MÉTODO

Estudo transversal com JVHA membros ativistas da Rede Jovem Rio+ (RJR+), do estado do Rio de Janeiro (RJ). A interface digital passou a representar a RJR+, cuja dinâmica, antes da pandemia de Covid-19, também contava com encontros presenciais mensais, voltados ao acolhimento de novos membros, apoio e a debates em espaços públicos do RJ. Atualmente a Rede tem cerca de 280 membros ativos no grupo secreto do Facebook.

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: cunha.claudia@gmail.com

A aferição das condições gerais de saúde dos participantes foi realizada a partir de questões relativas a: 1) percepção atual da saúde em comparação a pessoas da sua idade; 2) percepção da saúde comparando a 12 meses atrás; 3) a saúde nas últimas 2 semanas - 3.1) problemas de saúde que causaram impedimento atividades habituais em razão da condição do HIV/AIDS e outro problema de saúde; 3.2) dificuldade para dormir e se sentir cansado sem motivo aparente; 3.3) utilização de medicamento para além da TARV; e 4) percepção da saúde mental durante a pandemia em comparação ao período anterior. As informações foram coletadas via um questionário online, anônimo, de autopreenchimento nos meses de setembro a novembro de 2020. O estudo foi aprovado pelo CEP da UERJ.

RESULTADOS

Participaram do estudo 108 JVHA. Mais da metade declarou ser de raça/cor negra [65,0%] e branca [38,0%]. A maioria tinha ensino superior completo/incompleto [70,0%] e 10,2% o fundamental. Quase 80,0% eram do sexo masculino e 18,5% do feminino. A maioria era gay [cerca de 66,0%], em menor número os heterossexuais e bissexuais e lésbicas. Observou-se que 33,8% ficaram desempregados no período de isolamento social ou tiveram familiar desempregado [26,0%], 51,3% precisaram de apoio social/financeiro.

A maioria considerou o estado de saúde muito bom [44,9%] ou bom [30,6%]. Ao comparar a 12 meses atrás [período sem Covid-19] cerca de 47,0% consideraram que estava igual e 21,4% que estava pior. Sobre a qualidade do sono, os jovens apontaram que sempre [15,3%] ou quase sempre [18,8%], nas últimas 2 semanas, acordaram durante o sono e tiveram dificuldade para dormir novamente e 41,0% nunca ou raramente sentiu essa dificuldade; 31,6% sempre/quase sempre sentiram-se cansado sem motivo aparente nas últimas 2 semanas, 28,6% as vezes e cerca de 40,0% nunca/raramente.

Nas últimas 2 semanas, 7,1% ficaram impedidos de realizar alguma atividade habitual por causa do HIV/AIDS e 17,3% por outro problema de saúde [suspeita/estar com Covid-19, ansiedade, depressão, inflamação no intestino, insuficiência adrenal, neurotoxoplasmose, período menstrual ou alguma cirurgia].

A maioria percebeu como ruim [71,4%] a saúde mental durante a pandemia em comparação ao período anterior e, 69,4% utilizaram medicações, além da TARV, nas 2 semanas anteriores. Os medicamentos usados: psiquiátricos [ansiolíticos, antidepressivos] [38,0%], analgésicos [22,0%], anti-hipertensivos [10,0%], antibióticos [8,0%], anti-inflamatórios [4,0%], e outros [estomago, fígado, enxaqueca, antifúngico] [18,0%].

CONCLUSÃO

Mesmo no contexto de maior desigualdade social e precarização da vida, a maioria dos respondentes avaliou seu estado de saúde como muito bom/bom. Podemos levantar a hipótese de que, para a maioria, a saúde é percebida mais como bem-estar físico do que social. Especialmente para JVHA que, por sua inserção em serviços e instituições de saúde, talvez possuam um entendimento da saúde

mais marcado pelos ditames biomédicos. Também não descartamos o privilégio e foco no organismo físico dados pelas respostas à epidemia ao longo de todos os seus anos. Um aspecto relevante é que, por fazerem parte de uma rede ativista, os jovens se apoiavam mutuamente. Esse apoio e contato virtual durante a pandemia superou o contato com familiares e outros grupos sociais (1) e foi fundamental para se sentirem cuidados entre si. Por outro lado, percebermos que as dificuldades para dormir, sentir-se cansado e a alusão à problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão, se refletem na utilização de medicação psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

- (1) Cunha CC da, Stochero L, Almeida LA de, da Silva Junior AL, Junger WL. Na encruzilhada de duas pandemias: a experiência de redes de apoio social de jovens e adultos vivendo com HIV/Aids durante a pandemia de Covid-19. *Physis*. 2022;32(3):e320301 [citado 2025 jul 10]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/kbsyCjKZzr5yLg7QJQhQZ8M/>
- (2) Cunha CC da, Maciel M de A, Moreira MCN. Um ensaio sobre a cronicidade do viver com HIV/Aids na infância, adolescência e juventude. *Saúde Debate*. 2022;46(spe7):251–63 [citado 2025 jul 10]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/d9JfwVqkxqqZ6M4gMLBpPDs/>
- (3) Ayres JR de CM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc*. 2009;18(2):11–23 [citado 2025 jul 10]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/qkVxDqCKLfD5Xn6WWkVPSFk/>

LA BATALLA CULTURAL EN SALUD

Silvana Marina Scali¹

INTRODUCCIÓN

Siguiendo a Grimson (1), el crecimiento de las extremas derechas en muchos países del hemisferio occidental, entre ellos Argentina, a partir del quiebre del consenso de los años noventa (consistente en aplicar el ajuste neoliberal bajo el paraguas de democracias liberales), representa un desafío a la democracia (1). Para Adamovsky, el crecimiento del precariado, las economías de plataforma, el emprendurismo y el papel de las redes sociales impactaron enormemente en las relaciones sociales y la construcción de la subjetividad, dando lugar al individualismo autoritario (2). Brown (3) agrega que el neoliberalismo no solo economiza lo social y lo público, generando desigualdad, exclusión, propiedad privada de lo común y plutocracia, sino que también expande la esfera de lo protegido y lo personal haciendo pasar valores, normas y afirmaciones familiares (cis-hetero-patriarcales) a espacios públicos antes organizados según valores y normas democráticas. Para garantizar esta expansión de la esfera personal, hace falta un estatismo cada vez más fuerte que toma la forma de ley, vigilancia policial y defensa, resultando en lo que esta autora denomina libertad autoritaria.

En este contexto, la salud pública no solo enfrenta un creciente proceso de mercantilización y privatización, sino que también sufre un embate discursivo-cultural que niega evidencias científicas y cuestiona principios básicos como la vacunación, las cuarentenas, la cooperación internacional y el papel de organismos internacionales como la OMS. Este fenómeno de negacionismo sanitario se presenta como parte de una batalla cultural más amplia que articula individualismo autoritario, una supuesta defensa de la libertad individual y rechazo a lo colectivo.

OBJETIVO

El presente trabajo tiene como objetivo explorar las posiciones de la derecha argentina, promovidas a través de sus representantes y medios de difusión, en relación con el negacionismo sanitario, entendido como el rechazo ideológico a políticas y saberes claves de la salud pública como la administración de vacunas, las políticas implementadas durante la pandemia (cuarentenas) y la cooperación internacional a través de organismos como OMS y OPS, ampliamente sustentados por la evidencia científica disponible.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio exploratorio de caso centrado en la extrema derecha argentina entre

1 Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires – CICOP. E-mail: silva_scali@hotmail.com

2020 y 2025. Las fuentes analizadas incluyeron artículos periodísticos, declaraciones en las redes sociales, intervenciones públicas de referentes políticos y materiales audiovisuales como el documental Pandenomics.

RESULTADOS

Los datos recolectados fueron analizados utilizando dos categorías provenientes de estudios de género sobre las extremas derechas: la de “hidra” de Correa (4) y la de “pegamento simbólico” de Grzebalska y Peto (5). La primera permite dar cuenta de la multiplicidad de sujetos, discursos y estrategias que confluyen en el negacionismo sanitario, formando una unidad a partir de la diferencia. Así, los discursos y prácticas negacionistas lejos de constituir un cúmulo articulado y coherente responden a una multiplicidad de fuentes, actores, organizaciones y corrientes ideológico-políticas, dispersa y contradictoria, con mayor o menor arraigo en la sociedad. Por su parte, sostengo que la demonización del género puede no ser el único pegamento simbólico que permite que estos actores se reúnan bajo el mismo paraguas y disputen la hegemonía, sino que el negacionismo sanitario funciona de la misma manera permitiendo una cohesión pese a las diferencias y dar la batalla por construir un nuevo sentido común de lo que es considerado como normal y legítimo. Así, el negacionismo sanitario viene socavando las bases sobre las que se construyeron políticas sanitarias de estado, alimentando un sentido común según el cual las vacunas son nocivas, las cuarentenas son “delitos de lesa humanidad” (6) y la OMS una entidad criminal por “imponerlas” (6). Pensar el fenómeno a partir de estas dos categorías permitió desentrañar tanto la heterogeneidad como las convergencias simbólicas del fenómeno.

El análisis evidenció que el negacionismo sanitario en Argentina no se presenta como un bloque homogéneo, sino como un entramado de discursos dispersos que convergen en la deslegitimación de políticas de salud pública. A partir de la categoría de “hidra”, se observó la participación de múltiples actores: referentes políticos como Javier Milei y Alberto Benegas Lynch h., organizaciones como Médicos por la Verdad y militantes digitales. Todos ellos contribuyen a conformar una narrativa que combina sospechas sobre la eficacia de las vacunas, rechazo a las cuarentenas, denuncias de corrupción y apelaciones a la libertad individual. A través de la categoría de “pegamento simbólico” se comprendió que, más allá de sus diferencias, estos actores se agrupan, disputando los sentidos alrededor de la salud pública. Se identificaron frases y consignas que equiparan el virus con el marxismo, acusan a la OMS de criminal, y denuncian la vacunación como un experimento o una imposición ilegítima. Este discurso, repetido en múltiples plataformas, va moldeando percepciones sociales que socavan la legitimidad de la salud pública y promueven soluciones individualistas, incluso frente a pandemias globales.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

El negacionismo sanitario constituye un fenómeno clave en la configuración de las extremas derechas. Articulando discursos neoliberales, conservadurismo cultural y estrategias de comunicación digital, estas nuevas formaciones políticas amenazan la legitimidad de las políticas de salud pública,

redefiniendo el sentido común respecto a las responsabilidades colectivas y a la libertad individual, por ejemplo, impugnando el valor social de las vacunas para la prevención de enfermedades transmisibles y la necesidad de evitar la propagación de un virus utilizando las cuarentenas durante la pandemia de COVID-19. Visibilizar y analizar estos discursos resulta fundamental para fortalecer estrategias de defensa de la salud pública y la democracia. Este trabajo ofrece una primera aproximación a un fenómeno complejo, que demanda mayor atención e investigación por parte del campo de la salud pública.

REFERENCIAS

- (1) Grimson A. La extrema derecha y los desafíos a la democracia. In: Grimson A. Desquiciados. Los vertiginosos cambios que impulsa la extrema derecha. 2ª ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2024. p. 9-35.
- (2) Adamovsky E. Del antiperonismo al individualismo autoritario. General Sarmiento: Unsam Editores; 2023.
- (3) Brown W. El Frankenstein del neoliberalismo. Libertad autoritaria en las “democracias” del siglo XXI. In: Cabezas Fernández M, Vega Solís C, editoras. La reacción patriarcal: neoliberalismo autoritario, politización religiosa y nuevas derechas. Manresa: Bellaterra Edicions; 2022. p. 47-82.
- (4) Correa S. “Ideología de género”: una genealogía de la hidra. In: Cabezas Fernández M, Vega Solís C, editoras. La reacción patriarcal: neoliberalismo autoritario, politización religiosa y nuevas derechas. Manresa: Bellaterra Edicions; 2022. p. 83-113.
- (5) Grzebalska W, Peto A. El género en la transformación iliberal de Hungría y Polonia. In: Cabezas Fernández M, Vega Solís C, editoras. La reacción patriarcal: neoliberalismo autoritario, politización religiosa y nuevas derechas. Manresa: Bellaterra Edicions; 2022. p. 125-157.
- (6) Ministerio de Salud (AR). Argentina se retirará de la OMS [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2025 [citado 2025 jun 10]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/argentina-se-retirara-de-la-oms>

LA CONSTRUCCIÓN DEL DATO, LA UTILIZACIÓN DEL MISMO Y SU APROPIACIÓN POR PARTE DE LOS TRABAJADORES

Jorge Kohen¹

Elisa Santoro

Marisa Fiorillo

Helio Lentz Puerta Neto

Carolina Rodrigues Costa

Camila Souza Betoni

Carolina Rodrigues Costa

INTRODUCCION

El nombre del taller hace referencia a un interrogante que nos desafiaba: La construcción del dato, la utilización del mismo y fundamentalmente su apropiación por parte de los trabajadores.

Es insustituible la necesidad de la presencia de los cuerpos, porque la experiencia atraviesa un cuerpo también, por eso son importantes los talleres y la voz directa de un trabajador en la producción del saber. Esto no quiere decir que la verdad sólo esté allí, pero es insoslayable que eso esté contenido en una reflexión que luego es conceptual, tiene que estar. (2) Este equipo se propone darle hegemonía a ello, en épocas de neoliberalismo, donde se tiende al aplastamiento de la subjetividad, a que lo grupal no es grupo, sino un conjunto de personas subordinadas a una matriz normativa.

OBJETIVO

Desarrollar distintas técnicas de investigación – acción participativa para realizar colectivamente la recolección de la información y la construcción del dato científico. Brindar herramientas que permitan la apropiación del dato para luego elaborar propuestas de transformación.

METODOLOGIA

En el taller se plantearon varias **dinámicas grupales**, en una de ellas se les pidió a los asistentes que a partir de tres preguntas disparadoras, analizaran y pensaran sobre las condiciones de trabajo a las que estaban expuestos, la organización del trabajo y las dinámicas de poder que se juegan en el ámbito laboral, y que vincularan este análisis con los resultados obtenidos en la instancia anterior a esta dinámica.

A partir de ese debate, construyeron escenas que mostraban el proceso desde las causales hasta las acciones colectivas de transformación de las condiciones que generan sufrimiento.

A través de esta actividad lúdica, se logró transmitir de manera práctica y simbólica que, en momentos de dificultad, el sostén colectivo es fundamental para superar el malestar y fortalecer los lazos de solidaridad.

1 UNR-ALAMES Red Salud y Trabajo. E-mail: jkoharos@gmail.com

El taller en su totalidad evidencia la importancia del análisis y la reflexión acerca de los factores sistémicos, y estos abren la posibilidad de promover cambios significativos y sostenibles en la realidad laboral permitiendo diseñar e implementar políticas y prácticas que aborden las raíces del sufrimiento, en lugar de centrarse únicamente en sus manifestaciones superficiales

RESULTADOS

Todas las dinámicas mostraron cómo pasamos del nivel individual al nivel colectivo y cómo al realizar las consignas, desaparece el nivel individual para quedar representado de manera cuantitativa, qué sucede a nivel colectivo.

De esta manera cada trabajador es una subunidad del nivel colectivo, donde las individualidades quedan subsumidas en lo grupal. (2)

Es interesante destacar que esta técnica participativa permite también visualizar el procedimiento a través del cual se construye el dato.

Luego de haber sido discutido, el dato, se encuentra en mejores condiciones de ser apropiado por el colectivo de trabajadores y se abre una instancia superadora. (3).

CONCLUSIONES

La construcción colectiva es una herramienta fundamental para resistir la lógica neoliberal que busca anular cualquier forma de comunidad que no esté subordinada a sus intereses. Es en el encuentro con el otro, en la colaboración y el diálogo, donde se generan las condiciones para una subjetividad que no se define únicamente por su capacidad productiva, sino por su vínculo con lo común. (4)

En este sentido, la importancia de lo colectivo radica en su potencial para subvertir la norma, para cuestionar y dismantelar las estructuras de poder que nos imponen una determinada manera de ser y de estar en el mundo. La construcción colectiva es un acto de resistencia que permite la creación de nuevas formas de subjetividad, donde el deseo y la producción de sentido se articulan en función de la comunidad.

Así, la praxis colectiva no solo posibilita la resistencia al modelo neoliberal, sino que también abre un horizonte de posibilidades donde lo común se convierte en el eje central de la existencia. En la construcción colectiva, el sujeto encuentra un espacio para desplegarse, para reconocerse en el otro y para construir, junto a otros, una vida que no se reduzca a la obediencia de un mandato externo (4).

REFERÊNCIAS

- (1) UNR (Argentina), NEPPOT (UFSC). Por um fio – Seminário Internacional de Saúde e Trabalho [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2024 [citado 2025 abr 10]. Disponível em: <https://lastro.ufsc.br/porumfio/>
- (2) Samaja J. Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires: Editorial Eudeba; 2003.
- (3) Kohen J. Video: La apropiación del dato por los trabajadores [Internet]. Florianópolis; 2025 [citado 2025 abr 10]. Disponível em: <https://www.youtube.com/shorts/5lYVvleY1c0>
- (4) Alemán J. Horizontes neoliberales en la subjetividad. Buenos Aires: Grama Ediciones; 2016.

LA PRIVATIZACIÓN DE LA NATURALEZA Y EL MODELO DE PRODUCCIÓN FORESTAL DE MONOCULTIVO COMO DETERMINANTES DE LA SALUD Y BIENESTAR DE LAS INFANCIAS RURALES MAPUCHE, REGIÓN DE LA ARAUCANÍA-CHILE

Marcela Castro Garrido¹

Ana María Alarcón Muñoz¹

Lisette Urrutia Álvarez¹

Yolanda Nahuelcheo Saldaña¹

Ana María Vera²

Belén Ulloa²

PRESENTACIÓN

El CENSO* del año 2017 dio cuenta que el 13% de la población de Chile se declara perteneciente algún pueblo indígena. El 9,9% (1.745.147) se auto identifica como Mapuche, posicionándose como el principal pueblo originario con presencia en el país. En la región de La Araucanía, viven 314.174 (34,3%) de aquellas personas, quienes residen principalmente en comunidades indígenas rurales, reproduciendo prácticas y cuidados culturales propios.

La racionalidad del pueblo Mapuche, se sustenta en su vinculación con la naturaleza y los seres que en ella co-existen junto a los humanos (1). Aquel pensamiento, no presenta equivalencia en el racionalismo positivista que caracteriza el pensamiento Occidental desde principios del siglo XVI, ni tampoco en el modelo económico capitalista resultante, que clasifica la naturaleza como un recurso que se extrae, mercantiliza y exporta. (1)

Aquellas diferencias epistemológicas, impactan integralmente en el proceso salud/enfermedad/cuidados/atención (s/e/c/a) indígena, y principalmente, en la posibilidad de permanecer como pueblo y reproducir su modelo parental que está estrechamente vinculado a la naturaleza. (2,3)

OBJETIVO

Describir el impacto que produce la privatización de la naturaleza y el modelo de producción forestal de monocultivo en la salud y bienestar de las infancias Mapuche que residen en sectores rurales de la región de la Araucanía-Chile.

1 Departamento de Salud Pública, Universidad de La Frontera (Temuco, Chile). E-mail: marcela.castro@ufrontera.cl

2 Colaboradora Proyecto.

* El último CENSO en Chile fue el año 2024, pero aún no se han publicado los resultados relacionados a la pertenencia étnica por región e infancias.

METODOLOGÍA

Investigación cualitativa (2023-2025) desarrollada en dos comunas de la región de La Araucanía (Chile) que considero el uso de técnicas como la observación participante, cuadernos de terreno, entrevistas semi estructuradas, grupos focales, talleres participativos en Escuelas rurales con niños/as Mapuche y no, y el uso de estrategias metodológicas situadas como *nütram* (conversaciones presenciales) y *trawün* (reuniones presenciales y ampliadas).

El trabajo de campo implicó el uso de protocolos culturales, la visita de Escuelas rurales y actividades lúdicas con los/as estudiantes, previa autorización de instituciones públicas y padres/madres/apoderados responsables.

Los datos recolectados fueron ordenados, transcritos, clasificados por comunas, y organizados descriptivamente según categorías analíticas que emergieron de su lectura repetitiva.

Los resultados fueron presentados en instancias interinstitucionales públicas, con la presencia de representantes de instituciones de educación, salud e infancias; también se socializaron con personas de las comunidades indígenas participantes, y madres/apoderados, quienes realizaron comentarios vinculantes a los hallazgos de la investigación.

RESULTADOS

El análisis de datos permitió evidenciar que existen: alianzas público-privadas responsables y subsidiarias de la expansión del modelo de monocultivo forestal (4) y de la alta presencia militar en comunidades Mapuche rurales; relaciones asimétricas/antagónicas entre empresas forestales y comunidades, ya que existe una confrontación política-policial, por un lado, y una dependencia económica, por otro; prácticas de mitigación (uniformes para estudiantes rurales, materiales escolares, útiles de limpieza, leña para la calefacción, premios para actividades escolares) que desarrollan las empresas forestales como parte de sus políticas de responsabilidad social; comunidades indígenas, escuelas y postas rurales rodeadas por plantaciones de monocultivo exótico (pino y eucaliptus) que han provocado erosión en la tierra, escasez hídrica e incendios forestales durante los veranos; y constante sensación de vulnerabilidad y abandono estatal, a raíz de la precariedad educacional y sanitaria, además de incendios que atentan la vida de las personas, sus hogares, salud y seguridad alimentaria.

También se pudo observar que existen afectaciones socioemocionales (miedo, angustia y trastornos del sueño) a raíz de la instalación de cuarteles de policía en establecimientos educacionales, aumento de policías en sectores rurales-urbanos cercanos a escuelas y postas rurales, además de la participación de las Fuerzas Armadas en espacios de la sociedad civil (militar portando fusiles, helicópteros, tanquetas, vigilancia de drones durante la noche); y que el modelo de crianza Mapuche está vigente en sus infancias, y se puede evidenciar en las normas, protocolos, prácticas culturales e idioma local que los/as niños/as utilizan y reproducen en los espacios escolares.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

Se identificaron a nivel estructural que la salud de las infancias indígenas se encuentra afectada por condiciones estructurales generan enfermedades biomédicas, como Mapuche, en función de la estrecha relación con la naturaleza que aún reproduce este pueblo (1); las familias Mapuche deben hacer múltiples esfuerzos para reproducir un modelo de crianza endógeno y cuidados culturales en condiciones adversas (2); y el acceso a una atención en salud biomédica pública es precaria, ya que hay una escasa presencia de políticas públicas pertinentes estatal y una invisibilización de las determinantes que desde la perspectiva Mapuche producen enfermedades y limitan el crecimiento .

En consecuencia, la alianza pública-privado producen situaciones de violencia interseccional, mercantilizan la naturaleza (1), inciden negativamente en el proceso s/e/c/a y restringe la reproducción de un modelo parental vinculado a la naturaleza (2,3). Condicionando el bienestar de las infancias y la reproducción del pueblo Mapuche.

REFERENCIAS

- (1) Castro Garrido M, Alarcón AM. The commoditization of ecosystems within Chile's Mapuche territory: a violation of the human right to health. *Health Hum Rights*. 2023 [citado 2025 jul 10];25(1):95–103. Disponible en: <https://www.hhrjournal.org/2023/02/19/the-commoditization-of-ecosystems-within-chiles-mapuche-territory-a-violation-of-the-human-right-to-health/>
- (2) Alarcón AM, Castro GM, Astudillo DP, et al. La paradoja entre cultura y realidad: el esfuerzo de criar niños y niñas mapuche en comunidades indígenas de Chile. *Chungara (Arica)*. 2018;50(4):651–62. DOI:10.4067/S0717-73562018005001601
- (3) Alarcón Muñoz AM, Garcés Zúñiga RE, Nahuelcheo Saldaña Y, Castro Garrido M. El concepto cultural de bienestar en niñas y niños mapuche: perspectivas de sus cuidadores y autoridades ancestrales. *Horiz Enferm*. 2021;32(2):140–54. DOI:10.7764/Horiz_Enferm.32.2.140
- (4) Fuenzalida M, Portales F. Evolución del modelo de producción forestal de monocultivo en Arauco-Malleco para el periodo 2001-2021. *Anu Conflicto Soc*. 2024;(15):e46533. DOI: <https://doi.org/10.1344/ACS2024.15.7>

LAS RELACIONES DE PODER EN EL DEBATE SOBRE LA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA DEL GOBIERNO DE GUSTAVO PETRO: UN ANÁLISIS DESDE LA ECONOMÍA POLÍTICA CRÍTICA

Jennifer Paola Cardona Malaver¹

INTRODUCCIÓN

El debate sobre la reforma a la salud en Colombia, promovida por el gobierno de Petro, inició formalmente con la radicación del proyecto de ley el 13 de febrero de 2023 ante el Congreso de la República. Sin embargo, a lo largo de 2023 y hasta 2024, el proyecto se vio condicionado por tensiones políticas y negociaciones que llevaron a su archivo. Este debate no solo evidenció las tensiones en torno a la transformación del sistema de salud, sino que también permitió problematizar si el proceso legislativo respondió exclusivamente a criterios tecnocráticos o si, por el contrario, estuvo estructurado por relaciones de poder vinculadas a la configuración y reproducción del sistema de acumulación capitalista en el campo de la salud.

La estructura del sistema de salud, caracterizada por la intermediación financiera y la mercantilización de los servicios sanitarios, ha generado profundas desigualdades sociosanitarias, mientras que se refuerza un esquema que privilegia la rentabilidad del sector privado (1,2). La reforma respondió a una coyuntura donde no se cuestiona los costos de la atención relacionados con los derechos de propiedad intelectual en el campo de la salud, las relaciones de explotación del trabajo en salud ni, en general, el modelo socioeconómico depredador que genera enfermedad. Por el contrario, favorece la lógica mercantilista, justificando el aseguramiento acorde a la capacidad de pago y la privatización del sistema de salud.

OBJETIVO

Analizar cómo las relaciones de poder estructuraron el debate sobre la reforma al sistema de salud en Colombia en los primeros años del gobierno de Gustavo Petro, identificando los actores en disputa, sus fuentes de poder, la configuración de la correlación de fuerzas y las implicaciones de estas dinámicas en el proceso legislativo y sus resultados.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo cualitativo de economía política crítica, a partir de una selección intencionada de fuentes primarias sobre la reforma al sistema de salud durante los primeros años del Gobierno de Gustavo Petro provenientes del Congreso de la República y fuentes secundarias sobre la dinámica del sector salud en el capitalismo contemporáneo, las agendas políticas, los

¹ Enfermera, Magíster en Salud Pública (c), Universidad Nacional de Colombia. Integrante del grupo de investigación de Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social. jpcardonam@unal.edu.co

intereses, las tensiones y las fuentes de poder de los actores involucrados en el debate durante el período de estudio.

En términos metodológicos, el análisis se desarrolló a partir de:

- La reconstrucción de la estructura de poder que configuró el debate legislativo.
- El examen de los discursos, relaciones y estrategias de los actores dominantes y subordinados en el proceso de reforma.
- El análisis de los mecanismos de reproducción de la hegemonía neoliberal en salud y sus contradicciones.

RESULTADOS

El debate sobre la reforma al sistema de salud en Colombia en los primeros años del gobierno de Gustavo Petro evidenció que los procesos legislativos en torno a políticas públicas estructurales no responden exclusivamente a criterios tecnocráticos, sino que están mediados por relaciones de poder que profundizan la reproducción del sistema de acumulación capitalista en el campo de la salud. Se plantea que la reforma no fue bloqueada por fallas técnicas o falta de consenso sobre su viabilidad, sino por la acción de intereses económicos y políticos que operan a través de dispositivos legislativos y mediáticos para preservar la rentabilidad del complejo médico-industrial.

Así, la configuración de la correlación de fuerzas durante el debate, marcada por la influencia de actores dominantes, generó un escenario en el que la reforma no pudo avanzar, derivando en su archivo legislativo. Este desenlace no fue un simple resultado procedimental, sino la expresión de los límites estructurales que el capitalismo neoliberal impone a la transformación de los sistemas de salud, consolidando la dominación del mercado sobre los derechos sociales y evidenciando la dificultad de implementar reformas que desafíen la lógica de acumulación capitalista en el ámbito sanitario.

CONCLUSIONES

Los sistemas de salud no son meras estructuras organizativas diseñadas para maximizar la eficiencia, sino espacios donde se expresan las relaciones de poder y la lucha de clases. Navarro V. (3) sostiene que la forma en que se organiza un sistema de salud depende de la correlación de fuerzas entre las clases dominantes y los sectores subalternos, lo que explica por qué en contextos neoliberales los sistemas sanitarios han evolucionado hacia modelos de aseguramiento privado, mientras que en momentos de avance de sectores progresistas han sido fortalecidos los esquemas de financiamiento público y acceso universal.

Así, el debate sobre la reforma a la salud en Colombia debe entenderse como una confrontación entre dos visiones antagónicas:

- El modelo capitalista contemporáneo de aseguramiento financiero con competencia regulada y subsidio a la demanda de los pobres, que sostiene la mercantilización de los servicios de salud y la intermediación de capital financiero como elementos esenciales para la sostenibilidad del sistema.
- La perspectiva de salud como derecho fundamental, que busca la desmercantilización del sector y la garantía de acceso universal bajo un esquema de financiamiento público y provisión mixta de servicios.

REFERENCIAS

- (1) Hernández M, Eslava JC, Henao L, Vargas C. Universal health coverage and capital accumulation: A relationship unveiled by the critical political economy approach. *Int J Public Health*. 2020;65(7):995–1001. doi:10.1007/s00038-020-01437-9.
- (2) Sanders D. From primary health care to universal health coverage—One step forward and two steps back. *Lancet*. 2019;394(10199):619–21. doi:10.1016/S0140-6736(19)31831-8.
- (3) Navarro V. Neoliberalism as a class ideology; Or, the political causes of the growth of inequalities. *Int J Health Serv*. 2007;37(1):47–62. doi:10.2190/AP65-X154-4513-R520.

MEDICALIZAÇÃO E FORMAÇÃO MÉDICA: O PAPEL DO COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL

Jessica Corrêa Pantoja¹

José Lúcio Martins Machado²

Maria Elisa Gonzalez Manso³

INTRODUÇÃO

A medicalização da vida configura-se como fenômeno multifacetado, estruturado na interação entre três dimensões fundamentais: reducionismo biomédico, lógica mercantil da indústria farmacêutica e a ressignificação simbólica da saúde promovida pela indústria cultural (1). Essa tríade converte demandas coletivas em patologias individuais, reforçando hierarquias epistêmicas de matriz colonial. No Brasil, tal dinâmica materializa-se na proliferação de farmácias e no consumo excessivo de medicamentos, sintomas de uma cultura que associa bem-estar à medicalização (2). Durante a pandemia de COVID-19, essa lógica amplificou-se: a disseminação de terapias sem comprovação científica — como o “Tratamento Precoce” — evidenciou a vulnerabilidade tecnológica do sistema de saúde (3), marcado pela dependência de insumos importados e pela subordinação a assimetrias globais de poder, conforme analisado pelo Complexo Econômico Industrial da Saúde 4.0 (CEIS 4.0) (4). Nesse contexto, desigualdades estruturais são reinterpretadas como patologias individuais, consolidando a hegemonia biomédica e marginalizando saberes tradicionais. Diante desse cenário, o presente estudo busca integrar as dimensões econômica, cultural e epistêmica da medicalização, articulando contribuições críticas de autores como Baudrillard, Adorno e Horkheimer, Illich, Foucault e Santos (5-9), além de fontes midiáticas que evidenciam a naturalização histórica do consumo farmacológico.

OBJETIVO

Analisar a medicalização como tecnologia de controle social, evidenciando sua capacidade de patologizar demandas coletivas e reproduzir assimetrias coloniais. Para tanto, busca-se realizar uma crítica ao reducionismo biomédico, desvelar estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e examinar o epistemicídio no âmbito da formação médica.

METODOLOGIA

A metodologia adotada neste estudo baseia-se no ensaio crítico, estratégia que integra uma revisão bibliográfica interdisciplinar — abrangendo artigos, livros e documentos publicados entre

1 Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, Brasil. E-mail: jessicacorreapantoja@gmail.com.

2 Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), São Paulo, Brasil.

3 Centro Universitário São Camilo (CUSC), São Paulo, Brasil.

2000 e 2024 — com a análise de fontes culturais. O marco teórico articula quatro perspectivas inter-relacionadas: a teoria da indústria cultural, a iatrogênese cultural, a semiótica baudrillardiana e o conceito de epistemicídio. Essa articulação permite compreender a medicalização como um sistema de controle que opera tanto no plano simbólico quanto no material. Além disso, a abordagem adotada rejeita a pretensão de neutralidade científica, privilegiando uma leitura ético-política comprometida com a promoção da equidade em saúde.

RESULTADOS

A medicalização sustenta-se em três dimensões interdependentes: (i) a hegemonia do modelo biomédico, que reduz a saúde a parâmetros estritamente biológicos, fenômeno evidenciado na promoção do “kit-covid” — protocolo sem sustentação científica amplamente difundido durante a pandemia (3). Essa redução é agravada pela dependência tecnológica do Brasil, eixo analítico do CEIS 4.0, que desvela a subordinação do sistema de saúde a interesses transnacionais e a consequente medicalização da vida; (ii) a influência da indústria cultural, que associa medicamentos a ideais de produtividade e felicidade, naturalizando o consumo de fármacos como solução para problemas cotidianos; e (iii) o epistemicídio, que suprime saberes tradicionais em favor de práticas biomédicas hegemônicas, agravado no Brasil pelo uso excessivo de ansiolíticos — 77% da população relata automedicação — desvalorização de práticas de cuidado fundamentadas em evidências científicas e na real necessidade de medicação (10). Dados quantitativos reforçam essa dinâmica: 40,5% das mulheres brasileiras relatam sintomas de depressão, frequentemente tratados como questões individuais a serem medicalizadas, em vez de contextualizados nas socioestruturais que as originam (11,12).

CONCLUSÕES

A medicalização consolida-se como tecnologia de controle social de matriz colonial, exigindo, para sua desconstrução, a reformulação curricular da formação médica. Tal revisão deve incorporar a determinação social da saúde e promover uma crítica estrutural ao complexo médico-industrial, articulando-se a estratégias como a regulação da publicidade farmacêutica, a valorização de práticas integrativas no Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação de campanhas educativas que problematizem os efeitos iatrogênicos da medicalização. A transformação desse paradigma demanda articulação multissetorial entre gestores, profissionais de saúde e sociedade civil, alinhada ao CEIS 4.0, para reduzir a dependência de importações, fortalecer políticas públicas orientadas à equidade e à pluralidade epistêmica, e substituir a lógica mercantil da saúde por práticas de cuidado socialmente justas e epistemologicamente pluralistas.

REFERÊNCIAS

- (1) Vergílio ROR, Lima RR. Medicalização da sociedade e suas relações com a indústria cultural. *Rev Educ Psicol Interfaces* . 2020;4(3). DOI: <https://doi.org/10.37444/issn-2594-5343.v4i3.298>
- (2) Sociedade Brasileira de Varejo e Consumo; Cognatis Inteligência Aplicada. A geografia do varejo farmacêutico no Brasil. São Paulo; 2024.
- (3) Floss M, Tolotti G, Rossetto AS, Camargo TS, Saldiva PHN. Linha do tempo do “tratamento precoce” para Covid-19 no Brasil: desinformação e comunicação do Ministério da Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e210693. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210693>
- (4) Gadelha CAG. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde 4.0: por uma visão integrada do desenvolvimento econômico, social e ambiental. *Cad Desenv (Rio de Janeiro)*[Internet]. 2021[citado 2025 jul10];16:25-49. Disponível em: <https://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/cdes/article/view/550>
- (5) Santos BS, Meneses MP. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez; 2013.
- (6) Adorno TW, Horkheimer M. *Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.
- (7) Baudrillard J. *A sociedade de consumo*. 1ª ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
- (8) Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- (9) Foucault M. *O nascimento da clínica*. 5ª ed. São Paulo: Forense Universitária; 2003.
- (10) Conselho Federal de Farmácia; Instituto Datafolha. *Uso de medicamentos*. São Paulo; 2019.
- (11) Mendonça RT. *A medicalização de conflitos: consumo de ansiolíticos e antidepressivos em grupos populares [tese]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.6.2009.tde-28092009-164952>
- (12) Silva LB, Santos CB, Mesquita AOD, Jesus R, Barbosa AS. Automedicação e o uso indiscriminado de psicotrópicos entre jovens. *Rev Multidiscip Saúde*. 2024;5:12-9. DOI: <https://doi.org/10.51161/integrar/remis/4203>

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN DOMINICANA SOBRE CAMBIO CLIMÁTICO SALUD AMBIENTAL Y DERECHO A LA SALUD

Rafael Montero de Oleo¹
Brinia Altagracia Cabrera
Maria Magdalena Rodriguez
Roberto Espinal

INTRODUCCIÓN

El cambio climático constituye una de las principales amenazas globales del siglo XXI, con repercusiones significativas en la salud ambiental y en el derecho a la salud de las poblaciones. En la República Dominicana, la vulnerabilidad climática se ve exacerbada por su ubicación geográfica y su condición de país insular, lo que aumenta la exposición a fenómenos extremos como huracanes, sequías y olas de calor. A pesar de la creciente evidencia científica sobre los efectos adversos del cambio climático, el nivel de conocimiento y percepción de la población dominicana sobre este fenómeno y su impacto en la salud ambiental y el derecho a la salud sigue siendo un área de investigación poco explorada.

El vínculo entre el cambio climático y la salud ambiental es innegable, dado que las alteraciones en los ecosistemas afectan la disponibilidad de agua potable, la calidad del aire y la propagación de enfermedades transmitidas por vectores. En este contexto, comprender la percepción pública sobre el cambio climático y sus implicaciones en la salud resulta fundamental para diseñar estrategias de mitigación y adaptación más eficaces. Así, el presente estudio se centra en evaluar el nivel de conocimiento y percepción de la población dominicana sobre estos aspectos, proporcionando información valiosa para la formulación de políticas públicas orientadas a la protección del derecho a la salud en un contexto de cambio climático. Esta sería una tercera medición acerca del conocimiento y la percepción acerca del cambio climático de la población y la primera encuesta que asocia o relación el conocimiento y percepción sobre salud ambiental y derecho a la salud, categorías que desde la perspectiva de los investigadores están íntimamente relacionadas.

OBJETIVO

Analizar el nivel de conocimiento y la percepción de la población dominicana (en una muestra intencional de sectores de la Provincia Santo Domingo) respecto al cambio climático, la salud ambiental y el derecho a la salud, con el fin de identificar brechas de información y actitudes que puedan influir en la adopción de medidas preventivas y de adaptación.

1 Docente de la Escuela de Salud Pública, Universidad Autónoma de Santo Domingo; miembro de ALAMES República Dominicana. E-mail: fplacencia61@uasd.edu.do

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal con un diseño mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos para obtener una visión integral del nivel de conocimiento y percepción de la población dominicana. La recolección de datos se llevó a cabo mediante encuestas estructuradas aplicadas a una muestra por conveniencia de la población adulta en diversos sectores-comunidades del gran santo domingo, donde se concentra más del 33 por ciento de la población del país. Además, se realizaron entrevistas semiestructuradas con actores clave del sector salud y ambiental para profundizar en la comprensión de los hallazgos cuantitativos.

El análisis de datos se efectuó utilizando estadística descriptiva e inferencial, aplicando pruebas de correlación y análisis de regresión para determinar asociaciones significativas entre las variables de interés. Los datos cualitativos se analizaron mediante análisis de contenido temático, lo que permitió identificar patrones discursivos y percepciones predominantes en los participantes.

RESULTADOS

Los resultados indican que, aunque existe un reconocimiento general sobre la existencia del cambio climático, el nivel de conocimiento específico sobre sus impactos en la salud ambiental y el derecho a la salud es limitado. Un 65% de los encuestados manifestó estar consciente de los efectos del cambio climático, pero solo un 40% pudo identificar correctamente sus repercusiones en enfermedades respiratorias y transmitidas por vectores.

Se identificó una disparidad significativa en el nivel de conocimiento según el nivel educativo y la zona de residencia. Mientras que en las zonas urbanas un 55% de los encuestados demostró un conocimiento medio-alto sobre el tema, en las zonas rurales esta cifra se redujo al 30%. Además, los adultos jóvenes presentaron una mayor disposición a recibir información adicional en comparación con los adultos mayores.

En cuanto a la percepción del derecho a la salud en el contexto del cambio climático, se observó una preocupación generalizada por la falta de políticas gubernamentales dirigidas a la adaptación climática y la protección de la salud pública. Más del 70% de los participantes consideró que el Estado debe implementar medidas urgentes para reducir los impactos climáticos sobre la salud.

Los hallazgos cualitativos revelaron una percepción de impotencia ante el cambio climático, con un discurso predominante de resignación en poblaciones más vulnerables. Sin embargo, también se identificaron narrativas de empoderamiento en grupos organizados que promueven la educación ambiental y la acción comunitaria.

Los resultados indican que, aunque existe un reconocimiento general sobre la existencia del cambio climático, el nivel de conocimiento específico sobre sus impactos en la salud ambiental y el derecho a la salud es limitado. Un 65% de los encuestados manifestó estar consciente de los efectos del cambio climático, pero solo un 40% pudo identificar correctamente sus repercusiones en enfermedades respiratorias y transmitidas por vectores.

Se identificó una disparidad significativa en el nivel de conocimiento según el nivel educativo y la zona de residencia. Mientras que en las zonas urbanas un 55% de los encuestados demostró un conocimiento medio-alto sobre el tema, en las zonas rurales esta cifra se redujo al 30%. Además, los adultos jóvenes presentaron una mayor disposición a recibir información adicional en comparación con los adultos mayores.

En cuanto a la percepción del derecho a la salud en el contexto del cambio climático, se observó una preocupación generalizada por la falta de políticas gubernamentales dirigidas a la adaptación climática y la protección de la salud pública. Más del 70% de los participantes consideró que el Estado debe implementar medidas urgentes para reducir los impactos climáticos sobre la salud.

Los hallazgos cualitativos revelaron una percepción de impotencia ante el cambio climático, con un discurso predominante de resignación en poblaciones más vulnerables. Sin embargo, también se identificaron narrativas de empoderamiento en grupos organizados que promueven la educación ambiental y la acción comunitaria.

CONSIDERACIONES

Este estudio evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de educación y comunicación sobre el cambio climático, enfatizando su impacto en la salud y el derecho a la salud. Se recomienda la implementación de políticas intersectoriales que integren el sector salud, educación y medio ambiente para mejorar la preparación y la respuesta ante los desafíos climáticos.

Asimismo, es fundamental desarrollar programas de sensibilización dirigidos a las poblaciones más vulnerables, promoviendo el acceso a información basada en evidencia y fomentando la participación ciudadana en la toma de decisiones ambientales y sanitarias.

REFERENCIAS

- (1) Leal WF, Mifsud M, et al. Climate change scepticism at universities: a global study. Sustainability [Internet]. 2019 [citado 2025 junho 10];11(2981):1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/su11102981>
- (2) Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate Change 2021: The Physical Science Basis. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
- (3) Muñoz-Duque LA, Arroyave O. Percepción del riesgo y apego al lugar en población expuesta a inundación: un estudio comparativo. Pensam Psicol [Internet]. 2017 [citado 2025 junho 10];15(2):79-92. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/javerianacali.PPSI15-2.pral>
- (4) Organización Mundial de la Salud. Cambio climático y salud [Internet]. 2021 [citado 2025 junho 10]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
- (5) Patz JA, Frumkin H. Climate change and public health. Washington, D.C.: American Public Health Association; 2020.
- (6) United Nations Development Programme. Human Development Report 2022: Climate Change and Inequality. Nueva York: UNDP; 2022.

O ASSÉDIO LABORAL SOFRIDO POR SERVIDORAS/ES PÚBLICOS DA SAÚDE E A ATUAÇÃO DE UM SINDICATO

Amanda Galerani Thomaz¹

Almir Luciano Francisco

Julio Cezar da Cruz

Leonardo Miranda Silva

Nanci Ferreira Pinto

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho, atualmente, é caracterizado pela crescente precarização e perda de direitos (1). Há ainda um apelo emocional às/aos trabalhadoras/es quanto aos valores das instituições, com diversos mecanismos de internalização do controle, autovigilância e vigilância dos colegas. Além da crescente terceirização dos diversos setores, desagregando cada vez mais as/os trabalhadoras/es.

Nesse contexto, o assédio laboral ganha destaque e tem sido reconhecido mundialmente como um importante problema em Saúde Pública. O tema é debatido por estudiosos do campo da Saúde do Trabalhador, alguns sindicatos, também por empregadores, instituições, privadas e públicas (2,3). Em 2019, a Organização Internacional do Trabalho aprovou a Convenção 190, que enuncia esforços para a eliminação da violência e assédio no mundo do trabalho (4), a qual o Brasil encontra-se em fase de ratificação.

Os discursos institucionais e alguns científicos, pretensamente neutros, situam o fenômeno no âmbito dos conflitos interpessoais e apontam que qualquer pessoa pode praticar assédio, chefes e subordinados, desconsiderando que ao assediador é necessário a detenção de poder, por exemplo, de demitir (4). O assédio laboral está situado concretamente na atual etapa do capitalismo, da chamada acumulação flexível, e tem um papel fundamental no controle sobre os trabalhadores objetiva e subjetivamente (4).

OBJETIVOS

O SindSaúde/PR, Sindicato que representa as/os trabalhadoras/es e servidoras/es públicas/es da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA), conta com uma equipe de Saúde do Trabalhador: composta por diretoras/es sindicais, um trabalhador da entidade, uma assistente social, um psicólogo, também as advogadas do Sindicato e um médico do trabalho. A equipe acolhe demandas em saúde relacionadas ao trabalho e realiza ações com o objetivo de enfrentar tais problemas, dentre elas o assédio laboral.

1 Psicóloga da Secretaria de Saúde do Paraná, Diretora Estadual do SindSaúde/PR. E-mail: amandagthomaz@gmail.com

DESENVOLVIMENTO

Em levantamento realizado pela equipe de Saúde do Trabalhador, no ano de 2024, por meio de um formulário eletrônico divulgado pelos meios de comunicação do Sindicato, 58% das/os trabalhadoras/es (de um total de 406 que responderam) identificam a ocorrência de algum tipo de violência no local de trabalho. Observa-se que há especificidades nos serviços que passaram pelo processo de terceirização, onde há maior fragmentação dos vínculos de trabalho em um mesmo local.

Muitas situações são acolhidas, de forma individual ou coletiva, pelas/os profissionais que compõem o grupo. Estas/es, então, produzem relatórios que servem de subsídio para as negociações sindicais, ou denúncias cabíveis (chefia imediata, SESA, Ministério Público Estadual, Ministério Público do Trabalho), sempre a partir de decisões em conjunto com as/os trabalhadoras/es ou coletivos atendidos.

Muitas/os servidoras/es relatam sobre situações em que sofreram ou presenciaram humilhações, constrangimentos, brincadeiras inapropriadas, xingamentos, gritos, ameaças. Algumas/uns têm sua presença ignorada, sofrem isolamento no ambiente de trabalho, são desqualificadas/os, clima institucional de medo, insegurança e desmotivação. Tornou-se comum as chefias solicitarem a algumas/uns trabalhadoras/es tarefas desproporcionais ou incompatíveis com sua função, ou retirarem tarefas que são de sua responsabilidade, ou mesmo retirarem os meios para o cumprimento adequado das tarefas, tratamento diferenciado aos que são mais próximos, punições aos que questionam as mudanças no processo de trabalho e seus impactos na qualidade do serviço prestado, desrespeito à autonomia profissional, retenção de informações necessárias ao trabalho, comunicação institucional confusa.

Sabemos que as condições de trabalho são determinantes do processo saúde-doença. Cada vez mais acolhemos trabalhadoras/es no mínimo desmotivadas/os, com sintomas ansiosos e depressivos, não vendo sentido no trabalho, e frequentemente com transtornos mentais mais graves, incluindo risco de suicídio. Muitas/os necessitam de afastamentos em saúde. Aí há outro problema: é frequente que a Perícia do Estado indefira ou defira parcialmente os afastamentos, contribuindo na intensificação do adoecimento.

Esta estratégia de gestão, cada vez mais disseminada, passa pela humilhação e isolamento de certos trabalhadores, impactando em todos os outros. Um dos alvos preferenciais costumam ser trabalhadoras/es que contestam a degradação das relações de trabalho, o desmonte de serviços públicos, que, de alguma forma, representam uma ameaça a uma certa “harmonia” dos ambientes de trabalho, pois denunciam que esta harmonia é apenas aparente. Um efeito nitidamente observado do assédio laboral é o enfraquecimento da união entre as/os trabalhadoras/es, clima de trabalho passa a ser de competitividade, indiferença ao sofrimento de colegas, degradação das relações, ao invés de solidariedade e união.

CONSIDERAÇÕES

As consequências do assédio são profundamente danosas a nível coletivo e individual. Apesar de o discurso hegemônico das instituições insistir em tratar o assédio como efeito acessório e acidental, ou naturalizar os pressupostos violentos sob o qual o capitalismo se funda. As/os trabalhadoras/es conhecem o significado e os impactos de ter a integridade ameaçada no trabalho, sem forças para as atividades diárias, inclusive fora do ambiente de trabalho, perda do sentido do trabalho e da vida.

O assédio laboral é, na verdade, uma estratégia de gestão, eficiente e devastadora (5,6). Tão mais eficiente quanto mais imperceptível (5). Então, Devemos abordar o problema não apenas no âmbito dos conflitos interpessoais, mas da luta de classes. Se é problema coletivo, a solução também deve ser, não deixando de lançar mão das iniciativas individuais (tratamentos em saúde, judicialização). É necessário que resgatamos o reconhecimento enquanto classe, a solidariedade, o cuidado uns com os outros.

REFERÊNCIAS

- (1) Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv Soc Soc*. 2015;123:407–27. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>
- (2) Conselho Nacional do Ministério Público. Assédio moral e sexual: previna-se [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2025 maio 6]. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/sc/arquivos/cartilha-assedio>
- (3) Controladoria Geral do Estado do Paraná. Cartilha de prevenção ao assédio moral [Internet]. Curitiba; [citado 2025 maio 6]. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/sc/arquivos/cartilha-assedio>
- (4) Organização Internacional do Trabalho. Convenção sobre a eliminação da violência e do assédio no mundo do trabalho. Genebra: OIT; 2019.
- (5) Souza TMS, Ducatti I. O enfrentamento do assédio moral pelos sindicatos: contribuições marxistas. *Cad Psicol Soc Trab*. 2017 [citado 2025 maio 6];20(1):79–94. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172017000100007
- (6) Heloani R, Barreto M. Assédio moral: gestão por humilhação. Curitiba: Juruá; 2018.

O DESEQUILÍBRIO NA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA E OS DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL E NA COLÔMBIA

Luciana Souza d'Ávila¹
Eli Iola Gurgel Andrade
Fernando Mussa Abujamra Aith

INTRODUÇÃO

Brasil e Colômbia tiveram suas constituintes e reformas sanitárias no mesmo período histórico (final dos anos 1980 e início dos 90), em um contexto sociopolítico e econômico marcado por medidas neoliberais, aderentes ao Consenso de Washington. Ambas as Constituições - Brasil (1988) e Colômbia (1991) - assumiram um caráter “bifronte”, com a previsão de diversos direitos econômicos, sociais, e culturais, associada a elementos e conceitos inseridos na lógica de mercado. (1,2) Foi observada a entrada massiva da iniciativa privada em diversas políticas sociais, sob a alegação de que o Estado é ineficiente para a prestação dos serviços. Esse cenário foi o palco para a implementação do *Sistema General de Seguridad Social em Salud* (SGSSS), na Colômbia, e do Sistema Único de Saúde no (SUS) no Brasil, sendo o primeiro um sistema híbrido (pluralismo estruturado), com o Estado atuando como regulador e o setor privado como principal prestador dos serviços. A Entidades Promotoras de Salud (EPS), em sua maioria privadas, foram criadas como seguradoras e responsáveis pela contratação dos prestadores, servindo como intermediárias dos recursos. (3,4) O SUS, por outro lado, foi criado como um Sistema Universal, mas que não veio acompanhado de uma estratégia robusta de financiamento e que permitiu a participação da iniciativa privada como complementar e suplementar (5,6).

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi analisar os desafios e ameaças para a efetivação do direito à saúde no Brasil e na Colômbia, tendo em vista a configuração da relação pública-privada estabelecida nos sistemas de saúde dos dois países.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, quali-quantitativo, que buscou a contribuição das Ciências Sociais, Ciência Política, Sistemas Comparados de Saúde e Direito Comparado para definição das variáveis de coleta e categorias de análise. A coleta e análise dos dados e informações envolveu a combinação de ferramentas técnico-metodológicas e fontes, no período de 1990 a 2020, tendo em vista três eixos: 1) Contexto Sócio-Histórico; 2) Reconhecimento e garantia do direito à saúde; 3)

¹ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Coordenação de Promoção, Cuidado e Vigilância em Saúde. lucianasd14m@gmail.com.

Sistemas de justiça e judicialização da saúde. Para a coleta, foram realizadas análise documental; revisão narrativa da literatura; busca de indicadores (econômicos, sociais, epidemiológicos, gastos em saúde e da judicialização da saúde) e entrevistas com atores-chave da reforma sanitária e da judicialização. O tratamento dos dados e informações incluiu a análise de conteúdo combinada à análise crítica do discurso e a construção de linhas do tempo, gráficos temporais e testes de correlação. Buscou-se uma estratégia comparativa que considerasse os processos históricos dos dois países, a partir de um cenário externo de forças e interesses e um interno de desigualdades e lutas permanentes por direitos.

RESULTADOS

A relação público-privada no Brasil e na Colômbia vem se intensificando e se tornando um desafio para os sistemas de saúde e para o acesso aos serviços pela população. Mesmo com modelos distintos de sistemas, tal cenário gerou uma dependência do setor público em relação ao privado, a qual foi naturalizada pelo marco legal da saúde e também pela atuação dos dois sistemas de justiça. Na Colômbia, o desenho do SGSSS separou a atenção individual da coletiva, deixando a primeira a cargo do mercado, em um modelo de atenção fragmentado e medicalizado. Os gastos privados em saúde assumiram trajetória ascendente e as seguradoras utilizaram diversas estratégias para aumentarem sua lucratividade, como a manipulação das normas do Sistema; integração vertical; multifiliação; cadastro de pessoas falecidas; não pagamento de prestadores; trâmites longos e burocráticos; negativas de tratamentos/medicamentos para receberem reembolso via judicialização etc. O Brasil, por sua vez, apresentou baixo fomento à estrutura pública, seja por subfinanciamento, seja por obstáculos burocráticos, levando ao aumento da contratação de Organizações Sociais (OSS) e de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e significando a transferência de recursos públicos para a iniciativa privada. Ainda, definiu-se como parâmetro de organização a lógica de custo-benefício; os serviços privados foram incluídos no mapa de cobertura da saúde e os gastos em saúde privados superaram os públicos. Paralelamente, nos dois países, embora os sistemas de justiça tenham uma visão garantista e tenham contribuído para ampliação do acesso em alguns casos, acabam por reforçar essa configuração ao não questionarem o modelo de participação privada e ao priorizarem o formato individual de tutela jurisdicional.

CONCLUSÕES

Os resultados revelam que, no caso colombiano, a organização do sistema prioriza a proteção financeira das seguradoras em detrimento da efetividade do cuidado e do acesso pelas pessoas, reforçando as iniquidades. Esse contexto se revela em um grau ainda mais profundo ao se analisar a presença incipiente e a distribuição desigual de seguradoras e prestadores na área rural. No Brasil, apesar do reconhecimento da insuficiência de recursos para o SUS, mais do que a questão orçamentária em si, uma das principais razões para que esse cenário se mantenha é a não priorização política da efetivação de um direito que deveria ser universal e a incidência de interesses eminentemente privados no sistema e nos seus recursos. Os resultados revelam que lógica de estruturação dos sistemas, em um

mix público-privado no qual um direito social se confunde com o direito de consumo, representa um importante desafio para a efetivação do direito à saúde no Brasil e na Colômbia.

REFERÊNCIAS

- (1) Montealegre EL. La Constitución de 1991 y la crisis de la salud: encrucijadas y salidas. Bogotá: Ediciones Uniandes; 2011. 122p.
- (2) Fleury S. Revisitar a teoria e a utopia da reforma sanitária. In: Fleury S.(Org.). Teoria da Reforma Sanitária: Diálogos Críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.31-84.
- (3) Hernández-Álvarez M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América latina. Rev Fac Nac Salud Pub. 2001;19(1):57-70.
- (4) Velez CM. La salud en Colombia: pasado, presente y futuro de un sistema en crisis. Bogotá: Debate; 2016.
- (5) Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p.21-56.
- (6) Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(6):1723-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PERSPECTIVA MARXISTA DEL INTERCAMBIO ECONÓMICO DESIGUAL Y EL DRENAJE DE RECURSOS DESDE EL SUR AL NORTE GLOBAL

John Harold Estrada-Montoya¹

INTRODUCCIÓN

El supuesto dominante neoliberal sostiene que los países del norte global lograron el éxito económico gracias a la buena gobernanza, instituciones sólidas y libertad de mercados. Los países del sur global no lograron desarrollarse porque carecen de éstas, o sufren de corrupción, burocracia e ineficiencia. La tradición marxista asume la Teoría de la Dependencia y el Intercambio Económico Desigual teorizadas por Emmanuel Arghiri, Samir Amín y en latinoamérica por Ruy Mauro-Marini (1), Vina Bambirra (2) y Theotonio Dos Santos. La falta de datos empíricos debilitó esta posición argumentativa durante muchos años y sufrió la embestida del poder hegemónico neoliberal, hasta que teóricos como Ricci, Hickel (3), Sullivan, Dorninger (4), Kohler y Patnaik, usando “Big Data” de millones de registros del comercio internacional de las últimas décadas, desarrollaron sólidos algoritmos sociales y fórmulas matemáticas complejas, verificables por investigadores y centros de investigación en todo el mundo, que incluyen la ley del valor de Marx y la dependencia, asumiendo que en dos países de diferente nivel de desarrollo la productividad del trabajo es equivalente.

OBJETIVO

Determinar hasta un nivel de desagregación en millones de dólares, una relación equivalente transformando mercancías cualitativamente diferentes en valores de cambio cuantitativamente idénticos, para lo cual se equiparán salarios, tasas de ganancia, uso de la tierra para cultivo o extracción de bienes primarios, energía empleada en estos procesos y las horas de fuerza de trabajo empleadas en todos los sectores.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa cualitativa de la literatura. Se consultaron autores emblemáticos desde aproximaciones contra-hegemónicas marxistas así como literatura gris y videos referidos al “Intercambio Desigual” en inglés, portugués y español. Se revisaron los artículos y se observaron los videos y sus transcripciones con lo cual se construyeron los principales hallazgos que serán presentados en forma detallada en el congreso. Las categorías emergentes son: A. El intercambio desigual desde las perspectivas seleccionadas y B. Rutas y herramientas metodológicas para estimar el Valor drenado desde el sur global de mercancías, tierra, energía y fuerza de trabajo. Para evaluar los flujos de recursos en el comercio y sus efectos monetarios, los más reconocidos autores, trabajaron con grupos de investigación de manera separada, usaron el comercio de valor agregado (por sus siglas TiVA), la base de datos de

1

Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia. E-mail: jhestradam@unal.edu.co

entrada-salida (inputs-outputs MRIO) con enfoque multirregional y ecológico, obteniendo medidas del valor de las mercancías que el Sur le ha transferido sin compensación al Norte global desde el año 1960 hasta 2019.

RESULTADOS

Además de las profundizaciones teóricas utilizadas, los investigadores presentan sus principales hallazgos así: 1. Solamente para el año 2015 la apropiación neta del Norte (una cuarta parte de su consumo) totalizó 12 mil millones de toneladas de materias primas, 822 millones de hectáreas de tierra usadas, 21 exajulios de energía (equivalente a 3,4 mil millones de barriles de petróleo) y 188 millones de años-persona equivalentes de trabajo, transferidos de forma gratuita, por un valor de 10,8 billones de dólares en precios del Norte. 2. Durante el período 1990 a 2015, la fuga o drenaje de valor del Sur Global ascendió a 242 billones de dólares constantes de 2010. 3. Usando estos métodos matemáticos los autores encontraron que las pérdidas del Sur debido al intercambio desigual superan sus ingresos totales de ayuda durante el período en un factor de 30. 4. La apropiación y drenaje de recursos tiene consecuencias ecológicas significativas en las regiones donde se produce la extracción ya que el uso de estos materiales está estrechamente vinculado a presiones ambientales pues existe una sinergia entre los flujos de masa agregados y el impacto ecológico resultante. Esto representa 90% o más de la variación en los indicadores de daño ambiental y más del 90% de la pérdida de biodiversidad y el estrés hídrico (International Resource Panel, 2019). 5. Una cifra contundente de todos estos estudios es que el intercambio desigual representa hasta el 7% del PIB del Norte y el 9% del PIB del Sur global después de la segunda guerra mundial. Esto produjo en el sur global un aumento de la malnutrición, carencias materiales, aumento de enfermedades crónicas, persistencia de las agudas y reemergencia de otras ya controladas, así como aumento de la pobreza absoluta.

CONCLUSIONES

Los materiales, la tierra, la energía y la mano de obra del sur podrían utilizarse para abastecer a los seres humanos y desarrollar capacidad industrial soberana, pero se moviliza para el consumo del Norte. Este drenaje cubriría las necesidades energéticas anuales, garantizaría vivienda digna a 6.500 millones de personas, alimentos nutritivos, transporte público, salud, educación, saneamiento y comunicación. Las Teorías de la Dependencia Marxista y el intercambio Económico Desigual, permiten con sólida argumentación teórica y matemática dar cuenta de la desigualdad global, el desarrollo desigual y el colapso ecológico, como elementos de una narrativa contra-hegemónica que ayuda a los pueblos y organizaciones del sur global a fortalecer sus herramientas de lucha contra el embate del capitalismo global y la democratización de las instituciones multilaterales de la gobernanza global como lo expresaron sus líderes en la cumbre de Kazan, Rusia en 2024.

REFERENCIAS

- (1) Marini RM. Dialéctica de la dependencia. México: Ediciones ERA; 1973.
- (2) Bambirra V. El capitalismo dependiente latinoamericano. México: Siglo XXI Editores; 1971.
- (3) Hickel J, Lemos MH, Barbour F. Unequal exchange of labour in the world economy. *Nat Commun.* 2024;15:6298. doi:10.1038/s41467-024-49687-y.
- (4) Dorninger C, Hornborg A, Abson DJ, von Wehrden H, Schaffartzik A, Giljum S, et al. Global patterns of ecologically unequal exchange: implications for sustainability in the 21st century. *Ecol Econ.* 2021;179:106824. doi:10.1016/j.ecolecon.2020.106824.

POLUIÇÃO PLÁSTICA: O GREENWASHING DAS INDÚSTRIAS DE TABACO, BEBIDAS ALCOÓLICAS E ULTRAPROCESSADOS

Vitória Lucia Silva de Moraes¹

Anelize Moreira Bruna Kulik Hassan Marília Sobral Albiero

Mariana Pinho Viviane da Rosa Tavares

Laura Cury Paula Johns

INTRODUÇÃO

Tabaco, bebidas alcoólicas [BA] e produtos alimentícios ultraprocessados [PUP] são produtos nocivos à saúde, cuja produção e o consumo em larga escala também causam danos ambientais (1). As transnacionais de tabaco, BA e PUP são as maiores poluidoras de plástico do mundo (2). Por isso, a Assembleia das Nações Unidas para o Meio Ambiente aprovou a criação do Tratado Global contra a Poluição Plástica em 2022, que pretende garantir avanços em acordos, já que compromissos voluntários adotados pelas transnacionais que compõem a cadeia do plástico têm sido insuficientes para solucionar o problema (1).

Em conjunto com a defesa da autorregulação, essas empresas têm praticado o greenwashing, que sustentam a construção de uma imagem corporativa sustentável, com o intuito de evitar regulações rígidas e proteger a imagem reputacional de suas marcas (3). Tal construção consiste no uso de um conjunto de práticas descritas por Lyon e Montgomery (2015), por meio de uma metodologia de categorização que auxilia a análise e compreensão das ações propostas pelas corporações no âmbito da sustentabilidade ambiental (4).

OBJETIVO

O presente trabalho teve como objetivo analisar as ações de greenwashing desempenhadas pelas transnacionais de PUP, BA e tabaco em relação à poluição plástica, visando compreender suas estratégias e implicações para a regulação nas áreas de saúde e ambiental.

METODOLOGIA

O estudo qualitativo foi realizado a partir da análise de relatórios corporativos e do monitoramento contínuo com a ferramenta Google Alertas, de março de 2022 a novembro de 2024, período que se estende da aprovação do Tratado Global à última rodada de negociações. Focou-se nas ações de greenwashing para a poluição plástica, realizadas no Brasil, das corporações: [1] do setor de

1 ACT Promoção da Saúde. E-mail: vitoria.moraes@actbr.org.br

PUP, Coca-Cola, Nestlé, Unilever, Pepsico, Mondelez, Mars e Danone; [2] do setor do tabaco, British American Tobacco [BAT], Philip Morris e JTI, e; [3] do setor de BA, Ambev e Heineken.

A análise seguiu a metodologia proposta por Lyon e Montgomery (4): [1] Divulgação seletiva: ênfase apenas nas áreas com melhorias ambientais; [2] Políticas verdes vazias: políticas ineficientes; [3] Rótulos e certificações duvidosas: certificações obtidas por auditorias cooptadas; [4] Apoio e parceria com ONGs cooptadas: aliança com organizações de ambientalistas; [5] Programas voluntários sem eficiência; [6] Narrativas e discursos enganosos: utilização do marketing para a construção de uma imagem falsamente sustentável; [7] Imagens enganosas: utilização de símbolos que remetem à sustentabilidade.

RESULTADOS

Foram identificadas 37 ações de greenwashing ligadas à poluição plástica, com destaque para a estratégia “Narrativas e discursos enganosos”, utilizada oito vezes. “Divulgação seletiva” e “Apoio e parceria com ONGs cooptadas” aparecem em seguida, com sete ações compreendidas para cada. O estabelecimento de “Políticas verdes vazias” apareceu seis vezes, enquanto a adoção de “Programas voluntários sem eficiência” e “Imagens enganosas” apareceram quatro vezes cada. A estratégia menos utilizada foi a adoção de “Rótulos e certificações duvidosas”, descrita uma vez. A maior parte das ações de greenwashing foi realizada por fabricantes de PUP [25 ações], com protagonismo da Coca-Cola [11 ações]. As transnacionais de BA realizaram 12 ações, sendo nove desenvolvidas pela Ambev. Por fim, as transnacionais do tabaco realizaram cinco ações, onde se destaca a Philip Morris, com quatro ações.

A sociedade civil vem denunciando a interferência de corporações, como as fabricantes de bens que utilizam embalagens de uso único nas negociações do Tratado Global (5). As ações descritas no presente estudo expõem as atividades políticacorporativas empregadas para evitar uma resolução rígida e moldar um Tratado favorável aos interesses corporativos. Para isso, a literatura já mostra que corporações financiam produções científicas favoráveis aos seus interesses, atuam em coalizão com atores com objetivos afins, influenciam o processo de tomada de decisão e apostam na autorregulamentação, ancoradas em ações voluntárias compreendidas como práticas de gerenciamento de reputação (3). Gilmore e colaboradores as enquadram como um dos componentes dos determinantes comerciais da saúde, meios pelos quais as corporações, suas práticas e produtos influenciam a saúde humana e planetária (3).

CONCLUSÕES

Foram observadas ações de greenwashing praticadas no âmbito da produção e descarte plástico para os três setores avaliados. A autorregulação e os acordos voluntários têm sido ineficazes na mitigação da poluição plástica, destacando a necessidade de implementar medidas com mecanismos de monitoramento e responsabilização, através de legislações a nível nacional e resoluções globais. O Tratado em discussão pode se inspirar na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, que, para

coibir a interferência da indústria, recomenda aos países signatários que proíbam a publicização de ações de responsabilidade social corporativa, usadas para construir imagem positiva e desviar atenção dos impactos negativos de suas práticas e produtos (5). Os arcabouços regulatórios mandatórios devem incorporar mecanismos para reduzir a influência dos setores regulados no processo decisório e incentivar alternativas sustentáveis, como a economia circular.

REFERÊNCIAS

- (1) Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Key human rights considerations for the negotiations to develop an international legally binding instrument on plastic pollution [Internet]. 2022 [citado 2025 maio 20]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/climatechange/2022-12-01/OHCHR-inputs-INC1.pdf>
- (2) Break Free from Plastic. The Brand Audit Report 2019 [Internet]. 2019 [citado 2025 maio 20]. p. 40. Disponível em: <https://brandaudit.breakfreefromplastic.org/wp-content/uploads/2022/11/branded-2019.pdf>
- (3) Gilmore AB, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *The Lancet*. 2023 apr;401(10383):1194-213. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)00013-2.
- (4) Lyon TP, Montgomery AW. The Means and End of Greenwash. *Organ Environ*. 2015 Jun;28(2):223-49. DOI: 10.1177/1086026615575332
- (5) Ralston R, et al. Corporate interests and the UN treaty on plastic pollution: neglecting lessons from the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *The Lancet*. 2023 dec;402(10419):2272-4. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)02040-8

PROJETO AVALIAÇÃO DO IMPACTO À SAÚDE DE AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE) PELA EXPOSIÇÃO A AGROTOXICOS NO RJ: EXPERIÊNCIA DA COMUNIDADE AMPLIADA DE PESQUISA (CAP)

Ana Paula das Neves Silva¹

Ariane Leites Larentis

Ana Cristina Simões Rosa

Priscila Jeronimo da Silva Rodrigues Vidal

Dominique Mattos

Eline Simões Gonçalves

Altamiro dos Santos Coelho

Marcos Rogerio da Silva

Roberto Paulo Bento Nunes

Thaís Ingrid Leão Costa Ferreira Valença

INTRODUÇÃO

Desde a década de 1950, as ações de controle de doenças endêmicas transmitidas por vetores, em especial o mosquito *Aedes aegypti*, vêm sendo centradas no combate aos mosquitos com utilização de agrotóxicos inseticidas/larvicidas e estruturadas em moldes tipicamente militares. (1) Neste cenário, os trabalhadores do controle de vetores urbanos do setor público, atualmente nomeados como Agentes de Combate às Endemias/Guardas de Endemias (ACE), são expostos a múltiplas nocividades durante seu processo de trabalho, incluindo a exposição a diversos agrotóxicos, inclusive venenos neurotóxicos, genotóxicos e carcinogênicos, alguns banidos em outros países pelos seus efeitos à saúde humana e ambiental (2-4).

OBJETIVO

Relatar a experiência e os resultados do “Projeto integrador multicêntrico: Estudo do impacto à saúde de Agentes de Combate às Endemias/Guardas de Endemias pela exposição a agrotóxicos no estado do Rio de Janeiro”, que integra pesquisa, assistência e vigilância ativa.

DESENVOLVIMENTO

O projeto está situado no campo da Saúde do Trabalhador (ST) e se inspira no Movimento Operário Italiano (MOI) (5), com ações voltadas para prevenção e construção de ambientes de trabalho mais seguros e a valorização da experiência e saber do trabalhador nas avaliações de seu processo de trabalho. Neste sentido, o projeto foi organizado e atua sob a perspectiva de uma Comunidade

1 Doutoranda no Programa de Saúde Pública e Meio Ambiente/Ensp/Fiocruz. E-mail: anapaulaneves@hotmail.com

Ampliada de Pesquisa (CAP), compreendendo que a construção do conhecimento se dá através do debate sinérgico dos diferentes saberes, o técnico-científico e aquele acumulado pelos protagonistas do trabalho em suas atividades. E a partir disto, sejam promovidas mudanças positivas no processo de trabalho, pois “para controlar é preciso, antes de mais nada, conhecer”. (5) Deste modo, na CAP, a ciência é construída entre trabalhadores e técnicos/pesquisadores, buscando romper com a divisão sociotécnica da pesquisa e superar as experiências desenvolvidas nos modelos tradicionais da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. O projeto foi aprovado pelo CEP/ENSP sob no CAAE 03323018.4.0000.5240. Foram realizados fóruns de discussão com os ACE, estudantes e pesquisadores quinzenalmente, incluída a participação dos trabalhadores nas bancas de avaliação dos estudantes de pós-graduação e a realização de cursos de formação dos trabalhadores na área de toxicologia dos agrotóxicos e vigilância ativa. Também têm sido realizadas oficinas e atividades, para discussão sobre ações na justiça, legislações, sistematização de experiência dos ACE para construção de alternativas ao modelo atual de combate às endemias e mudanças necessárias para a proteção da saúde dos ACE. A escuta da demanda dos trabalhadores, orientou todas as metodologias dos trabalhos de discentes de pós-graduação e ações do projeto, que, além dos trabalhos acadêmicos, também contou com assistência ambulatorial multiprofissional de medicina, neurologia, dermatologia, pneumologia, enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e assistência social, especializados em ST. Uma das primeiras etapas do projeto consistiu da identificação, caracterização e pesquisa sobre os efeitos à saúde e ambientais decorrente dos agrotóxicos em uso pelos ACE, por meio de pesquisa documental nas secretarias de saúde estadual e municipal do Rio de Janeiro (RJ). Posteriormente foi aplicado um questionário disponibilizado aos ACE por meio da plataforma Google Forms® composto por 107 questões divididas em seis seções: dados sociodemográficos, caracterização do trabalho, saúde e pandemia de COVID-19, exposição ocupacional e ambiental a substâncias químicas, saúde mental e qualidade do sono. Também foram feitos exames laboratoriais clínico/toxicológicos a partir da coleta de sangue de 127 ACE do estado do RJ. Estes resultados foram apresentados individualmente para os trabalhadores atendidos, segundo preceitos éticos, e foram inseridos nos prontuários do Ambulatório do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Ensp/Fiocruz). Todos os resultados das ações e pesquisas do projeto foram publicados como devolutivas para os trabalhadores sob a forma de boletins; capítulos de livros; notas técnicas; dissertações e teses; artigos; e resumos, pôsteres e apresentações para congressos. Também foram apresentados em reuniões e oficinas de ST nos sindicatos representantes dos ACE e para deputados estaduais na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ) e em Audiência Pública “Saúde dos Agentes de Endemias” (6) para discussão sobre melhorias concretas para esses trabalhadores, como: pleito dos exames/acompanhamento de saúde dos ACE; elaboração de Projetos de Lei para prevenção e cuidados à saúde dos ACE e melhoria das condições e ambientes de trabalho; luta por indenizações pela exposição crônica a agrotóxicos no processo de trabalho e por proibição do uso de agrotóxicos. Um dos avanços mais interessantes proporcionados pela CAP para este projeto ocorreu na 2ª Mostra de Pesquisa, Ensino e Ações (MOPEAC) do Cesteh/Ensp/Fiocruz, onde foram apresentados diversos trabalhos pelos discentes e trabalhadores. Ademais, em janeiro de

2025, foi possível finalizar o “Laudo do serviço do Cesteh/Ensp/Fiocruz com indicação de nexo causal da exposição a agrotóxicos no processo de trabalho dos Agentes de Combate às Endemias/Guardas de Endemias (ACE) do estado do Rio de Janeiro”, documento produzido para complementar a ação civil pública referente aos exames periódicos dos ACE, e assinado pela equipe multidisciplinar do Cesteh/Ensp/Fiocruz.

CONCLUSÕES

A CAP é uma forma de “fazer ciência” que se inicia na realidade concreta do processo de trabalho e busca sua transformação pela construção dos próprios trabalhadores. Esta abordagem é fundamental para implementação de projetos de educação ambiental, a participação comunitária e a integração intersetorial, promovendo resultados relevantes, inovadores e indispensável quando pensamos em avançar com projetos que preconizam o manejo ambiental e ações educativas, como alternativas que não se baseiem exclusivamente em modelos dependentes de agrotóxicos.

APOIO: Fiocruz, Ministério da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente/ENSP e Rede Gaúcha de Saúde Única Fapergs-INOVA-Fiocruz, sindicatos de ACE: SintsáudeRJ, Sindsprev/RJ (Departamento de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora), Sindiserf/RJ, Sintrasef.

REFERÊNCIAS

- (1) Augusto LG, Gurgel AM, Costa AM, Diderichsen F, Lacaz FA, ParraHenao G, et al. *Aedes aegypti* control in Brazil. *Lancet*. 2016 Mar;387(10023):1052–3 [citado 2025 jul 10]. DOI:10.1016/S0140-6736(16)00626-7.
- (2) Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – CESTEH. Relatório Técnico/Científico do ‘Projeto Integrador Multicêntrico: Estudo do impacto à saúde de Agentes de Combate às Endemias/Guardas de Endemias pela exposição a agrotóxicos no Estado do Rio de Janeiro’ [Internet]. 2024 [citado 2025 fev 10]. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/55251>
- (3) Larentis A, Carvalho L, Gonçalves E, Corrêa D, Nogueira S, Lima E, et al. Adoecimento e mortes de Agentes de Combate às Endemias no Estado do Rio de Janeiro expostos a agrotóxicos: crítica ao processo de trabalho e construção coletiva de estratégias de enfrentamento. In: Pina JA, Costa AB, organizadores. *Saber operário, construção de conhecimento e a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec Editora; 2021. p. 455. (Saúde em Debate).
- (4) Lewis KA, Tzilivakis J, Warner DJ, Green A. An international database for pesticide risk assessments and management. *Hum Ecol Risk Assess*. 2016; 22(4):1050–64 [citado 2025 jul 10]. DOI:10.1080/10807039.2015.1133242.
- (5) Oddone I, Marri G, Gloria S, Brunelli G, Righetti P, Tugnoli G, et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec Editora; 1986.
- (6) Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro – ALERJ. Audiência Pública Conjunta | Saúde dos agentes de combate às endemias [Internet]. 2024 [citado 2025 fev 10]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=r5qMLz5g5VU>

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE MÉXICO: UNA PROPUESTA EPISTEMOLÓGICA DE SU CAMPO DE ACCIÓN

Luis Ángel González Rojo¹

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge de los cuestionamientos del autor de este escrito con relación al campo de acción (CA) de las licenciadas y licenciados en Promoción de la Salud (PS) de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Estas inquietudes se fundamentan en su experiencia laboral dentro de la Dirección de Promoción de la Salud (DPS). Durante su paso por la DPS, pudo constatar que el CA de dichos profesionales se ha orientado hacia el ámbito patológico e individual, reduciéndolo al cambio de estilos de vida. Es decir, el CA ha sido determinado por la Práctica Médica (PM), a partir de tres dominios que se plantean desde la Medicina Social (MS): económico, político e ideológico/cultural.

Es a partir de lo anterior que surge la presente investigación, con la convicción de que el CA de las promotoras y promotores de la UACM debe enfocarse en un ámbito transformador, capaz de incidir en los procesos sociales que oprimen a la sociedad; de concebir la salud como un derecho humano; y de funcionar como un contrapeso ante las desigualdades sociales en salud, las desfavorables condiciones de vida y la pobreza provocada por el capitalismo en su fase neoliberal (1-4). En resumen, el CA de las y los promotores debe orientarse hacia la transformación de las condiciones de salud que determinan la salud de los colectivos.

OBJETIVO

Ante ese tenor nace la necesidad de proponer, a partir del análisis del marco teórico-conceptual de la Promoción de la Salud, una definición epistemológica que delimite y recupere la complejidad del campo de acción de las promotoras y los promotores de la salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis documental con el objetivo de examinar los elementos teórico-conceptuales de la PS que pueden contribuir a la construcción de una definición epistemológica de las y los promotores de la salud de la UACM. Para ello, se aplicaron los siguientes criterios de selección:

1 Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Maestría en Medicina Social. E-mail: luis_glez_rojo@hotmail.com

Es importante señalar que la presente investigación, desarrollada en el marco de un trabajo de tesis, se encuentra aún en proceso, por lo que el documento está sujeto a ajustes y modificaciones. En ese sentido, se presentan algunos de los resultados preliminares.

búsqueda de los principales marcos internacionales relacionados a sus dominios y competencias (D y C), idioma (inglés), temporalidad (2000-2015), región (América, Europa y Oceanía), tipo de documento (documentos oficiales de organismos internacionales vinculados a la PS que aborden el tema).

Las palabras clave fueron: competencias en Promoción de la Salud, dominios y competencias en Promoción de la Salud, y principios y fundamentos de la Promoción de la Salud.

La información de los documentos hallados fue sistematizada por medio de fichas de trabajo mixtas (5). Para ello, se establecieron 5 puntos de referencia: los enfoques de los D y C de las y los promotores, los ámbitos de práctica relacionados con dichos D y C, los tipos de acción a desarrollar, los actores sociales involucrados para su ejecución y las metodologías empleadas para el desarrollo de los D y C.

RESULTADOS

Durante la búsqueda se identificaron seis documentos oficiales relacionados con los principales marcos internacionales sobre los D y C de las y los promotores de la salud. Estos documentos se localizaron en los repositorios de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Región de Asia Sudoriental. Además, se encontraron documentos en las regiones europea, americana (Canadá) y oceánica (Australia y Nueva Zelanda).

Los documentos recuperados corresponden a las versiones definitivas sobre el tema, es decir, los trabajos más completos y relevantes realizados hasta el momento. Los documentos en donde se encontraron los D y C de las y los promotores son los siguientes:

- Declaración del Consenso de Galway (Europa): 8 dominios.
- Competencias básicas para los profesionales de la promoción de la salud para (Australia): 5 dominios y 69 competencias.
- Desarrollo de competencias y normas de promoción de la salud (OMS): 15 dominios y 46 competencias.
- Marco de Competencias Fundamentales para la Promoción de la Salud (Europa): 11 dominios y 68 competencias.
- Competencias de promoción de la salud para Aotearoa Nueva Zelanda: 9 dominios y 60 competencias.
- El Promotor de Salud Pancanadiense Competencias y Glosario: 9 dominios y 34 competencias.

A pesar de que en el contexto latinoamericano existe un considerable desarrollo en el ámbito de la PS —evidenciado en programas académicos de licenciatura, maestría y doctorado (6)—, no se han producido estudios que hagan referencia específica a los D y C de dichos profesionales. Asimismo, en el contexto africano también se ha abordado dicho tema (7), pero como tal no se han realizado trabajos desde su contexto.

CONSIDERACIONES

Los D y C identificados en los documentos pueden aportar elementos teórico-conceptuales

para construir una definición epistemológica del CA de las y los promotores de salud de la UACM. No obstante, dichos documentos enfatizan los contextos de los llamados países “desarrollados” y no consideran otros, como en el caso latinoamericano.

Se estima que estos D y C están directamente relacionados con las cinco dimensiones planteadas en la Carta de Ottawa (8): política pública saludable, ambientes favorables, acción comunitaria, aptitudes personales y reorientación de los servicios sanitarios. En este sentido, el CA de las y los promotores debe construirse a partir de dichas dimensiones, ya que en ellas radica su capital científico. Esto abonaría a la identidad de quienes se dedican a la PS.

Finalmente, se considera que esta definición puede convertirse en un punto de partida para abrir el debate sobre la precariedad laboral que enfrentan las y los promotores de salud en la Ciudad de México. En este contexto, la precarización laboral del personal que trabaja en los servicios de salud también constituye un ámbito esencial de reflexión y acción en la MS (9).

REFERENCIAS

- (1) Emeterio Y. Presentación. In: Emeterio Y, editor. Reflexiones y experiencias sobre la identidad del promotor de la salud: Encuentros y desencuentros. Ciudad de México: Plaza y Valdés; 2018. p. 15–17.
- (2) Gómez Y. La Licenciatura en Promoción de la Salud; una ventana de oportunidad. In: Emeterio Y, editor. Reflexiones y experiencias sobre la identidad del promotor de la salud: Encuentros y desencuentros. Ciudad de México: Plaza y Valdés; 2018. p. 51–68.
- (3) Emeterio Y. La interdisciplina en la promoción de la salud. In: Emeterio Y, editor. Reflexiones y experiencias sobre la identidad del promotor de la salud: Encuentros y desencuentros. Ciudad de México: Plaza y Valdés; 2018. p. 51–68.
- (4) Raphael D. Escaping from the Phantom Zone: social determinants of health, public health units and public policy in Canada. *Health Promot Int*. 2009 Jun;24(2):193–8 [citado 2025 jul 10]. DOI:10.1093/heapro/dap005.
- (5) Arroyo H. La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en promoción de la salud en América Latina. *Glob Health Promot*. 2009;16(2):66–72 [citado 2025 jul 10]. DOI:10.1177/1757975909104111.
- (6) Onya HE. Health promotion competency building in Africa: a call for action. *Glob Health Promot*. 2009 Jun;16(2):47–50 [citado 2025 jul 10]. DOI:10.1177/1757975909104104. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19477863>
- (7) Onya H. Health promotion competency building in Africa: a call for action. *Glob Health Promot*. 2009;16(2):47–50.
- (8) Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; 1986 nov 21; Ottawa, Canadá. Ginebra: OMS; 1986.
- (9) Granda E. La salud: un derecho a conquistar [conferência]. IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social; 2004 ago 11–15; Lima, Peru [citado 2025 jul 10]. Disponible en: https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/granda_edmundo_alames_veinte_anos_balance_y_perspectiva_de_la_medicina_social_en_america_latina.pdf

QUANDO AS ONDAS DE CALOR SE ENCONTRAM COM A SAÚDE COLETIVA

Camila Miranda Ventura¹

INTRODUÇÃO

Desde a pandemia de COVID-19, a vigilância em saúde tem se ocupado ininterruptamente com o enfrentamento de crises em saúde. Sua rotina de trabalho inclui o monitoramento de pandemias, epidemias, endemias, além de diversos tipos de desastres, incorporados ao seu escopo de trabalho. Destacam-se as repercussões da crise climática e uma nova rotina para os serviços de saúde que necessitam estar preparados para lidar com a “intrusão” dos eventos climáticos extremos, em alusão ao termo “intrusão de Gaia”, de Stengers (1).

O calor extremo é interpretado como um fenômeno que invadiu a rotina de trabalho de quem lida com as emergências em saúde pública e vem se transformando em um forte mediador de políticas públicas. Este recorte é fundamental para debater um processo de visibilização do calor como um fator de risco que necessita ser estudado, classificado e transformado em protocolo de ação para evitar que novas mortes ocorram.

Neste íterim, observamos eclodir um fenômeno de medicalização do calor, tendo a cidade do Rio de Janeiro como palco. Este debate interessa a tradição de pesquisa em ciências sociais e humanas em saúde e contribui para as reflexões no campo da saúde coletiva, resgatando sua tradição crítica quanto às repercussões do sistema capitalista na saúde da população. O estudo é parte de uma pesquisa de doutorado em andamento.

OBJETIVO

Debater o processo de medicalização do calor com foco na abordagem dos estudos sociais de ciência e tecnologia e sua correlação com a saúde pública, por meio do documento denominado: Protocolo de Enfretamento ao Calor Extremo, elaborado e publicado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em parceria com diversas instituições e grupos de pesquisa, no ano de 2024 (2).

METODOLOGIA

A pesquisa utiliza a metodologia qualitativa e será conduzida por meio de uma abordagem etnográfica. A etnografia permite uma imersão no contexto da pesquisa e nos ensina a transformar em texto aquilo que foi vivido durante o trabalho de campo. Os resultados a serem apresentados provêm de

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Esta pesquisa é financiada pela CAPES. E-mail: camilaventurafms@gmail.com

um mapeamento inicial, fruto de uma observação participante em eventos que trataram da divulgação do protocolo de enfrentamento ao calor extremo, mais conhecido como protocolo de calor, da cidade do Rio de Janeiro. Neste estudo, utilizou-se parte de um diário de campo com registros recolhidos durante uma reunião online aberta promovida pela plataforma ProEpi, no mês de novembro de 2024.

A inspiração teórica provém da teoria do Ator-Rede (TAR), tendo Bruno Latour como principal representante (3). Por meio desta abordagem, é possível mapear o objeto calor, como um ator em meio a uma rede de atores humanos e não humanos. Rede, esta, que conecta trabalhadores da vigilância em saúde, trabalhadores do Sistema Único de Saúde, gestores, pesquisadores, políticas públicas, documentos e cidadãos, mencionando alguns dos inúmeros emaranhados desta trama.

RESULTADOS

Durante a reunião que acompanhei, um trabalhador da vigilância expressou sua preocupação sobre sua rotina de trabalho em dias de calor extremo. Ele queria entender como o protocolo de calor poderia protegê-lo, uma vez que sua função é caracterizada por percorrer longos caminhos a pé ou de bicicleta, visitando casas e fazendo coletas. Para o seu alívio, ele foi informado que o protocolo prevê adaptações na rotina dos serviços de saúde, principalmente para os trabalhadores que necessitam visitar domicílios. Ao mesmo tempo, estes profissionais se tornariam responsáveis por informar a população sobre as medidas de autocuidado, tais como: evitar exposição ao sol em horários de pico, ingerir líquidos e usar protetor solar. Além de realizar atividades de promoção da saúde sobre os impactos do calor e aprender a manejá-lo clinicamente.

A saúde coletiva é um campo que se constituiu pautado por uma forte influência da teoria social, o que ajudou a revisar as práticas restritas à dimensão biológica do indivíduo, que predominavam antes do movimento da medicina social, ocorrido em meados da década de 70, no Brasil (4). Destaco a influência de teorias foucaultianas e, neste âmbito, o tema da medicalização emergiu fortemente como outra contribuição da teoria social para entender a saúde (5).

Por definição, medicalização é um processo por meio do qual situações da vida cotidiana que antes não precisavam passar pela instância médica passaram a imprescindê-la (6). Destacamos os eventos de medicalização da gravidez, parto e nascimento como fenômenos estabilizados nesta compreensão. A medicalização aumentou a demanda pelo trabalho médico e pelo trabalho em saúde, o que tem levado profissionais de saúde a dar resposta às inúmeras crises da atualidade, dentre elas, a crise climática.

CONCLUSÕES

Debater a medicalização do calor nos ajuda a situar processos que extrapolam a seara das emergências em saúde pública e integram um contexto maior de crise climática e de crise do sistema capitalista, que, retroalimenta esta medicalização. O calor, aqui, transformado em um artefato sociotécnico a ser verificado na rotina dos serviços de saúde, ao mesmo tempo pode ser um importante

agente comunicador sobre os efeitos das mudanças climáticas às populações e um meio de denúncia dos limites do corpo de trabalhadores que precisarão executar suas tarefas em dias de calor extremo.

Por fim, proteger a saúde tem sido uma tarefa muito importante a ser executada pelo protocolo de calor, que avança em muitos âmbitos, enquanto expõe as contradições da estrutura do capitalismo, marcado pelos processos de industrialização e de modernização que criam e alimentam este novo problema sanitário.

REFERÊNCIAS

- (1) Stengers I. No tempo das catástrofes. 1ª ed. Ribeiro EA, tradutor. São Paulo: Cosac & Naify; 2015. 160 p.
- (2) RioPrefeitura. Protocolo de enfrentamento ao calor extremo. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed dos autores; 2024. 44 p.
- (3) Latour B. Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede. 1ª ed. Sousa GCC, tradutor. Salvador: Edufba; 2012. 400 p.
- (4) Osmo A, Schraiber LB. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. Saúde Soc. 2015;24(1):205-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>
- (5) Zorzanelli RT, Ortega F, Júnior BB. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. Cien Saude Colet. 2014;19(6):1859-68. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>
- (6) Conrad P. Medicalization and social control. Annu Rev Sociol. 1992;18:209-32.

RECONFIGURAÇÕES DE GRUPOS ECONÔMICOS DO SETOR FARMACÊUTICO NOS ÚLTIMOS ANOS: CONCENTRAÇÃO DE CAPITAL E PODER

Catalina Kiss¹

Christiane dos Santos Teixeira Delphim

Roberta Dornelles Ferreira da Costa Silva

Marilena Cordeiro Dias Villela Correa

Arthur Lobo Costa Mattos

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Dados recentes publicados pelo Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos, uma das maiores entidades do empresariado do setor desde os idos de 1930, apresentam o mercado brasileiro na 8ª posição do ranking mundial, sendo que, das 349 empresas existentes no ano de 2021, 118 (33,81%) eram de origem internacional e 231 (66,19%) de capital nacional. As de capital nacional respondem por um pouco mais que metade do faturamento do mercado (1). Ainda assim, o faturamento do setor nacional aponta para uma produção de medicamentos de média e baixa tecnologia (2). Segundo o Vice-presidente da República e Ministro do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços, Geraldo Alckmin, é importante que o país retome uma trajetória de investimentos visando reduzir o déficit da balança comercial em saúde, que hoje é o segundo maior, atrás apenas da Tecnologia da Informação. “Atualmente, o Brasil produz apenas 45% do que consome em saúde (medicamentos, equipamentos e material médico hospitalar)” (3).

Os últimos Anuários Estatísticos do Mercado Farmacêutico publicados em 2021 e 2023, convergem com os dados da Sindusfarma e apontam reconfigurações em grupos econômicos do setor. Este trabalho apresenta as principais mudanças observadas no mercado farmacêutico nacional entre os anos de 2019 e 2022, discutindo possíveis impactos na saúde pública (2,4).

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é analisar os dados apontados nos Anuários Estatísticos do Mercado Farmacêutico (2021 e 2023), no tocante às categorias “grupos econômicos” e “empresas independentes”, tomando como base o ranking das 20 organizações que mais faturaram no recorte do estudo. A informação obtida no anuário permite acompanhar os resultados de comercialização de todas as empresas controladas por determinados grupos econômicos do setor.

1 Professora adjunta no Programa de Pós -Graduação em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá. E-mail: catalinakiss9@gmail.com.

METODOLOGIA

Um grupo econômico é uma entidade formada por empresas controladoras e suas empresas controladas, seja de forma integral ou parcial (5). Neste trabalho, parte-se do pressuposto, que grandes grupos econômicos exercem efeitos sobre as ações governamentais, tanto na economia, divisão internacional do trabalho, como no âmbito do poder político, poder de mercado e hegemonia. É importante, discutir a reconfiguração desses grupos na dinâmica capitalista de centralização da acumulação de capital e poder.

A pesquisa foi desenvolvida a partir da análise documental dos Anuários Estatísticos do Mercado Farmacêutico nos anos base de 2021 e 2023, produzidos pela Secretaria Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. A seguir foi efetuado a compilação e comparação das informações descritas no ranking das empresas independentes e dos grupos econômicos que mais faturaram nos períodos do estudo. A partir dos achados da pesquisa, foram efetuadas novas buscas de evidências em diversos veículos de comunicação, para contextualizar os processos de reorganização de grupos econômicos e possíveis associações com perfil de consumo de medicamentos comercializados.

RESULTADOS

A análise comparativa de um ranking de 25 empresas que aparecem nos anos de 2019 e 2022 revela dinâmicas interessantes sobre a origem, posicionamento e faturamento em bilhões. A distribuição por origem demonstra uma predominância de empresas internacionais (14;56%) em relação às nacionais (11; 44%).

No que tange ao faturamento, uma mudança notável é o aumento no número de empresas com faturamento superior a 3 bilhões. Em 2019, apenas uma internacional atingiu essa marca, enquanto em 2022, três empresas o fizeram, incluindo a nacional Fiocruz, que se destaca como a única nacional com esse patamar de faturamento em 2022.

Observa-se uma tendência de crescimento no faturamento da maioria das empresas. Em 2019, a maioria das empresas se concentrava na faixa de faturamento entre 1 e 2 bilhões e em 2022, passam para a faixa de 1 a 3 bilhões. Destacam-se os casos da Apsen (nacional) e Abbott (internacional), que apresentaram um crescimento significativo, elevando seu faturamento de menos de 1 bilhão em 2019 para a faixa de 1 a 3 bilhões em 2022.

A estrutura do mercado também passou por transformações. A dinâmica do ranking também reflete movimentos de reestruturação empresarial, com a formação de grupos econômicos por AstraZeneca do Brasil, Allergan Produtos Farmacêuticos e Sanofi Medley Farmacêutica, e a incorporação da Shire Farmacêutica pela Takeda. A saída da Hemobrás do cenário de 2022 e a inclusão de novas empresas, como o Instituto Butantan, são alterações significativas.

Em relação às empresas de origem nacional, apenas três das onze são classificadas como públicas. Destas, a Fiocruz é a única a manter sua presença no ranking entre 2019 e 2022, enquanto a Hemobrás não figura no ranking de 2022 e o Instituto Butantan passa a integrar o ranking neste ano.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados apontam para um cenário onde, apesar da forte presença de empresas internacionais, há um dinamismo no crescimento do faturamento e reconfigurações estruturais significativas no mercado nacional. As mudanças na composição do ranking, com a formação de grupos e incorporações, podem ter implicações na competitividade futura e no papel regulatório do Estado. As reconfigurações societárias, incluindo a formação de grupos econômicos e incorporações, demonstram uma dinâmica de concentração de capital no setor. A limitada e instável presença de empresas públicas no ranking, com a notável exceção da Fiocruz, levanta questionamentos sobre o papel estratégico do Estado na produção de medicamentos de maior valor agregado e na redução da dependência de importações, um ponto crucial para a balança comercial em saúde e para a autonomia do país no setor, merecendo atenção em análises futuras.

REFERÊNCIAS

- (1) Sindusfarma. Profile of the pharmaceutical industry [Internet]. São Paulo: Sindusfarma; 2022 [citado 2025 mar 15]. Disponível em: https://sindusfarma.org.br/uploads/files/229d-gerson-almeida/Publicacoes_PPTs/PERFIL_IND_FARMACEUTICA_22_ENG
- (2) Brasil. Anuário estatístico do mercado farmacêutico. Brasília: Secretaria Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos; 2023.
- (3) Brasil. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio. Governo federal destina 4,2 bilhões para alavancar indústria da saúde e atender necessidades do SUS [Internet]. Brasília: MDIC; 2024 out [citado 2025 abr 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/outubro/governo-federal-destina-4-2-bilhoes-para-alavancar-industria-da-saude-e-atender-necessidades-do-sus>
- (4) Brasil. Anuário estatístico do mercado farmacêutico. Brasília: Secretaria Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos; 2021.
- (5) Gonçalves R. Grupos econômicos: uma análise conceitual e teórica. Rev Bras Econ. 1991 out-dez;45(4):491-518.

REFORMAS NO SISTEMA DE SAÚDE CHILENO: DINÂMICAS PÚBLICO-PRIVADAS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A UNIVERSALIDADE E EQUIDADE

Suelen Carlos de Oliveira¹

Isabel Domingos Martinez dos Santos

Alex Alarcón Hein

Cristiani Vieira Machado

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As reformas dos sistemas de saúde na América Latina, iniciadas nos anos 1980 em meio ao avanço das políticas neoliberais, resultaram em arranjos institucionais marcados por complexas dinâmicas entre os setores público e privado, além de distintos níveis de atuação estatal. O Chile destacou-se como um dos países pioneiros ao implementar reformas estruturais orientadas ao mercado, conferindo ao setor privado um papel central na organização, no financiamento e na provisão dos serviços de saúde (1). Esse processo acentuou a segmentação do sistema, favorecendo a mercantilização da saúde e ampliando desigualdades no acesso (2). Contudo, a partir dos anos 2000, com a ascensão de governos progressistas, houve a implementação de mudanças incrementais buscando diminuir as desigualdades produzidas pelo sistema (3). Iniciativas voltadas à redução da fragmentação institucional e ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) foram impulsionadas, buscando ampliar o acesso da população a serviços básicos de saúde e promover maior equidade. Ainda assim, os legados estruturais das reformas anteriores impuseram limites significativos à construção de um sistema universal e solidário (4,5).

OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo analisar as repercussões das reformas no sistema de saúde chileno, com ênfase na identificação de seus principais desafios e limitações, como a persistente segmentação e o predomínio de interesses privados. Examinou também os limites estruturais e históricos que dificultam mudanças profundas, além de discutir as perspectivas para a construção de um sistema mais equitativo.

METODOLOGIA

O estudo utilizou uma abordagem qualitativa, combinando revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas semiestruturadas realizadas com atores-chave do setor saúde no Chile. Entre os entrevistados, estão gestores públicos, técnicos, especialistas e acadêmicos com participação direta na formulação ou implementação das reformas, ou com *expertise* consolidada sobre o sistema de saúde

1 Pós doutoranda Ensp/Fiocruz e Docente da Unigranrio/Afya. E-mail: suelen.coliveira@fiocruz.br

chileno. O período de análise abarcou os anos de 2000 a 2024. A análise se estruturou em três eixos principais: 1 o contexto político e institucional das reformas, com foco nas relações entre Estado e mercado; 2 os aspectos organizacionais, incluindo os mecanismos de regulação do sistema; e 3 as interações entre os setores público e privado no financiamento e na prestação dos serviços de saúde. A triangulação das fontes permitiu captar a complexidade dos arranjos institucionais, os efeitos das mudanças introduzidas ao longo dos governos analisados e os limites enfrentados para a consolidação de um modelo de atenção à saúde universal.

RESULTADOS

Os resultados revelam que, a partir dos anos 2000, o Chile passou a adotar políticas com orientação mais universalista, promovendo avanços significativos na cobertura e no acesso aos serviços de saúde, o que resultou em melhorias nos indicadores sanitários e ampliou a proteção da população frente a riscos e vulnerabilidades. Entretanto, essas políticas não foram capazes de romper com a estrutura profundamente segmentada e estratificada do sistema, herdada das reformas neoliberais dos anos 1980. A promessa de uma saúde baseada no direito e na solidariedade não se materializou de forma plena. As reformas seguiram um percurso marcado por ambiguidade: ao mesmo tempo em que introduziram elementos de maior equidade, preservaram o protagonismo do setor privado na estrutura e no funcionamento do sistema de saúde. Observou-se a prevalência de mudanças incrementais, com destaque para a consolidação da estratégia de Garantias Explícitas em Saúde (GES), que buscou garantir acesso a um conjunto de condições prioritárias, e para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do sistema. A partir de 2022, o governo de Gabriel Boric adotou medidas operacionais relevantes, como a eliminação dos copagamentos no setor público e a universalização da APS, reafirmando o compromisso com a equidade. Apesar disso, persistem desafios importantes, entre eles a resistência de grupos econômicos vinculados ao setor privado da saúde, a fragmentação institucional e a instabilidade no financiamento, que comprometem a sustentabilidade e a profundidade das reformas.

CONSIDERAÇÕES

Conclui-se que, apesar dos avanços obtidos nas últimas décadas, o sistema de saúde chileno ainda convive com profundas desigualdades estruturais, marcadas pela segmentação e pela estratificação social, que limitam a universalização do direito à saúde. As reformas analisadas evidenciam que o fortalecimento do papel do Estado é fundamental para a construção de um modelo mais justo e solidário. No entanto, esse caminho enfrenta resistências políticas e econômicas, além de desafios relacionados à trajetória histórica, à capacidade institucional e ao financiamento do sistema de saúde. Superar esses entraves exige vontade política, mobilização social e um pacto coletivo em defesa da saúde como direito.

REFERÊNCIAS

- (1) Meller P. Un siglo de economía política chilena (1890–1990). Nueva edición aumentada y actualizada. Santiago de Chile: Uqbar Editores; 2016.
- (2) Titelman D. Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2000. (Serie Financiamiento del Desarrollo, n. 104).
- (3) Oliveira SC, Machado CV, Hein AA, Almeida PF. Políticas de saúde no Chile (2000–2018): trajetória e condicionantes. Cad Saúde Pública. 2020;36(11):e00002120. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002120>
- (4) Luzuriaga MJ. Privados de la salud: las políticas de privatización de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2018.
- (5) Oliveira SC, Machado CV, Hein AA, Almeida PF. Relações público-privadas no sistema de saúde do Chile: regulação, financiamento e provisão de serviços. Ciênc Saúde Coletiva. 2021;26:4529–40. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.09892021>

RELAÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS NA SAÚDE NO ESTADO DEPENDENTE NEOLIBERAL: TENDÊNCIAS E IMPASSES DA PRIVATIZAÇÃO DO SUS

Cláudia Regina de Andrade Pereira¹

INTRODUÇÃO

O presente estudo, de natureza teórica, parte da evidência de que o setor saúde é um importante componente da política social, no que tange à magnitude do que mobiliza de recursos diversos e ao que move de disputa de interesses pelo fundo público em processos de acumulação de capital no setor. Deste modo, analisamos esse processo na perspectiva da crítica da economia política, que se traduz em uma economia política da saúde. Ademais, enfatizamos o entendimento de que a análise das relações público-privadas na saúde se insere na análise mais ampla do desenvolvimento capitalista na formação econômico-social brasileira, e das particularidades de um sistema híbrido de saúde em um Estado dependente, onde a categoria Estado possui centralidade explicativa. Para isso, trabalhamos articuladamente com as categorias **Estado, dependência, neoliberalismo e relações público-privadas** para debate crítico acerca de processos de privatização no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), considerados não clássicos, e que envolvem processos de mercantilização da gestão de serviços públicos de saúde. Com isso ressaltamos o entendimento de que é através das ferramentas da economia política da saúde e da análise da “dependência neoliberal” que podemos estruturar a crítica marxista no campo da Saúde Coletiva, bem como a luta pela desprivatização da gestão de serviços públicos de saúde no Brasil.

OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos: 1) analisar a privatização da saúde pública no Brasil em diálogo com o resgate de elementos da teoria marxista da dependência (tmd) e da economia política da saúde (eps); 2) debater tendências e impasses de processos não clássicos de privatização do SUS que envolvem a gestão de serviços públicos de saúde.

METODOLOGIA

Para discussão mais aprofundada dos determinantes da dependência e de sua processualidade histórica, nos alinhamos à Teoria Marxista da Dependência (TMD) para o desvelamento das particularidades do Estado brasileiro (1) e de como vem se dando a reprodução ampliada do capital no setor saúde, particularmente na “dependência neoliberal”. Também buscamos minimizar os traços de polissemia da categoria neoliberalismo, com explícita adesão teórica às interpretações marxistas

1 Sanitarista, Doutora em Serviço Social - Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ); Analista de Gestão em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). E-mail: c.r.andrade@hotmail.com

acerca desta categoria, no sentido mesmo em que defendemos a hipótese de que o neoliberalismo não representa uma mera reedição do liberalismo clássico, tem poder explicativo para entendimento do modo de existência na contemporaneidade e para análise da refuncionalização do Estado diante desse projeto. Por fim, debatemos processos de privatização do SUS com base em revisão bibliográfica de artigos e teses no âmbito da economia política da saúde que foram resultado de investigações sobre a evidente ampliação de processos de privatização. Para isto, demos foco ao debate sobre a terceirização da gestão de serviços públicos de saúde por nós entendida como uma “privatização não clássica”, no entanto, não menos consequente.

RESULTADOS

Quando tratamos de capitalismo dependente em sua vertente neoliberal não nos referimos, de modo algum, a outro modo de produção, dado que este é movido pela lei geral da acumulação capitalista. No entanto, há essencialidades que configuram um desenvolvimento capitalista com determinações específicas nos países periféricos na divisão internacional do trabalho. Nessa perspectiva é que resgatamos elementos da TMD para análise da política social no Brasil, com ênfase na análise de processos de acumulação de capital no setor saúde, no que tange a tendências contemporâneas impostas pelo projeto neoliberal, o qual envolve as dimensões política, econômica, social, ambiental e ética, configurando, portanto, “um modo de existência do capitalismo contemporâneo”(2). Esse projeto tensiona permanentemente o Estado, buscando refuncionalizá-lo em prol do fortalecimento do setor privado de serviços de saúde por intermédio do desfinanciamento do SUS na provisão de serviços próprios. Aqui se trata de um projeto que transforma a concepção de público-privado e impõe um determinado modo de reprodução social, em um universo de novos processos de individualização, privatização e de completa aversão à redistribuição da riqueza por intermédio de políticas sociais universalizantes, como o SUS, particularmente dos anos 1990 em diante no caso brasileiro. Falamos, portanto, de um projeto hegemônico, em escala mundial, mas que atinge de forma específica os países periféricos. No caso brasileiro, há estudos que evidenciaram a ampliação da privatização da saúde pública, a exemplo de Santos (3) e Vaccaro & Gomes (4); que debateram teoricamente, com base empírica, o processo de terceirização da gestão de serviços públicos de saúde.

CONSIDERAÇÕES

O processo de constituição do SUS foi contraditório e buscamos analisá-lo à luz das condicionalidades impostas pela “dependência neoliberal” e de tendências contemporâneas. O Estado, garantidor da reprodução do capital, fornece as bases para financeirização da política social. A nosso ver, urge a ampliação de estudos no campo da Saúde Coletiva que analisem criticamente a ampliação da mercantilização, privatização e financeirização no trato da questão social(5,6), onde se configurou um sistema híbrido e fragmentado na saúde. Há processos de privatização “por dentro”, através da contratação de organizações sociais e fundações para gestão de serviços públicos. Afirmamos, ademais, a tese de que a crise da saúde pública no Brasil se atrela à crise capitalista e o resgate da TMD pode

fornecer importantes aportes ao desenvolvimento de políticas antineoliberais, bem como ao debate crítico do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), também composto pelo setor de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Marini RM. Dialética da dependência [Internet]. 1973 [citado 2024 set 2]. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marini/1973/mes/dialetica.htm>
- (2) Saad Filho A. Crise no neoliberalismo ou crise do neoliberalismo? Crít Soc Rev Cult Polít. 2011;1(3):6–19.
- (3) Santos JA. A ampliação do processo de privatização da saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2018.
- (4) Vaccaro SB, Gomes TS. Terceirização da gestão na saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022.
- (5) Bahia L, Dal Poz M, Levcovitz E, Costa LS, Mattos LV, Andrietta LS, Monte-Cardoso A, et al. Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais. Cad Saúde Pública. 2022;38(Suppl 2):e00004420. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00004420>
- (6) Sestelo JAF, Cardoso AM, Braga IF, Mattos LV, Andrietta LS. A financeirização das políticas sociais e de saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação conceitual. Econ Soc [Internet]. 2017;26(Suppl):1097–126. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2017v26n4art13>

SÁUDE BRASILEIRA: MARCAS DA SUA HISTÓRIA E REFLEXOS NO CONTEXTO REGIONAL

Scheila Maria Graczyk Takayasu¹

Rogério Allon Duenhas

INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil é um direito constitucional, e suas premissas garantem à população o direito ao acesso à saúde em todos os níveis de atenção, de forma universal, integral e equitativa. No entanto, o Sistema de Saúde moldou-se por interesses políticos, econômicos e de conformação de classes sociais, o que culminou em um Sistema Único de Saúde (SUS) dual, cujo caráter único e universal foi desafiado desde o início. A própria constituição que o instituiu deixou uma lacuna para a existência de outro sistema, complementar, de caráter liberal, privativo e elitista, o que aponta para contradições e desigualdades.

O SUS é desafiado constantemente num esforço para sobreviver ao subfinanciamento e às privatizações. A atenção especializada ambulatorial tem se mostrado um dos grandes desafios para os gestores (1). Dificuldade financeira, baixa capacidade de investimento e regulação de acesso são barreiras que se sobrepõem às características desse nível de atenção, cujos serviços estão concentrados na esfera privada do complexo de serviços de saúde (2).

Essas características fazem com que os gestores contratem a prestação do serviço privado, individualmente ou por meio de associações com outros entes, constituindo consórcios (3, 4). A conformação histórica do SUS, aliada aos jogos de interesses da esfera privada traz consequências significativas para a saúde, dificultando o caráter redistributivo dessa política.

OBJETIVO

Diante desse breve contexto, o objetivo desta pesquisa foi demonstrar, por meio de um estudo de caso de um Consórcio Intermunicipal de Saúde, localizado na Região Metropolitana de Curitiba, como o processo histórico de organização da saúde e do SUS no Brasil e seus desafios para implantação refletem-se no contexto regional de saúde, reproduzindo, em sua conformação, os desafios para uma saúde universal, integral e equitativa.

METODOLOGIA

O estudo é composto por duas etapas. A primeira trata de uma busca teórica sobre a história da saúde e do Sistema Único de Saúde no Brasil, delineando seu processo de formação desde o Período

1 Universidade Tecnológica Federal do Paraná. E-mail: scheilamgt@gmail.com

Colonial e as características que foram se impondo a partir do contexto político e econômico de cada período. A segunda consiste em uma etapa de análise empírica dos dados referentes às consultas especializadas viabilizadas aos entes consorciados por meio do consórcio.

O embasamento teórico para a discussão dos resultados encontrou suporte no processo histórico do desenvolvimento da Saúde e do Sistema Único de Saúde. O objeto de estudo é o Consórcio Metropolitano de Serviços do Paraná (COMESP), formado por 31 municípios, sendo 28 da Região Metropolitana de Curitiba, exceto a capital, e três pertencentes ao litoral. O objetivo do órgão é o apoio na prestação de serviços especializados em saúde para a população dos consorciados.

RESULTADOS

A associação intermunicipal tem se mostrado essencial para otimizar recursos e ampliar a oferta de consultas especializadas. Em 2023, o COMESP realizou 98 997 consultas, distribuídas em 19 especialidades médicas. Destas, 40% foram realizadas em ambulatórios próprios, localizados em São José dos Pinhais e Colombo, municípios próximos à capital, enquanto 60% ocorreram em estabelecimentos privados situados em Curitiba e em municípios do núcleo regional. A capacidade total de oferta foi de 52 consultas por 1000 habitantes/ano (cons/1000 hab/ano), sendo 21 cons/1000 hab/ano nos ambulatórios próprios e 31 cons/1000 hab/ano em serviços privados.

Municípios com maior PIB *per capita*, (PIBp), como Araucária, Pinhais, Adrianópolis e Balsa Nova (PIBp médio de R\$96.110,32), utilizaram em média 130 cons/1000 hab/ano. Já municípios com menor PIBp, como Tijucas do Sul, Bocaiúva do Sul, Campo do Tenente e Piraquara (PIBp médio de R\$24.623,30), tiveram uma média de 121 cons/1000 hab/ano. Contudo, na relação entre consultas público/privado, municípios mais ricos registraram uma média nesta relação de 0,42, enquanto os mais pobres apresentaram a média de 0,81.

A contrapartida financeira dos municípios ao consórcio é *per capita*, mas há a possibilidade de aporte adicional para ampliar o acesso às consultas privadas. A média de aporte foi de R\$0,96 por habitante/ano em municípios ricos e R\$0,43 por habitante/ano nos mais pobres. Municípios como Fazenda Rio Grande, Campo Largo, Lapa, Mandirituba, Rio Negro, Guaratuba e Matinhos apresentaram baixo aproveitamento, com média de 12,6 cons/1000 hab/ano. A distância desses municípios até os prestadores varia em média 74 km. Já Pinhais, localizado a aproximadamente 9 km dos prestadores, alcançou 170 cons/1000 hab/ano.

CONSIDERAÇÕES

Neste trabalho, foi possível revisitar aspectos políticos e econômicos que delinearão o SUS no Brasil. Com base na observação dos aspectos históricos em contraponto ao estudo de caso, ficou visível que as mesmas características sociais e socioespaciais de divisão de classes e estratificação de camadas ainda são prevalentes no Brasil, com expressividade na região metropolitana. O estudo demonstrou as dificuldades de os municípios promoverem o acesso às consultas especializadas; que a restrição

econômica, as desigualdades, a formação médica privatista, a fragmentação dos serviços e as políticas de privatização e neoliberais prejudicaram a capacidade estrutural do Sistema Único de Saúde, e que superar estes e outros aspectos históricos constitui um grande desafio para a concretização do SUS. Este estudo não teve a pretensão de esgotar o assunto. Sugere-se, para estudos vindouros, a análise de outros aspectos relacionados à consolidação do SUS e à superação dos desafios históricos.

REFERÊNCIAS

- (1) Tesser CD, Poli NP. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 [citado 2025 jul 14];22:941–51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.32302016>
- (2) Ferreira JBB, Mishima SM, Santos JS, Forster AC, Ferraz CA. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2010 [citado 2025 jul 14];14(33):345–58. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200006>
- (3) Carvalho BG, Silva JFM, Nicoletto SCS. Atuação de consórcios de saúde no sistema público de saúde brasileiro: arranjos, papéis e desafios. *Saude debate* [Internet]. 2025 [citado 2025 jul 14];49(144):e9515. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042025e9515>
- (4) Flexa RGC, Barbastefano RG. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 [citado 2025 jul. 14];25(1):325–38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>

SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA UMA GESTÃO SUSTENTÁVEL

Tarciso de Figueiredo Palma¹

Camila Carvalho de Souza

Luma Onã da Silva Andrade

Francesca de Brito Magalhães

Maria Eduarda Pereira Dias

Lhaís Rodrigues Gonçalves

Tatiane Araújo dos Santos

Tânia Maria de Araújo

APRESENTAÇÃO

Trabalhar é um ato fundamental, pois, em sua essência, representa a possibilidade de realização. Na sociedade capitalista, o trabalho também representa a mediação da integração social, em que se define identidade e valor social, acesso e exclusão (1).

O adoecimento das trabalhadoras e trabalhadores têm tido forte relação com as novas (velhas?) configurações das condições, processos e relações de trabalho, que transformaram as formas de contratação, cada vez mais flexíveis e sem garantias de proteção social do trabalho, jornadas mais intensas e extensas, remuneração insuficiente e gestão do trabalho baseada no medo (2).

No setor saúde do Brasil, todas essas características do trabalho precário vêm se aprofundando desde a década de 1990. Atualmente, o Sistema Único de Saúde está permeado por distintos e flexíveis modelos de gestão que precarizam vínculos e condições de trabalho (3). Esta situação contribui ainda para a ocorrência de violência e assédio no trabalho. Neste cenário, diversos estudos já demonstram a ampliação do adoecimento no trabalho por transtornos mentais entre as trabalhadoras e trabalhadores da saúde no contexto da precarização do trabalho (4). O sofrimento psíquico resulta de um trabalho inseguro e violento, que tem por consequências o medo, a subsunção do trabalhador, ausência de perspectivas, competição e falta de solidariedade da classe trabalhadora e o isolamento (1).

OBJETIVO

Descrever o adoecimento das trabalhadoras e trabalhadores da saúde por Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho (TMRT) e debater as implicações deste adoecimento para a Gestão do Trabalho em Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo ecológico, com finalidade descritiva, considerando a distribuição e tendência temporal dos transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT), entre 2007 e 2023. Os casos

1 UNEX/UniFTC. E-mail: tfpalma@gmail.com

de TMRT foram provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), considerando os trabalhadores da saúde, a partir do Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) e da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Foram identificadas 478 ocupações/especialidades vinculadas ao setor saúde, organizadas em 13 categorias. As variáveis selecionadas para este estudo compreenderam dados espaciais, sócio-ocupacionais e de saúde.

Foi avaliada a tendência temporal, as frequências relativas e as prevalências para cada ano, estratificados por regiões brasileiras e unidades da federação. Foram calculadas suas variações percentuais proporcionais (VPP), total e por subperíodos. As prevalências foram calculadas a partir do número de trabalhadores da saúde, estratificados por região/UF e por categoria profissional, disponibilizadas pelo CNES. Os dados foram tabulados e analisados através de planilha eletrônica e acessados em junho de 2024.

RESULTADOS

No Brasil, entre 2007 e 2023, ocorreram registros de 22.110 casos de TMRT, dentre estes, 3.504 (15,8%) são em trabalhadores do setor Saúde. Foram 3.067 registros em mulheres (87,5%) e 437 em homens (12,5%), uma razão de 7/1. Durante todo o período, a região sudeste apresentou maior número de registros (41,0%). A região Nordeste apresentou 24,6%, seguido das regiões: Sul (20,0%), Centro-Oeste (8,7%) e Norte (5,7%).

No ano de 2023, a prevalência de TMRT no Brasil alcançou 13,3/100 mil trabalhadores da Saúde. Ao se avaliar as VPP's o aumento se revela gradativo e, sustentadamente, crescente. A região Norte, apesar de números absolutos inferiores às outras regiões, foi a que apresentou maior crescimento, entre 2020 e 2023 (VPP =+435,7%).

A maior parte dos registros são em servidores públicos (61,0%), com afastamento do local de trabalho (45,1%) sendo a conduta mais observada. No mesmo local de trabalho, foram observadas outras pessoas com TMRT em 59,2% dos casos. A incapacidade temporária prevaleceu em 73,0% dos registros. Dois casos evoluíram para óbito e a CAT foi emitida em 35,2% dos casos.

Em números absolutos, as(os) auxiliares e técnicas(os) despontam com a maioria dos registros (35,2%), seguidas(os) das(os) ACS (19,4%) e Enfermeiras(os) (17,7%). Porém, o risco é maior em Agentes de Saúde Pública (489,8/100.000), seguidos por Enfermeiras(os) (246,9/100.000), ACS (228,8/100.000) e auxiliares e técnicas(os) de Enfermagem (163,9/100.000).

Prevaleceram os transtornos neuróticos, do “stress” e somatoformes, seguidos do “Stress” pós-traumático. Os transtornos do humor, representam o terceiro diagnóstico mais prevalente nas mulheres, compreendendo 12,2% dos registros. O terceiro mais prevalente em homens foi o transtorno de adaptação (11,4%).

CONCLUSÕES

Há insuficiência das abordagens tradicionais para superar problemas complexos da rede de atenção à saúde no SUS, que compreende, por um lado, novos processos de trabalho, caracterizados por intensificação do trabalho e das suas formas de controle, ampliação de demandas laborais, enquanto, em simultâneo, permanecem as antigas formas de gerenciamento.

O cenário atual demanda o fortalecimento de vínculos que priorize a humanização e a democratização das relações de trabalho; garantia de direitos; estabelecimento de canais de negociação; definição de estratégias de financiamento para assegurar os recursos humanos de forma descentralizada; implementação do programa de cargos, carreiras e salários, políticas de educação permanente e retenção dos trabalhadores da saúde nos municípios. Essas estratégias juntamente com as mudanças organizacionais e redução dos fatores estressores no ambiente de trabalho podem se configurar fatores protetores para a saúde mental dos trabalhadores da saúde do SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Marx K. O capital. Livro I: crítica da economia política — o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo; 2024.
- (2) Druck G. Labor, precarization and resistances: old and new challenges. Cad CRH [Internet]. 2011 [citado 2025 abr 10];24(Supl 1):37–57. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v24i0.28346>
- (3) Andrade LR, Pinto IC. Parceria público-privada na gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde da Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2022;38(2):e00018621. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00018621>
- (4) Sousa CC, Araújo TM, Lua I, Gomes MR, Freitas KS. Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. Cad Saúde Pública. 2021;37(12):e00101321. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00246320>

TRABAJO DE SÍ Y PRECARIEDAD EN LA SALUD MENTAL: UNA SOLUCIÓN INDIVIDUAL PARA UN PROBLEMA GLOBAL. LAS TECNO-ESPIRITUALIDADES EN DEBATE

Elías Julián Molteni¹

INTRODUCCIÓN

Partimos de la caracterización del neoliberalismo como un proceso de subjetivación y racionalidad política que establece la figuración del capital humano y al mercado como métrica de la existencia social e individual. Por otro lado, destacamos que, en la dinámica laboral actual, en el sector trabajador se encuentra exaltado la necesidad de reconocimiento y perfeccionamiento de sus actitudes, predisposiciones y gestiones individuales, entre las cuales se destaca la gestión de la salud mental, sobre todo la ansiedad y el estrés. En este contexto, proponemos un análisis de otro fenómeno en concordancia con la consolidación del neoliberalismo, el surgimiento de las llamadas culturas terapéuticas o, como proponemos, bienes tecno-espirituales. Estas mercancías se organizan para que el sujeto-trabajador pueda dar, al proceso productivo, una versión de sí más plena y, al mismo tiempo, amortiguar los efectos que se desencadena de las condiciones productivas. En ese sentido, articulamos la presentación de la subjetivación contemporánea de acuerdo a la idea de complementación entre el proceso de valorización constante que impregna la gestión del capital humano y la inducción de un mejoramiento de la salud por parte de estas tecno-espiritualidades que retoma un lenguaje biomedicalizado y cibernético.

OBJETIVO

Articulado en la posición entre los estudios de biomedicalización de la sociedad (1), los estudios culturales de las industrias de la felicidad o de automejoramiento (2-4), y la perspectiva foucaultiana centrada en la producción de subjetividad a través de la verdad y del gobierno (5), el trabajo busca fundamentar la emergencia de un dispositivo espiritual biomedicalizado. El objetivo es encontrar los puntos de articulación en la bibliografía especializada de tres técnicas que pueden fundamentar la existencia de este dispositivo (hablamos de la programación neurolingüística, el mindfulness y el biohacking; respectivamente: Grinder y Bandler, 1980 (6); Kabat-Zinn, [1990] 2016; (7) en base a la interpelación del sujeto como un capital humano que debe gestionar, tanto para el mejoramiento de sus capacidades, como para garantizar su propia salud.

1 Sociólogo y becario doctoral por la Universidad de Buenos Aires. Investigador del Instituto de Investigaciones Gino Germani (Argentina). Becario del Programa Move la América –CAPES– para la Universidad Federal do Rio de Janeiro (marzo-agosto de 2025). E-mail: m95elias@gmail.com

METODOLOGÍA

En base a este objetivo, se tendrá en cuenta qué enunciados entran en relación para lograr un plus en la actividad productiva, en los efectos del acceso a la verdad de sí y en la realización del proceso de sanación afectando al traspase del umbral de normalidad. Se considera la introducción de estas técnicas en empresas de Argentina y Brasil como casos emblemáticos del proceso señalado. El trabajo estriba en una metodología cualitativa centrada en la perspectiva arqueo-genealógica de Foucault y el análisis crítico de los discursos, capaces de construir una posición crítica sobre las formas en que se responsabiliza al individuo por su malestar y cargando sobre el sujeto las posibilidades de sortearlo, despolitizando el malestar subjetivo.

RESULTADOS

Proponemos articular la instancia de subjetivación hecha por el neoliberalismo en su operación “antropológica” de dotar al sujeto en un capital, acorde a la economización de la vida, con la instancia –también de subjetivación– que induce relajación, aceptación y reinicia el proceso de valorización. En ese sentido, el artículo se organiza de la siguiente manera: 1) presentamos las técnicas, las condiciones de emergencia y las principales características que comparten las culturas terapéuticas; 2) delineamos la alianza existente entre estas técnicas y los procesos de subjetivación del capitalismo tardío (valorización constante, desafiliación y ultra-subjetivación) que se esgrime como condición de posibilidad para una subjetividad plena, considerando los argumentos de las empresas para la utilización de estas técnicas; 3) describimos a estas técnicas en tanto evacuación de las condiciones estructurales y “negativas” para la salud mental, o sea, fundamentamos la hipótesis de que estas herramientas sirven como un mecanismo para soportar las condiciones adversas del capitalismo actual.

En tal sentido, los resultados de la investigación pueden dividirse de la siguiente manera: primero, la cercanía de las posiciones de los teóricos del neoliberalismo con la emergencia de las culturas terapéuticas a través de la noción de “punto de anclaje” que reconocen los primeros ante el avance del mercado; como tal, la experiencia subjetiva sedimenta una forma de entendimiento de sí mismo que solamente el trabajo de sí puede servir de amortiguador ante la experiencia del trabajo. Así, observamos que los bienes tecno-espirituales conjugan el ideario de transformación personal con la lógica del neoliberalismo en la figuración del capital humano y al mercado como valor supremo de todo emprendimiento o proyecto subjetivo. Caracterizamos a lo tecno-espiritual desde el abordaje de Foucault, precisando el componente espiritual como transformación del ser del sujeto a través de una serie reglada de pasos y un lenguaje biomédico y cibernético (acorde a una visión técnica). Segundo, en los lineamientos de las técnicas de sí encontramos, por un lado, una sobredeterminación de las pautas a seguir, la preocupación por la felicidad como estado superior subjetivo y la centralidad de la salud como un hecho de la cual el sujeto es responsable. La responsabilización moral del individuo es parte de las transformaciones en el sistema de salud característica del proceso de biomedicalización de la sociedad. Por otro lado, esta forma de entender la salud y el trabajo de sí, habla sobre el proceso

de ultra-subjetivación en la cual los umbrales de normalidad se introyecta para volver a la cuestión de la responsabilidad subjetiva. Finalmente, se observó cómo estas terapéuticas buscan mermar el conflicto social a través de la respuesta individual; esto se constata mediante los efectos beneficiosos que formulan los teóricos de estas técnicas y de las formulaciones empresariales.

REFERENCIAS

- (1) Clarke A, Shim JK, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *Am Sociol Rev.* 2003;68:161–94.
- (2) Illouz E, Cabanas E. *Happycracia: cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas.* Barcelona: Paidós; 2019.
- (3) Papalini V. *Garantías de la felicidad: estudio sobre libros de autoayuda.* Buenos Aires: Adriana Hidalgo; 2015.
- (4) Rüdiger F. *Literatura de autoayuda e individualismo: contribución al estudio de una categoría de la cultura de masas.* São Paulo: Gattopardo; 2010.
- (5) Foucault M. *La hermenéutica del sujeto: curso del Collège de France, 1981-1982.* Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 2021.
- (6) Grinder J, Bandler R. *La estructura de la magia I.* Santiago de Chile: Cuatro Vientos; 1980.
- (7) Vicario M. *Biohacker: tecnología de la mente, biohacking y espiritualidad práctica para crear la mejor versión de tu vida.* Barcelona: Planeta; 2021.

TRABALHO, PRECARIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE O ATUAL CENÁRIO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO/RJ, BRASIL

Marina Araújo da Silveira¹

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueiredo

INTRODUÇÃO

O presente estudo é parte do projeto de pesquisa de dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial (IPUB/UFRJ). Esse projeto nasce a partir da prática profissional ao observar que pressupostos da Atenção Psicossocial, como o cuidado ampliado, dialogado, comunitário, intersetorial, muitas vezes, não se efetivam no município do Rio de Janeiro/RJ, Brasil, e de como o funcionamento atual da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deste município leva seus trabalhadores ao adoecimento psíquico, a sobrecarga de trabalho e ao engessamento da prática profissional. Nesse cenário, é importante discutir como equipes sobrecarregadas dentro de serviços precarizados podem sustentar o cuidado nos pressupostos da Atenção Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A hipótese levantada neste estudo é de que as práticas manicomiais, ainda existentes na RAPS, são parte da reprodução da lógica neoliberal de trabalho e vida.

OBJETIVO

Entender como os profissionais da RAPS deste município compreendem o cuidado dialogado e compartilhado em saúde mental e, através dessa perspectiva, pensar nos caminhos de resistência possíveis.

METODOLOGIA

Esse estudo foi realizado a partir de uma pesquisa qualitativa, sendo desenvolvidas entrevistas semiestruturadas com profissionais dos CAPS do município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil. Ao total foram 12 profissionais da RAPS entrevistados, que trabalhavam em 10 CAPS diferentes. Como critérios de inclusão, tivemos profissionais de nível superior, médio, técnico e gestores inseridos há pelo menos 1 ano em serviço tipo CAPS, que atendiam pessoas maiores de 18 anos do Rio de Janeiro. Como critério de exclusão, tivemos profissionais que atuavam em outro município; em serviço tipo CAPS há menos de 1 ano, voltado para pessoas menores de 18 anos. As entrevistas foram majoritariamente audiogravadas através da plataforma google meet. Como metodologia de análise dos dados coletados utilizamos a análise de conteúdo (1).

RESULTADOS

Foram observadas 10 categorias temáticas: 1. Cuidado para além dos processos psíquicos; 2. Compartilhamento entre CAPS adulto/CAPS AD; 3. Compartilhamento através do leito de

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: maaahz.as@gmail.com.

acolhimento à crise; 4. Compartilhamento no acolhimento inicial; 5. Compartilhamento através de projeto terapêutico singular em conjunto; 6. Redes vivas e intersetorialidade; 7. Boas práticas alinhadas aos pressupostos da atenção psicossocial; 8. Precarização do trabalho e reprodução da lógica neoliberal nos CAPS; 9. Reproduções de práticas manicomiais; 10. Investimento na educação permanente e nos espaços coletivos. A 1ª categoria diz respeito ao que é o cuidado em Atenção Psicossocial. As categorias de 2 a 5 trazem a prática do dia-a-dia dos CAPS, onde investigamos se há compartilhamento de cuidado nessas práticas e a qualidade. Nas categorias 6 e 7, investigamos como tem se dado o acesso às redes vivas dos usuários e a rede intersetorial, e identificamos práticas alinhadas à lógica da Atenção Psicossocial. Nas categorias 8 e 9, observamos a sobrecarga das equipes; a lógica produtivista; a falta de interlocução, como consequências do modo de produção capitalista e a reprodução de práticas neoliberais, que reatualizam e reproduzem práticas manicomiais. Na 10, identificamos alguns caminhos possíveis de resistência e atuação mais integrada. Dentro das categorias, podemos observar diferentes formas de compartilhamento, que são ações do dia-a-dia dos serviços, como o uso de leito de acolhimento à crise ou o acolhimento inicial e, dentro dessas ações, os profissionais se encontram sozinhos, queixosos, na defensiva em relação aos outros serviços. Foi possível observar que estão frágeis as ações de compartilhamento/diálogo entre os profissionais dos CAPS.

CONCLUSÕES

Observamos que os entrevistados trazem elementos para pensar como equipes sobrecarregadas e adoecidas têm tentando responder a demanda de trabalho e as situações de fortalecimento de rede, a construção de cuidado coletivo e de organização política tem ficado de lado. É relevante apontar como os profissionais dos CAPS são engolidos pela demanda excessiva de trabalho, pela lógica produtivista/tarefa e passam a reproduzir práticas manicomiais nos serviços, buscando resolver todas as questões dos usuários dentro da unidade, acessando cada vez menos o território e as demais políticas públicas. As práticas manicomiais são parte da reprodução da lógica neoliberal, onde o foco são indicadores e metas, levando os profissionais a estarem cada vez mais afastados das redes vivas, que proporcionam acesso à população. Em contrapartida, os espaços de construção coletiva foram apontados como lugares estratégicos de resistência, formação continuada e fortalecimento da Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

- (1) Campos C. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(5):611-4.

UM ESTUDO CRÍTICO ACERCA DO INCENTIVO À GESTÃO MUNICIPAL DO SUS SÃO PAULO, BRASIL: UMA ANÁLISE DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Thiago Roberto Manttuane¹

Áquilas Mendes

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde tem sido vilipendiada pelo desmonte das políticas sociais no Brasil. Nos últimos anos, temos observado um processo contínuo de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que está comprometendo a universalidade do sistema a cada nova etapa das contrarreformas ultraneoliberais. Após a criação do SUS pela Constituição de 1988, surgiram dificuldades na alocação de recursos para o financiamento adequado da saúde pública. Nos anos 1990 e 2000, o SUS manteve uma lógica de alocação de recursos financeiros baseado em produção de ações e serviços de saúde, distanciada de uma alocação a partir de critérios de necessidades de saúde. Ainda que a Lei . nº 141/2012 estabeleceu critérios de alocação segundo necessidades de saúde, até o momento, o Ministério da Saúde no Brasil não observou a determinação legal (1,2). Além disso, a grande maioria dos estados brasileiros, também, não respeitou a indicação dessa Lei. Particularmente, no estado de São Paulo, reproduzindo a mesma lógica do Programa Previne Brasil do governo Bolsonaro, o governo introduziu um modelo de alocação de recursos para os municípios paulistas que rejeita os critérios da Lei 141, com foco na questão do desempenho das ações e serviços de saúde dos municípios, intitulado Incentivo à Gestão Municipal do SUS São Paulo (IGM-SP). Assim, a alocação dos recursos se baseia no IGM, em que os indicadores considerados se referem ao desempenho e pagamento da parte variável do recurso financeiro a ser transferido ao fundo municipal no âmbito da APS. Esse IGM que substitui o repasse global per capita que o governo do Estado de São Paulo transferia aos municípios paulistas.

OBJETIVO

Desenvolver uma análise crítica do processo de implementação do modelo de alocação de recursos à Atenção Primária à Saúde do Estado de São Paulo no âmbito do SUS no Brasil, com foco no Programa Incentivo à Gestão Municipal do SUS São Paulo (IGM-SP), buscando evidenciar desafios e perspectivas.

METODOLOGIA

A pesquisa é de abordagem qualitativa e quantitativa, tendo como perspectiva teórico-metodológica a Teoria Derivacionista do Estado, especificamente a abordagem sobre a crítica do

¹ Doutorando do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), Brasil. E-mail: thiagomanttuane@gmail.com

processo das políticas públicas (3). Ao se seguir o método de Marx, apoia-se na contribuição de Netto (4), em que esse método vai além da aparência do fenômeno para revelar sua essência, utilizando a aparência como ponto de partida. O objetivo é alcançar a essência, capturando sua estrutura e dinâmica por meio de procedimentos analíticos e, posteriormente, realizando uma síntese. Para a abordagem quantitativa, serão analisados os recursos financeiros transferidos pelo governo do estado de São Paulo aos municípios por meio desse modelo de alocação IGM-SUS São Paulo, utilizando o Painel de Incentivo à Gestão Municipal do SUS São Paulo (IGM SUS Paulista), <https://nies.saude.sp.gov.br/ses/publico/igm> (5). Esse Painel proporciona a análise dos recursos financeiros em termos de perdas ou ganhos de recursos em relação ao modelo anterior.

RESULTADOS

A compreensão das políticas públicas somente pode ser entendida na compatibilidade com as relações sociais do modo de produção capitalista. Desse modo, Huwiler (3) é categórica quando analisa as políticas públicas argumentando que elas entram na agenda política quando servem aos interesses do sistema capitalista. Neste sentido, deve-se entender que, os modelos utilizados demonstram compatibilidade com esses interesses. No caso do IGM-SUS São Paulo, os critérios utilizados estão ancorados na lógica gerencial, bem próxima aos interesses do mercado privado, à medida que se referem à critérios de desempenho de ações e serviços de saúde, reforçando a lógica operacional do SUS.

O contexto do IGM-SUS está mais relacionado às diretrizes do Banco Mundial por meio de seu relatório, intitulado “Proposta de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro” (6). Nele são feitas sugestões que um novo modelo de alocação de recursos federais para a APS deve se basear, especialmente, em critérios de eficiência operacional no SUS, voltado à lógica de desempenho e focalizado na população mais pobre. Tal lógica distancia-se do princípio universal do SUS e de sua atenção baseada em necessidades de saúde da população brasileira. Como resultado, ele falha em atender plenamente às reais necessidades de saúde do coletivo.

Portanto, além da dinâmica das contrarreformas com a natureza de expansão do capital, denota-se que o pessoal do estado apresenta por sua natureza uma limitação que é inerente à própria forma da organização social do modo de produção capitalista, que é a racionalidade limitada na qual as políticas públicas são formuladas. Isso ocorre devido à identificação superficial dos problemas, que simplificam processos complexos (3).

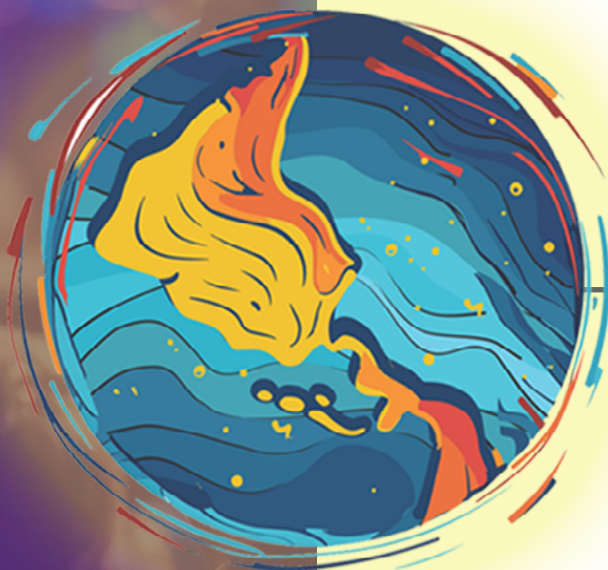
CONCLUSÕES

Os dados analisados evidenciam que a implementação do programa IGM-SUS Paulista potencializa a lógica neoliberal de gestão em saúde, reproduzindo desigualdades e comprometendo a universalidade do SUS. Ao privilegiar modelos de financiamento baseados em desempenho e eficiência gerencial, o programa naturaliza fenômenos sociais dos territórios, sem atender as diferentes necessidades do coletivo. Portanto, estamos testemunhando os efeitos dessa forma ultraneoliberal, marcada pela

fragmentação e pela maximização da eficiência, exacerba a exploração do trabalho e a precarização das condições de saúde. A tendência é que as políticas públicas, longe de atender integralmente às necessidades coletivas, se tornem reféns de um modelo que prioriza a eficiência econômica em detrimento da igualdade e do acesso universal as portas do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Mendes A. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. Apresentado no Seminário Futuros do Brasil: Saúde sem dívida e sem mercado; 2017; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
- (2) Mendes A, Funcia FR. O SUS e seu financiamento. In: Marques R, Piola S, Roa A, editores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Brasília: Ministério da Saúde/Desid; Opas/OMS; 2016.
- (3) Huwiler Álvarez L, Bonnet A, compiladores. Crítica de las políticas públicas: propuesta teórica y análisis de casos. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo Libros; 2022.
- (4) Netto JP. O método em Marx: dialética e revolução. 5ª ed. São Paulo: Expressão Popular; 2011.
- (5) Governo do Estado de São Paulo. Índice de Gestão Municipal (IGM) [Internet]. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2022 [citado 2024 mar 24]. Disponível em: <https://nies.saude.sp.gov.br/ses/publico/igm>
- (6) Banco Mundial. Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro [Internet]. Brasília (DF): Banco Mundial; [2019] [citado 2024 mar 24]. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-doSUS.pdf>



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

EJE 2: SOBERANÍA Y DESCOLONIZACIÓN DE LA SALUD

EIXO 2: SOBERANIA E DESCOLONIZAÇÃO DA SAÚDE

Comunicación Oral/Comunicação Oral

EJE 2: SOBERANÍA Y DESCOLONIZACIÓN DE LA SALUD/ EIXO 2: SOBERANIA E DESCOLONIZAÇÃO DA SAÚDE

Comunicación Oral/Comunicação Oral

A INFLUÊNCIA DO PODER LEGISLATIVO SOBRE A ANVISA: USO DE PDLS NA FLEXIBILIZAÇÃO DOS AGROTÓXICOS.....	195
A LUCHA EMANCIPATORIA POR LA COMIDA Y SOBERANÍA ALIMENTARIA: REFLEXIONES SOBRE LOS USOS POLÍTICOS DEL HAMBRE - LA CRISIS COMO POSIBILIDAD	198
ARQUITETURA PROVCHAIN NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RESILIÊNCIA E INTEGRALIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	200
BATENDO UM PAPO CABEÇA: A EXPERIÊNCIA DE TRATAR DA SAÚDE EM UM PROGRAMA DE RÁDIO.....	203
CALENDARIO AGRÍCOLA ANCESTRAL: EXPRESIÓN DECOLONIAL DE AUTONOMÍA ALIMENTARIA Y BUEN VIVIR DE UN PUEBLO INDÍGENA NASA, COLOMBIA.....	206
CRISE MIGRATÓRIA VENEZUELANA E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA OPERAÇÃO ACOLHIDA E SEUS DESDOBRAMENTOS NO SUS	209
DESGUALDADES SOCIAIS NO ESPÍRITO SANTO: IMPACTOS NA SEGURANÇA ALIMENTAR E NA SAÚDE.....	212
ESCASEZ HÍDRICA, AGROINDUSTRIA Y AFECTACIONES SOCIO SANITARIAS. UNA MIRADA DESDE LA SALUD COLECTIVA. COMUNA DE MONTE PATRIA (CHILE)	215
FORMAÇÃO EM METODOLOGIA CAMPONÊS A CAMPONÊS EM CUBA PARA TRANSIÇÃO AGROECOLÓGICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ASSENTAMENTOS DA REFORMA AGRÁRIA EM MINAS GERAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	218
FORTALECENDO O CULTIVO TRADICIONAL DO ALIMENTO INDÍGENA EM DIÁLOGO COM A AGROECOLOGIA: UMA EXPERIÊNCIA COM O POVO MUNDURUKU - PARÁ/BRASIL.....	221
INOVAÇÃO E EQUIDADE NA PESQUISA EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA THE GLOBAL HEALTH NETWORK AMÉRICA LATINA E CARIBE.....	224
INTEGRALIDAD Y DERECHO A LA SALUD MENTAL EN TERRITORIOS DE COMPLEJIDAD GEOGRÁFICA-POBLACIONAL: UNA EXPERIENCIA DE TELEPSIQUIATRÍA EN LA PUNA JUJEÑA (2023–2025).....	227
INTERNACIONALIZAÇÃO E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM UM GLOBAL DESIGUAL: SAÚDE COLETIVA, SAÚDE GLOBAL E A INTERNACIONALIZAÇÃO NEOLIBERALIZANTE DO ENSINO SUPERIOR BRASILEIRO	230
MAD IN BRASIL E OS CAMINHOS DESMEDICALIZANTES.....	233
MÍDIAS DIGITAIS E SAÚDE PÚBLICA: PERCEPÇÕES SOBRE O SUS NO AMBIENTE VIRTUAL.....	236
NEOCOLONIALISMO: O COLAPSO DO SISTEMA DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE LIMPEZA ÉTNICA E DE NECROPOLÍTICA NA PALESTINA	239
PATENTES DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS ANTINEOPLÁSICOS NO BRASIL E ENTRAVES PARA A PRODUÇÃO LOCAL DE BIOSSIMILARES	242

POR UMA SAÚDE INSURGENTE E ECOLOGIA DECOLONIAL NOS TERRITÓRIOS DO BRASIL	245
PROMOVIENDO LA SOBERANÍA ALIMENTARIA Y LA SALUD NUTRICIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN JUJUY – ARGENTINA.....	248
RELAÇÃO ENTRE O APOIO SOCIAL PERCEBIDO E FATORES SOCIOECONÔMICOS E DE SAÚDE COM A INSEGURANÇA ALIMENTAR EM GESTANTES DE ALTO RISCO EM UNIDADE HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO	250
SALUD COLECTIVA Y “ULTRADERECHA”: ANÁLISIS COMPARATIVO SOBRE NARRATIVAS POLÍTICAS DEL AGRONEGOCIO EN ARGENTINA Y BRASIL.....	253
SAÚDE DIGITAL NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL COM FOCO NO LEGISLATIVO	256
SOBERANÍA SANITARIA EN LA CURRÍCULA: MATERIA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL COLECTIVA-ESMC-I II III, INCORPORAR LA TEORÍA DEL CUIDADO DEL BUEN VIVIR Y BIENESTAR, ESCUELA DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, ARGENTINA 2024	259
UMA ABORDAGEM PRÁTICA PARA SUPERAR OS DESAFIOS DA PESQUISA EM SAÚDE POR MEIO DA COLABORAÇÃO E DA INOVAÇÃO: ESTUDOS PATHFINDER NO BRASIL	263

A INFLUÊNCIA DO PODER LEGISLATIVO SOBRE A ANVISA: USO DE PDLs NA FLEXIBILIZAÇÃO DOS AGROTÓXICOS

Paulo Borges Mathias Costa¹

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues²

Christiane dos Santos Teixeira Delphim³

INTRODUÇÃO

A regulação de agrotóxicos no Brasil envolve tensões entre a proteção da saúde pública e interesses econômicos do agronegócio. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tem papel central na avaliação toxicológica e controle desses produtos, muitas vezes estabelecendo restrições ou banimentos baseados em evidências científicas de risco à saúde. No entanto, o Poder Legislativo brasileiro frequentemente intervém nesse campo, seja propondo novas leis que alteram as regras dos agrotóxicos, seja usando Projetos de Decreto Legislativo (PDL) para sustar atos normativos da Anvisa considerados desfavoráveis ao setor agrícola. Essa dinâmica levanta debates sobre a autonomia regulatória, a influência de grupos de interesse – em especial a influente bancada ruralista – e possíveis conflitos de interesse decorrentes do financiamento político por empresas do setor agroquímico (1). Como o Brasil é um dos maiores consumidores de agrotóxicos do mundo, qualquer flexibilização regulatória pode ter impacto significativo na saúde pública, tornando imperativa a análise crítica da interface entre o Legislativo e a atuação da Anvisa nesse âmbito.

OBJETIVO

Examinar os mecanismos por meio dos quais o Poder Legislativo influencia a atuação normativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no campo dos agrotóxicos, com ênfase na utilização de Projetos de Decreto Legislativo (PDLs) como instrumentos de flexibilização regulatória, bem como na correlação entre o financiamento político-eleitoral e a proposição legislativa voltada à supressão de medidas sanitárias baseadas em evidências científicas.

METODOLOGIA

O estudo adotou abordagem qualitativa, baseada em pesquisa documental e análise de casos legislativos. Foram levantados PDLs apresentados no Congresso Nacional entre 2015 e 2023 que visavam sustar resoluções ou atos da Anvisa sobre agrotóxicos. Esses projetos de decreto legislativo foram examinados quanto à sua justificativa, tramitação e autoria parlamentar. Em complemento, realizaram-se consultas a bases de dados de financiamento de campanhas eleitorais (Tribunal Superior Eleitoral) para identificar contribuições de empresas do agronegócio a parlamentares autores ou defensores desses

1 Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo. E-mail: pauloborges@id.uff.br

3 Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

PDLs. Os dados foram triangulados com informações de relatórios oficiais, notícias de jornalismo investigativo e literatura acadêmica sobre captura regulatória, permitindo uma interpretação crítica da relação entre Legislativo, setor regulado e órgão regulador.

RESULTADOS

A análise dos 38 Projetos de Decreto Legislativo (PDLs) identificados revelou uma predominância de iniciativas oriundas da Câmara dos Deputados (79%), em contraste com o Senado Federal (21%), com destaque para o macrotema dos agrotóxicos, que concentrou 42,11% das proposições. Temas como medicamentos e o controle sanitário em portos, aeroportos e fronteiras também foram recorrentes, representando 18,42% cada. Ademais, 31,6% dos PDLs estavam relacionados à pandemia de COVID-19, evidenciando o impacto da crise sanitária global na agenda legislativa. Embora nenhum desses projetos tenha sido aprovado até o momento da análise, sua existência demonstra o papel estratégico dos PDLs como instrumentos de pressão política e como vetores de debate público sobre o escopo da regulação sanitária.

No caso específico dos agrotóxicos, observou-se que os PDLs têm sido mobilizados para tentar reverter medidas normativas adotadas pela ANVISA, sobretudo aquelas baseadas em reavaliações toxicológicas. Um exemplo emblemático é o PDL 310/2020, proposto por parlamentar da Frente Parlamentar da Agropecuária (FPA), que buscava sustar a resolução da agência que proibia, de forma escalonada, o uso do herbicida Paraquate — substância amplamente associada a riscos graves à saúde humana. Embora a proposição tenha sido arquivada após parecer técnico contrário, ela ilustra a tentativa legislativa de interferir em decisões sanitárias ancoradas em evidências científicas. Outros PDLs seguiram o mesmo padrão, com propostas destinadas a suspender reavaliações de ingredientes ativos em uso ou a acelerar registros de novos produtos, indicando um movimento sistemático de enfraquecimento dos mecanismos regulatórios.

Adicionalmente, a investigação revelou uma correlação significativa entre a autoria desses projetos e o financiamento político-eleitoral: grande parte dos parlamentares que atuaram na proposição de PDLs voltados à flexibilização da regulação de agrotóxicos recebeu doações substanciais de campanha de empresas e indivíduos vinculados ao setor agropecuário. Esse padrão de financiamento sugere um grau relevante de influência econômica sobre a formulação legislativa, caracterizando um potencial processo de captura regulatória, no qual interesses privados sobrepõem-se ao interesse público e à proteção da saúde coletiva (2).

CONSIDERAÇÕES

A investigação evidenciou que a atuação do Poder Legislativo pode, por meio de PDLs e outras manobras legais, flexibilizar regulamentações sanitárias estabelecidas pela Anvisa no controle de agrotóxicos, frequentemente atendendo a demandas de setores produtivos. Tal interferência política, quando guiada por interesses econômicos e potencializada pelo financiamento de campanhas por

empresas beneficiárias da flexibilização, coloca em xeque a efetividade das medidas de proteção à saúde e ao meio ambiente. Embora seja desejável conciliar desenvolvimento agrícola e segurança sanitária, os achados apontam predominância de interesses privados sobre evidências científicas nessas decisões. Como consideração final, recomenda-se fortalecer mecanismos de transparência e integridade – com limites à influência do poder econômico e maior participação de especialistas independentes – para que eventuais flexibilizações não comprometam a saúde pública. Além disso, é fundamental resguardar a autonomia técnica da Anvisa e ampliar o controle social nas políticas de agrotóxicos, equilibrando a produtividade agrícola com o direito à saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Lopes CVA, Albuquerque GSC. Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática. *Saúde Debate*. 2018;42(117):518-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811714>
- (2) Moraes RF. Agrotóxicos no Brasil: padrões de uso, política da regulação e prevenção da captura regulatória. Texto para Discussão nº 2506. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2019 [citado 2025 jun 10]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/0473d1e3-f195-4e03-a69e-a69899670c60>

A LUCHA EMANCIPATORIA POR LA COMIDA Y SOBERANÍA ALIMENTARIA: REFLEXIONES SOBRE LOS USOS POLÍTICOS DEL HAMBRE - LA CRISIS COMO POSIBILIDAD

Lúcia Dias Da Silva Guerra¹

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

La humanidad está experimentando una crisis global del capitalismo, que se ha prolongado en todo el mundo desde 2007. Esto va acompañado de un escenario de policrisis, en el que convergen y se interconectan varias crisis: la alimentaria (hambre, producción de alimentos, obesidad, malnutrición), sanitaria, económica (inflación y recesión), medioambiental (climática y pandémica) y geopolítica (guerra y divisiones internacionales). En torno de la comida se construyen y desafían, relaciones de género e identidades individuales y colectivas.

OBJETIVO

Este estudio pretende contribuir al debate sobre la lucha emancipatoria por la comida y soberanía alimentaria, y los usos políticos del hambre desde la teoría a la práctica. Buscando comprender la crisis como las grietas donde nosotros tenemos más posibilidad de eco de nuestras luchas del-contra-más allá del capital.

METODOLOGÍA

Este estudio utiliza la vía ensayística para elucidar la importancia del pensamiento marxiano como horizonte teórico-práctico y metodológico que desvela la capacidad social de organizar la vida colectiva a través de las actividades productivas, la defensa de los territorios y su patrimonio cultural y la integración de un metabolismo social sostenible. Como fuente utilizamos el libro de Marx – *“Crítica a la Filosofía del derecho de Hegel”* (1); el artículo de John Bellamy Foster *“Marx as a Food Theorist”* (2); y tres textos de John Holloway – *“La Tormenta”* (3), *“La Tormenta: crisis, deuda, revolución y esperanza (una respuesta al desafío zapatista) – 20 clases de John Holloway”* (4), *“¡Comunicemos!”* (5).

RESULTADOS

La lucha emancipatoria por la comida y soberanía alimentaria, y los usos políticos del hambre en este momento de la historia requiere un diagnóstico combinado con alternativas reales, como el modelo de producción agroecológica propuesto por el ecosocialismo. La idea de soberanía como propone Marx¹ es la soberanía popular en que el pueblo sea autono, independiente del mundo exterior

1 Universidade de São Paulo (USP), Brasil. E-mail: ludsguerra@gmail.com

y constituye un estado propio. Pues, el Estado es un *abstractum*. Sólo el pueblo es el *concretum*. Además como alerta Foster (2), es necesario un cambio global que apunte a trascender el socio-metabolismo del capital, forjando un “socialismo post-capital” (más allá del capitalismo) que apunte a construir otro regime alimentario, el desarrollo humano y la vida de todo el pueblo trabajador. La crisis es las grietas donde nosotros tenemos más posibilidad de eco de nuestras luchas del-contra-más allá del capital y también de reflexionar acciones sin caer en el institucionalismo, sin caer en la creencia ciega de que el Estado será nuestra protección, desde Marx (1) a Holloway(3-5) es posible tener esos apuntes. La crisis es el momento que permite ver las contradicciones. Es la posibilidad de construcción de otra cosa, de pensar nuevas formas de convivencia que ejerciten los principios básicos de la comunalidad: autonomía, solidaridad social, diversificación productiva, gestión sostenible del patrimônio, y trazar caminos de creación de planes locales de buen vivir que apunten a la atención de las necesidades sociales (salud, alimentación, educación, trabajo, habitación etc.).

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

Las múltiples crisis vividas por la humanidad en este momento histórico nos muestran a partir de Marx que son las grietas para construir los caminos comunes que transforme la relación sociometabolica con los humanos y la naturaleza. Es la posibilidad de lucha contra la dominación de las actividades capitalistas, del trabajo enajenado y la apertura para pensar en común las alternativas de la transformación del regime alimentario que corresponda a las necesidades de todos los pueblos.

REFERÊNCIAS

- (1) Marx K. Crítica a la filosofía del derecho de Hegel, 1843. 3ª ed. São Paulo: Boitempo; 2013. 184 p.
- (2) Foster JB. Marx as a food theorist. *Monthly Review* [Internet]. 2016 Dec 1 [citado 2025 maio 11];68(7). Disponível em: <https://monthlyreview.org/2016/12/01/marx-as-a-food-theorist/>
- (3) Holloway J. La tormenta. *Comune Info* [Internet]. 2024 Dec 29 [citado 2025 maio 11]. Disponível em: <https://comune-info.net/la-tormenta/>
- (4) Holloway J. La tormenta: crisis, deuda, revolución y esperanza (una respuesta al desafío zapatista): 20 clases de John Holloway (2016). Puebla: BUAP/ICSyH; Buenos Aires: Herramienta; 2017.
- (5) Holloway J. ¡Comunicemos! Guadalajara: Grietas Editores; 2013. 171 p.

ARQUITETURA PROVCHAIN NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RESILIÊNCIA E INTEGRALIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Élton Carneiro Marinho¹

Mônica Ferreira da Silva^{2,3}

Hugo Cesar Bellas³

Bárbara Bulhões Lopes de Andrade³

Paulo Victor Rodrigues de Carvalho^{2,3}

Alessandro Jatobá³

INTRODUÇÃO

A APS é fundamental para o SUS, atuando como porta de entrada e coordenadora do cuidado. A resiliência do SUS se baseia na capacidade do sistema de se ajustar antes, durante ou após um evento inesperado e, ao mesmo tempo, continuar a prestar serviços de saúde regulares e de boa qualidade (1). A integralidade do SUS busca atender às necessidades das pessoas em todas as fases da sua vida (2,3). Contudo, a APS enfrenta desafios como subfinanciamento e falta de infraestrutura. A integração de dados via blockchain pode fortalecer a resiliência do sistema e o princípio de integralidade ao garantir acesso confiável e interoperável às informações dos pacientes, promovendo um atendimento mais coordenado e eficiente.

A gestão dos dados de saúde enfrenta desafios relacionados à rastreabilidade, à confiabilidade dos registros dos usuários e às dificuldades de interoperabilidade e compartilhamento seguro de informações. Estes problemas podem levar a riscos de fraude e desperdício de recursos.

A blockchain permite o armazenamento permanente de informações encadeadas, enquanto a proveniência de dados refere-se à origem, histórico e trajetória de um conjunto de dados, incluindo suas transformações. A combinação destas tecnologias fortalece a rastreabilidade, confiabilidade e autonomia na gestão de registros eletrônicos de saúde, embora enfrente obstáculos regulamentares e financeiros.

OBJETIVO

Analisar os benefícios para a APS ao fazer uso da arquitetura PROVChain proposta em pesquisa anterior (4), para o fortalecimento da resiliência e da integralidade do SUS, por meio da combinação eficiente de diversas fontes de informação e da rastreabilidade aprimorada dos dados da APS. A PROVChain combina os conceitos de Blockchain e Proveniência de Dados, oferecendo uma solução robusta para garantir a confiabilidade nos dados e a descentralização reforçando a resiliência.

1 Centro de Ciências Matemáticas e da Natureza da UFRJ. E-mail: elton@ccmn.ufrj.br

2 Programa de Pós-graduação em Informática – UFRJ

3 Projeto ResiliSUS - Fiocruz

METODOLOGIA

A implantação de um artefato tecnológico contempla tanto aspectos técnicos quanto o conhecimento adquirido ao longo do processo de implantação. A Design Science Research (DSR) atua como o método que viabiliza a construção do conhecimento em um contexto desta natureza, pois oferece uma abordagem estruturada para o desenvolvimento e implantação de artefatos que tratam de problemas do mundo real, gerando simultaneamente conhecimento científico e resolução de problemas práticos.

A versatilidade do método permite a integração do rigor científico com a aplicação prática, tornando-o particularmente adequado para a pesquisa aplicada e o desenvolvimento tecnológico (5). A DSR envolve ainda a divulgação e publicização das contribuições teóricas levantadas, o que está alinhado com a necessidade de melhorar a literacia em saúde no Brasil auxiliando na promoção da Saúde Coletiva.

RESULTADOS

A PROVChain é uma arquitetura baseada na Blockchain Hyperledger Fabric, integrada à proveniência de dados PROV-DM, desenvolvida para aprimorar a confiabilidade na proveniência dos dados que tem potencial de ser aplicada na APS para garantir a resiliência e a integração das fontes de informação para poder atender a todas as necessidades do usuário. A seguir, apresentamos como a PROVChain pode ser aplicada na APS.

A PROVChain pode assegurar a resiliência garantindo a integridade das informações ao registrá-las de forma permanente e sequencial. Alterações são registradas com a adição de novos blocos, mantendo os registros anteriores intactos, o que garante rastreabilidade e aumenta a confiabilidade dos dados. A descentralização da PROVChain proporciona múltiplos pontos de controle na rede, fortalecendo a segurança ao distribuir a responsabilidade entre diversos nós, o que pode garantir maior robustez e resiliência ao sistema de saúde pública. Cada nó mantém uma cópia completa do registro e valida as transações, garantindo maior segurança e transparência.

A integralidade na APS via PROVChain poderá ser viabilizada pela combinação de fontes externas de informação por meio de contratos inteligentes, que são acordos digitais que fortalecem a participação e a democracia garantindo transparência e integridade dos dados. Esses contratos permitem operações automáticas e seguras, garantindo a segurança e a rastreabilidade das informações. Ao incorporar dados externos, como registros de dispositivos de saúde ou sistemas de informação em saúde, os contratos validam e registram os dados de forma imutável, oferecendo uma interface consistente que amplia a funcionalidade e a confiabilidade das informações.

CONSIDERAÇÕES

A arquitetura PROVChain tem o potencial de melhorar os serviços oferecidos pela APS, tornando-os mais resilientes e seguros. Por meio da integração de informações de fontes externas via contratos inteligentes, a PROVChain visa contribuir para a integralidade dos serviços e promove uma atuação intersetorial que beneficia a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos.

Este trabalho propõe uma solução para desafios críticos na APS, como a descentralização e a rastreabilidade das informações, permitindo auditorias e registrando de forma sequencial e imutável as alterações no histórico dos usuários do SUS. Com os próximos passos focados na implementação de um projeto piloto e na avaliação contínua de sua eficácia, a proposta tem o potencial de ampliar o leque de soluções tecnológicas para a saúde pública no Brasil. Ao contribuir para a saúde digital e a gestão em saúde, a PROVChain abre novas possibilidades para pesquisas e inovações, impulsionando a transformação digital do setor.

REFERÊNCIAS

- (1) Jatobá A, Nunes PC, Carvalho PVR. A framework to assess potential health system resilience using fuzzy logic. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e73. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.73>
- (2) Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009.
- (3) Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV). Integralidade [Internet]. 2008 [citado 2025 abr 2]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalistico/integralidade>
- (4) Marinho ÉC. PROVChain: uma arquitetura baseada em blockchain para ampliar a confiabilidade na proveniência dos dados de solos [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); 2024.
- (5) Dresch A, Lacerda DP, Antunes JAV. Design science research: a method for science and technology advancement. Cham: Springer; 2015. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-07374-3>

BATENDO UM PAPO CABEÇA: A EXPERIÊNCIA DE TRATAR DA SAÚDE EM UM PROGRAMA DE RÁDIO

Giovanna Rodrigues Mastroianni de Oliveira¹

Thales Vinícius Viana dos Santos

Carlos Henrique Sutério de Carvalho

Iure Oliveira dos Santos Jesus

Lukas Jhonata Souza Silva

Israel Marques Campos

INTRODUÇÃO

Os programas de rádio promovem educação, cultura e informação para diversos indivíduos em múltiplos contextos. Pensar na rádio como uma estratégia pedagógica, para a promoção de um modelo de educação informal (comunicacional) em saúde, estabelece uma nova alternativa para estimular o processo de ensino e aprendizagem, além de democratizar o acesso à informação, comunicação e interação social (1).

Neste sentido, o projeto de extensão Papo Cabeça nas Ondas do Rádio: Saúde, Saúde Mental e Sexualidade, desenvolvido por discentes e docentes do grupo de pesquisas Mental Pop do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) busca, por meio do rádio, das redes sociais (Instagram e WhatsApp) e da plataforma de streaming Spotify, desenvolver ações de formação e comunicação sobre temas relacionados à saúde, saúde mental, corpo e sexualidade articulado com o Educa Rap, projeto em andamento na UFRB, que já tem uma rede de participantes e um programa semanal de rádio envolvendo jovens adultos atuantes em movimentos sociais e culturais do Recôncavo e periferias das Regiões Metropolitanas de Salvador e Feira de Santana.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é descrever o processo de produção e criatividade do projeto de extensão “Papo Cabeça nas Ondas do Rádio: Saúde, Saúde Mental e Sexualidade” e relatar a vivência dos integrantes da equipe durante a execução da atividade, exaltando a importância das discussões trabalhadas para a área da saúde.

METODOLOGIA

O funcionamento do projeto foi definido a partir da produção de um quadro dentro do programa do Educa Rap, denominado “O Rap é o Som”, para a criação de conteúdo acerca dos eixos temáticos de saúde, saúde mental e sexualidade. Na produção do quadro, as temáticas foram

1 Estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. E-mail: giovannarodrigues@aluno.ufrb.edu.br

delimitadas a partir da discussão entre o grupo do projeto ou de demandas externas requeridas pela equipe produtora do “O Rap é o Som”. Definidos os temas, estes foram divididos em episódios, passando por um processo de roteirização feito a partir de um levantamento em bancos bibliográficos referente a cada tema, mas também utilizando elementos como músicas, filmes e livros para apresentar e aproximar o público da discussão proposta, assim como a participação de convidados apropriados para a temática de cada episódio.

Após a roteirização, cada episódio foi gravado e editado pelos próprios integrantes da equipe do projeto, que passaram por uma oficina de capacitação para operar o software Audacity, disponível para computador, para estes propósitos. Os episódios foram exibidos quinzenalmente ao vivo durante o “O Rap é o Som” e, posteriormente, eram publicados como podcast no Spotify, em um perfil homônimo do projeto.

RESULTADOS

O programa de rádio “Papo Cabeça nas Ondas do Rádio” teve 13 episódios, exibidos entre julho/2024 e dezembro/2024, abrangendo temas como “representação midiática de pessoas LGBTQIAPN+”, “saúde mental da população negra” e “etarismo”. No Spotify, o podcast do projeto chegou a mais de 300 reproduções.

A execução do projeto se debruçou em trazer discussões em saúde que fugissem do conceito tradicional biomédico ensinado nas universidades. Todo o planejamento veio a partir da reflexão de como a saúde, num contexto social, pode ser afetada por diversas intersecções identitárias e contextos que extrapolam o conhecimento puramente científico.

Nessa perspectiva, a recepção do conteúdo produzido foi positiva. Alguns relatos nas redes sociais ressaltaram o fortalecimento da identidade ao ouvirem a diversidade de vozes que compõem o programa, o que resultou em maior engajamento e compreensão sobre saúde. Considerar os contextos e segmentos sociais existentes na sociedade também ocasionaram em uma educação em saúde decolonial, promovendo saberes a partir não só da ciência formal, mas também das vivências relatadas e diálogos tecidos.

A colaboração dos convidados de diferentes áreas do conhecimento foi essencial para a abordagem educacional do programa. Isso ajudou não apenas a ampliar o escopo das questões em saúde, mas também trouxe uma abordagem interdisciplinar muito necessária para construir um discurso mais refinado e direcionado.

Em adição a conscientizar os cidadãos sobre diversos assuntos, promovendo uma educação informal, o programa também estimulou a discussão em saúde continuamente e de fácil acesso nas redes sociais, com postagens semanais de cards informativos no Instagram. Este foi um importante fator para a ampliação da educação em saúde e a divulgação do projeto.

CONCLUSÕES

Com o “Papo Cabeça nas Ondas do Rádio: Saúde, Saúde mental e Sexualidade”, ressalta-se a relevância da comunicação universitária enquanto agente de transformação, favorecendo discussões sociais não restritas à academia, colaborando para a reformulação do conceito de saúde e disponibilizando informações de forma acessível. O presente relato de experiência promoveu, portanto, a difusão e popularização científica em saúde.

Os desafios constituíram uma abordagem acessível, respeitosa e menos limitante em temas sensíveis, como sexualidade e saúde mental. Além disso, o programa também provocou nos ouvintes o sentimento de estarem representados em ao menos uma das temáticas abordadas e a responsabilidade de desafiarem-se a tratar sobre esses temas.

Com o reconhecimento recebido do projeto, espera-se que o modelo de execução possa ser replicado em outras iniciativas que tenham propósitos semelhantes de descolonização do conhecimento, mostrando o potencial do trabalho

com protagonismo dos próprios estudantes, ampliando a conscientização acerca da saúde com grande impacto e relevância para a comunidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Roges AL, Vasconcelos EMR, Alencar EN, Muniz RA. Utilização do rádio pelo enfermeiro como estratégia em educação em saúde: uma revisão integrativa [Internet]. Rev Eletr Enferm. 2013 [citado 2025 fev 24]; Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/16711/15547>

CALENDARIO AGRÍCOLA ANCESTRAL: EXPRESIÓN DECOLONIAL DE AUTONOMÍA ALIMENTARIA Y BUEN VIVIR DE UN PUEBLO INDÍGENA NASA, COLOMBIA

Leisy Cruz Rodríguez ^{1 2}

Luz Nidia Finscué Pete³

Jennifer Marcela López Ríos⁴

Dolly Arias Torres ¹

Juan Camilo Calderón Farfán ^{1*}

INTRODUCCIÓN

La autonomía alimentaria para pueblo Nasa está directamente relacionada con la alimentación propia, entendida como la forma de pensar y actuar conforme a las tradiciones ancestrales de los pueblos originarios (1). Es un derecho que se asocia a la autodeterminación y factor determinante para la salud y el pueblo Nasa. El pueblo Nasa se caracteriza por la actividad agrícola para el autoconsumo; prácticas antiguas de autonomía alimentaria, materializada en cultivos propios que garantizan la prosperidad y abundancia de las cosechas tales como: *tiempos de siembra, rituales y pasos a seguir para el cultivo de alimentos* (2). Por muchos años, estas prácticas y los pueblos han resistido al deterioro paulatino de sus tradiciones ancestrales (2).

El reto actual, radica en recuperar la alimentación propia, desde el fortalecimiento de saberes y prácticas alrededor del proceso alimentario. En este sentido, la construcción de calendarios agrícolas propios de cada territorio representa un insumo vital para la recuperación saberes y prácticas de conservación de semillas nativas, sistemas de siembra propios como el espiral, donde el principal objetivo es el fortalecimiento del tul (huerta) nasa y el buen vivir del pueblo.

OBJETIVO

Co-construir desde los saberes y prácticas propias un calendario ancestral agrícola para el fortalecimiento de la autonomía alimentaria en un Resguardo indígena del Pueblo Nasa del Huila-Colombia.

1 Universidad Surcolombiana. Facultad de Ciencias de la Salud. Neiva, Huila- Colombia. E-mail: juan.calderon@usco.edu.co

2 Ministerio de Ciencia, tecnología e Innovación. República de Colombia. Bogotá, Colombia.

3 Resguardo Indígena Nasa Páez Huila. Iquira, Huila- Colombia.

4 Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Medellín, Antioquia-Colombia

METODOLOGÍA

Investigación participativa basada en la comunidad (CBPR) (3) con comuneros del Resguardo Indígena Nasa Páez Huila. Se emplearon fuentes de información primaria y secundaria. Las primarias fueron técnicas cualitativas como entrevistas a profundidad y círculos de palabra con actores de la comunidad. Las secundarias se tomaron de textos que reposaban en la institución etnoeducativa Kwe Zi'j del Resguardo.

Se realizaron cinco entrevistas y tres círculos de palabra con sabios, docentes, líderes y comuneros expertos en agricultura, promoviendo el diálogo horizontal y la co-construcción colectiva de conocimiento sobre el calendario agrícola. Los relatos, fueron grabados y transcritos con consentimiento informado de los participantes.

La información fue analizada temáticamente, identificando fases agrícolas, ciclos y la importancia de cultivos autóctonos. La triangulación de datos garantizó validez y consistencia. La pieza grafica del calendario se diseñó por miembro de la comunidad, integrando saberes ancestrales, dinámicas agroecológicas y periodos lunares y solares; fue validado comunitariamente, ajustando fases según las condiciones geográficas, climáticas y culturales del territorio.

RESULTADOS

Para el pueblo nasa el tiempo es el recorrido del ser a lo largo de la vida en conexión con la Madre Tierra y se enmarca en la relación con los espacios destinados a las acciones para la pervivencia cultural. Es vivir en armonía con la naturaleza y sus ritmos; significa saber leer y entender sus señales (4).

El tiempo se organiza según las cuatro ritualidades principales: el Sek Buy, el Yu usxa, Cxa puc y la encendida del fuego. Sin embargo, el tiempo es guiado por el recorrido del sol a lo largo del año (camino del sol) y el camino de la luna durante todo su ciclo que puede durar entre 28 y 30 días.

El ciclo agrícola es guiado por el caminar del sol que marca los momentos de alistamiento, cultivo y cosecha. Por su parte, la luna guía prácticas agrícolas más específicos para mantener la armonía con Uma Kiwe (Madre Tierra). Entre las prácticas agrícolas se identifican por lo menos seis: *el alistamiento de semillas; la preparación del terreno para el tul mediante el reposo o rotación de cultivos; la siembra teniendo en cuenta las fases lunares, procurando cultivos en escala; la limpieza de la maleza y mantenimiento mediante fertilización; la cosecha o recolección para el autoconsumo o economía familiar y la conservación de semillas nativas.*

En síntesis, el ciclo y prácticas ancestrales en la agricultura representan una conexión profunda entre la comunidad indígena y la tierra, basadas en conocimientos transmitidos de generación en generación. Estas técnicas practicadas a lo largo del tiempo aseguran la sostenibilidad del territorio y revitalizan la cosmovisión nasa al valorar el equilibrio entre el ser humano y la naturaleza.

CONCLUSIONES

El Calendario agrícola ancestral del Resguardo Indígena Nasa Paez Huila, se organiza según las ritualidades principales del Pueblo Nasa (Sek Buy, el Yu usxa, Cxa puc y la encendida del fuego), el recorrido del sol a lo largo del año (camino del sol) y el camino de la luna, lo cual da cuenta de su cosmovisión y sus modos de vida para mantener su buen vivir.

Los pueblos indígenas preservan métodos tradicionales que integran el respeto por los ciclos naturales teniendo en cuenta el caminar del sol y de la luna, la conservación de semillas nativas y la organización comunitaria, convirtiendo la agricultura y la autonomía alimentaria en un acto de reafirmación y reexistencia de su identidad cultural y resistencia frente a los desafíos impuestos por la modernidad.

REFERENCIAS

- (1) Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). Programa de Salud: autonomía alimentaria [Internet]. 2018 [citado 2025 mar 17]. Disponible en: <https://www.cric-colombia.org/portal/proyecto-cultural/programa-de-salud/>
- (2) Calderón Farfán JC, Dussán Chaux JD, Arias Torres D. Food autonomy: decolonial perspectives for Indigenous health and buen vivir. Glob Health Promot [Internet]. 2021;28(3):50–8. DOI: <https://doi.org/10.1177/1757975920984206>
- (3) Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. Methods for community-based participatory research for health. 2ª ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2006.
- (4) Asociación de Cabildos Indígenas Nasa Çxhâçxha. Grado noveno: Kiwe's ype'jna Nasa fxi'zenxite – Guardianes de la vida y el territorio. Território ancestral de Tierradentro, município de Páez, Cauca, Colômbia; 2020.

CRISE MIGRATÓRIA VENEZUELANA E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA OPERAÇÃO ACOLHIDA E SEUS DESDOBRAMENTOS NO SUS

Patricia Julia Lewis Carpio¹

INTRODUÇÃO

A intensificação da crise humanitária na Venezuela resultou em um fluxo migratório crescente para o Brasil, especialmente por meio da fronteira em Roraima. Estima-se que mais de 7 milhões de venezuelanos tenham deixado seu país desde 2015, sendo o Brasil um dos principais destinos (1,2). A chegada massiva dessa população tem desafiado a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS), revelando desigualdades regionais e fragilidades institucionais, especialmente nas regiões Norte e Centro-Oeste (5,7). Embora a legislação brasileira garanta acesso universal à saúde, migrantes enfrentam múltiplas barreiras de acesso, como obstáculos linguísticos, burocráticos e discriminações simbólicas (4). Nesse contexto, o Estado brasileiro implementou, em 2018, a Operação Acolhida, uma resposta emergencial coordenada pelas Forças Armadas, com foco no ordenamento da fronteira, abrigo e interiorização dos migrantes (2,3). Apesar dos avanços logísticos, a operação ainda apresenta limites quanto à articulação com políticas sociais permanentes (6). A migração forçada tensiona o SUS, exigindo respostas integradas e de longo prazo que considerem os determinantes sociais da saúde e o direito à cidadania.

OBJETIVO

Analisar, com base em revisão crítica da literatura, os impactos da crise migratória venezuelana sobre a saúde pública no Brasil, com ênfase na atuação da Operação Acolhida e nas barreiras enfrentadas pela população migrante no acesso ao SUS, discutindo os limites e potencialidades das políticas públicas voltadas à garantia do direito à saúde em contextos de migração forçada.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, fundamentada em revisão crítica da literatura científica e institucional sobre migração venezuelana e saúde pública no Brasil. Foram selecionadas fontes entre 2018 e 2024, em bases como SciELO, Scopus e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores “migração venezuelana”, “saúde pública”, “SUS” e “políticas públicas”. A análise incluiu artigos científicos, relatórios do ACNUR, OIM, Ministério da Saúde e documentos da Operação Acolhida (1-6). A abordagem teórico-analítica baseou-se na perspectiva dos determinantes

¹ Doutoranda no Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia – Brasil. E-mail: psicolewisc@gmail.com

sociais da saúde e nos marcos de direitos humanos (5). As categorias utilizadas envolveram: acesso à saúde, resposta institucional, políticas públicas emergenciais e inclusão social. A análise buscou identificar os principais desafios enfrentados pelo SUS e as lacunas das políticas públicas no contexto da migração forçada (4,5).

RESULTADOS

Os estudos indicam que a chegada de migrantes venezuelanos ao Brasil pressionou significativamente o SUS, especialmente em regiões com infraestrutura precária, como Roraima (5,7). O acesso aos serviços de saúde é garantido legalmente, mas na prática esbarra em barreiras institucionais, linguísticas e culturais (4,6). A Operação Acolhida organizou respostas emergenciais com apoio logístico das Forças Armadas e organismos internacionais, oferecendo triagem de saúde, vacinação e interiorização (2,3). No entanto, as ações permanecem desconectadas de políticas de médio e longo prazo, limitando a inclusão efetiva dos migrantes no sistema de proteção social. Há sobrecarga nos serviços locais e falta de estratégias integradas de saúde mental e atenção primária (5,7). A literatura destaca que, embora a Operação Acolhida seja um avanço em termos logísticos e de gestão da emergência, ela não substitui a necessidade de políticas públicas permanentes, descentralizadas e participativas (3,4). Críticas também apontam para a militarização da gestão migratória e a ausência de escuta ativa da população migrante, o que compromete a efetividade das ações e a perspectiva dos direitos humanos (6). A análise demonstra que o SUS opera entre a universalidade prevista em lei e os limites estruturais impostos por desigualdades históricas e pela ausência de planejamento migratório articulado (5,7).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A resposta brasileira à crise migratória venezuelana evidencia avanços importantes, como a implementação da Operação Acolhida, mas também revela fragilidades estruturais do SUS e das políticas migratórias. A atuação emergencial e centralizada precisa ser complementada por políticas públicas permanentes que promovam inclusão social e equidade no acesso à saúde. É necessário superar a lógica de gestão de crise e incorporar a migração como uma dimensão estrutural das políticas de saúde e cidadania. A consolidação de estratégias intersetoriais, com financiamento adequado e participação social, é essencial para garantir o direito à saúde da população migrante. O caso venezuelano destaca a urgência de repensar o papel do Estado na proteção de populações em mobilidade, com foco nos direitos humanos e na justiça social.

REFERÊNCIAS

- (1) ACNUR. Refugiados e migrantes da Venezuela [Internet]. ACNUR Brasil; [citado 2025 abr 12]. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/venezuela/>
- (2) Cavalcanti L, Oliveira T. Crise migratória venezuelana e o Brasil. Brasília: OBMigra; 2021.
- (3) Freier LF, Parent N. The regional response to the Venezuelan exodus. Migration Policy Practice. 2019;9(3).
- (4) Marques JP, Santos MR. Direitos sociais e acesso à saúde por migrantes. Rev Bras Saúde Global. 2021;3(1).
- (5) Oliveira AP, Faria JS. Migração e saúde no Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2022;27(5).
- (6) Silva DL. Monitoramento de políticas migratórias. Rev Polít Públicas. 2021;25(1).
- (7) Teixeira MB, Barros R, Lima R, Silva J. Desafios ao SUS na Amazônia. Saúde Debate. 2020;44(spe4).

DESIGUALDADES SOCIAIS NO ESPÍRITO SANTO: IMPACTOS NA SEGURANÇA ALIMENTAR E NA SAÚDE

Eduardo Boarato Gonçalves¹

Francis Sodré²

INTRODUÇÃO

A retomada da ofensiva ultraliberal, nos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro provou o quão frágil ainda é a proteção social no Brasil. Em se tratando da Política de Segurança Alimentar, vivenciamos um cenário onde se agregou a desestruturação das políticas sociais, a crise internacional do capital e a crise sanitária da covid-19, que corroborou para a redução da intervenção estatal.

Pode-se inferir que a evidente regressão nos avanços no período 2004-2013, período relativo à redução da insegurança alimentar e nutricional e da fome no Brasil e à mitigação das desigualdades se deu pela ruptura dos investimentos sociais (1). Do mesmo modo, no campo da saúde coletiva, permanece a necessidade de proteção, cumprimento das garantias e efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada, como um direito de todos (2).

O IBGE já indicava que, no Brasil, no final de 2019, ou seja, antes de crise sanitária da covid-19 a existência de 51,9 milhões de pessoas em situação de pobreza e 13,9 milhões na pobreza extrema, sendo as últimas as pessoas que vivem com menos de R\$ 162,00 por mês ou U\$ 1,9 dólar por dia. O Espírito Santo, embora esteja entre os estados com níveis superiores de acesso pleno aos alimentos em relação ao país, ainda possui índices de insegurança alimentar leve, moderada e grave que somados atingem 39,1% (Rede Penssan, 2022), além disso, muitas são as vulnerabilidades sociais que impactam a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada.

OBJETIVO

Analisar a insegurança alimentar e nutricional e o perfil socioeconômico das famílias referenciadas no Programa Sesc Mesa Brasil na Região Metropolitana da Grande Vitória no Estado do Espírito Santo.

METODOLOGIA

Este estudo constituiu-se como uma pesquisa social e possui delineamento quanti-qualitativo. O uso da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) nos permitiu aferir a experiência e a percepção de insegurança alimentar e fome no nível familiar. Utilizaram-se ainda dados do perfil

1 Assistente Social, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). E-mail: eduardoboarato@gmail.com

2 Professora Doutora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

socioeconômico de Famílias Assistidas, que reúne categorias indicativas de desigualdades sociais. A partir do cruzamento de dados da EBIA (afecção da insegurança alimentar) com o perfil socioeconômico identificou-se baixa escolaridade, condições de moradia precárias, saneamento básico insuficiente, vínculos fragilizados de trabalho, bem como, os altos índices de insegurança alimentar, situação de desigualdade social se relaciona diretamente ao não acesso aos alimentos.

A pesquisa foi realizada por meio de avaliação de dados secundários, portanto, não incluiu o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, com parecer favorável.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados identificou-se que 38% dos trabalhadores se aglutinavam em diversas funções, em trabalhos temporários, informais, sem acesso às políticas de seguridade social.

Dentre as pessoas com idade entre 18 e 59 anos predomina a baixa escolaridade: 43% declararam ter o ensino fundamental incompleto; 11% das pessoas entrevistadas não completaram o ensino médio; apenas 1% dessa população chegou ao ensino superior completo; 8% declararam-se não alfabetizados.

No quesito renda familiar, 74% das famílias aqui referenciadas sobreviviam com até um salário mínimo, considerando o valor vigente em 2024 (R\$ 1.420,00 - mil quatrocentos e vinte reais).

Em nosso estudo, 11% das moradias não possuíam coleta regular do lixo doméstico, 4% não possuíam banheiro dentro da residência e em 18% o acesso ao domicílio não possuía pavimentação e/ou rede de esgoto.

Quanto à categoria saúde, evidencia-se que 71% acessam os serviços de saúde por meio do SUS, exclusivamente pelas Unidades Básicas de Saúde, estas foram os únicos serviços de saúde referidos, ou seja, a atenção primária em saúde alcança sozinha esse corte de classe social e produz seu único acesso ao serviço de saúde pública. O cenário que se desenha, portanto, traduz-se em desigualdade social, sobretudo para a segurança alimentar e nutricional, e pode-se associar às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), identificadas nas famílias, com significativo número de hipertensos, diabéticos e obesos. Por fim, 64% das famílias estavam em insegurança alimentar moderada e grave.

CONSIDERAÇÕES

Muitos dos partícipes desse estudo são privados do direito humano à alimentação adequada. Embora numa retomada desde 2023, a segurança alimentar e nutricional associada ao combate à fome, necessita de maior visibilidade.

Sob o ponto de vista social, é preciso compreender que as condições objetivas de vida impossibilitam que milhares de pessoas, acessem alimentos em quantidade e qualidade, de modo a repor suas energias vitais. Portanto, são levados a um processo de adoecimento. Nesse sentido, a alimentação

está imbricada à ordem econômica, cultural, sócio-histórica e política que incidem diretamente nas variáveis biológicas e nutricionais que este fenômeno carrega (3), o ato de alimentar-se tem ganhado novos contornos, uma vez que é difícil não aderir a alimentos ultraprocessados.

Pode-se inferir que SAN e APS se interrelacionam, há necessidade de intensificar o diálogo enquanto política pública, já que juntas podem criar estratégias, sobretudo para a erradicação da fome.

REFERÊNCIAS

- (1) Salles-Costa R, Claro RM, Pereira RA, Mendes LL, Ribeiro-Silva RC, Castro IRR, et al. National trends and disparities in severe food insecurity in Brazil between 2004 and 2018. *Current Developments in Nutrition* [Internet]. 2022 [citado 2023 jan 20];6(4):nzac034. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cdn/nzac034> doi: 10.1093/cdn/nzac034
- (2) Guerra LDS. ComiDHAA de verdade para todos: desafios para a efetivação do direito humano à alimentação adequada no cenário de crises no Brasil. *Saúde Soc* [Internet]. 2022 [citado 2024 fev 10];31(2):e210370. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210370pt> doi: 10.1590/S0104-12902022210370pt
- (3) Guerra LDS, Carnut L. O capitalismo também mata pela boca: alimentação e crítica marxista. *Desafios contemporâneos para a luta contra a fome. Crítica Revolucionária* [Internet]. 2021 [citado 2024 out 25];1:e02. Disponível em: <https://criticarevolucionaria.com.br/revolucionaria/article/view/1>

ESCASEZ HÍDRICA, AGROINDUSTRIA Y AFECTACIONES SOCIOSANITARIAS. UNA MIRADA DESDE LA SALUD COLECTIVA. COMUNA DE MONTE PATRIA (CHILE)

Pablo González Castillo¹

PRESENTACIÓN

El cambio climático es uno de los mayores desafíos que enfrenta la humanidad. Entre sus efectos, se destacan los periodos cada vez más prolongados en la disminución de precipitaciones, cuyas consecuencias generan escenarios cada vez más complejos en términos de disponibilidad de agua para su consumo humano (1).

Este trabajo aborda la escasez hídrica y su impacto en el acceso al agua potable en una zona rural de Chile (Monte Patria) como un problema sociosanitario producido en un contexto territorial presionado por la producción agroindustrial, centrándose en las experiencias de las comunidades afectadas.

La disminución prolongada de precipitaciones y la concentración de derechos de agua en manos de grandes empresas agroindustriales debido a la neoliberalización de los recursos hídricos desde la Dictadura Militar de Pinochet han generado un escenario escasez para la población rural (1). Este fenómeno ha generado un déficit de agua potable, exponiendo a los habitantes a riesgos de enfermedades infecciosas y a una constante inseguridad hídrica, especialmente en poblaciones vulnerables como mujeres mayores (3). Se destaca la importancia de abordar la escasez hídrica desde la ecología política y la justicia ambiental, concluyendo que es necesario adoptar enfoques desde la salud colectiva para desarrollar estrategias de protección hídrica para la población rural.

PROPÓSITO

Identificar los efectos de la escasez hídrica en la salud de la comunidad rural de Monte Patria en Chile. La escasez hídrica, a menudo ignorada como problema sociosanitario por las políticas de salud, amenaza el acceso al agua potable debido a la concentración de derechos de agua en pocas manos. Desde la determinación socioambiental de la salud (4), se analizan las repercusiones sanitarias en estas comunidades, vinculadas a la escasez de agua y al impacto del modelo agroindustrial.

1 Doutorando em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública Fiocruz. E-mail: pablo.castilho@aluno.fiocruz.br

METODOLOGÍA

Se utilizó un método cualitativo con énfasis etnográfico. La decisión dice relación con la aproximación a un fenómeno emergente relativo a las consecuencias sociosanitarias de la escasez hídrica, sobre todo en lo que respecta a las dinámicas territoriales y sociales. El trabajo de terreno se realizó en diciembre del año 2022 y mayo del año 2023, contó con dos estancias de trabajo de campo en la pequeña localidad de Monte Patria, en el secano del norte de Chile. En estas instancias, se realizó observación de espacios públicos ligados a instituciones escolares, de salud rural y espacios cotidianos de la propia comunidad. En total, se realizaron 14 entrevistas.

La sistematización de la información fue mediante análisis de contenido, interpretativo y reflexivo del investigador, con el propósito de sistematizar la significación de mensajes, discursos, registros orales y fuentes escritas. Para análisis de los datos, se procedió a clasificar los datos con MAXQDA según códigos previamente definidos a partir de conceptos claves provenientes del marco teórico. Además, se desarrolló una estrategia de análisis flexible para el surgimiento de nuevas categorías a partir del trabajo en terreno con el propósito de enriquecer el análisis de la información recolectada. Estos códigos fueron agrupados en códigos de familias con el objetivo de relacionarlas y definirlas operativamente.

RESULTADOS

El modelo de gobernanza del agua en Chile prioriza los derechos privados sobre el uso público, generando un mercado hídrico que favorece sectores como la agroindustria. Basado en el Código de Aguas de 1981, este modelo ha creado desigualdades en el acceso al recurso, especialmente en zonas de “vocación productiva”.

Este territorio sufre reducciones severas de precipitaciones, afectando el abastecimiento hídrico. La extracción de aguas subterráneas por parte de grandes productores agrícolas ha secado pozos comunitarios obligando al uso de camiones aljibes. Esta situación genera dependencia hídrica y precariza la agricultura familiar campesina. Además, las normas del Código de Aguas son violadas con frecuencia, favoreciendo la rentabilidad empresarial por sobre el acceso equitativo.

La crisis hídrica, agravada por el modelo agroindustrial y el cambio climático, tiene graves consecuencias sociales y sanitarias. La falta de agua potable aumenta los riesgos de enfermedades infecciosas y malnutrición, afectando especialmente a grupos vulnerables como niños, ancianos y comunidades agrícolas. Asimismo, la incertidumbre sobre el acceso al agua genera estrés, afecta la salud mental y fomenta la migración climática. En Monte Patria, un 15% de la población ha emigrado debido a la denominada megasequía.

La migración climática, impulsada por la escasez de agua y empleo agrícola, ha desplazado principalmente a jóvenes hacia sectores como la minería. Este caso evidencia cómo la crisis hídrica, enmarcada en un modelo neoliberal y la crisis climática, profundiza desigualdades sociales y sanitarias.

Desde la salud colectiva, se plantea la necesidad de abordar las interconexiones entre sociedad, territorio y naturaleza para promover soluciones integrales y sostenibles.

CONCLUSIÓN

Desde la determinación socioambiental de la salud, se observa la relación entre la escasez de agua, la producción agroindustrial y su impacto en las comunidades rurales, retratado en las experiencias de inseguridad hídrica. La crisis climática ha exacerbado la sequía, mientras que las leyes favorecen la producción agroindustrial, perjudicando a los pequeños productores y amenazando el acceso al agua potable.

La falta de oportunidades laborales ha incrementado la migración climática, dejando a la población local en una situación vulnerable. Las mujeres, responsables de las tareas del hogar, son las más afectadas por la escasez, lo que genera una crisis en el cuidado familiar.

Es necesario replantear las políticas hídricas para priorizar el consumo humano y ecosistémico, reconociendo la crisis climática como un desafío sanitario global. Se aboga por involucrar a las comunidades en la gestión del agua, garantizando su acceso como un derecho humano esencial para la vida rural y los ecosistemas.

REFERENCIAS

- (1) Intergovernmental Panel on Climate Change. Sixth assessment report: impacts, adaptation and vulnerability [Internet]. Geneva: IPCC; 2022 [citado 2025 jun 13]. Disponible em: https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/downloads/report/IPCC_AR6_WGII_FinalDraft_FullReport.pdf
- (2) Budds J. Power, nature and neoliberalism: the political ecology of water in Chile [Internet]. Singap J Trop Geogr. 2004;25(3):322–42 [citado 2025 jun 13]. Disponible em: <https://doi.org/10.1111/j.0129-7619.2004.00189.x>
- (3) Salinas M, Becker I. Guardianas del agua: (in)seguridad hídrica en la vida cotidiana de las mujeres. 2ª ed. Santiago: Fundación Heinrich Böll; 2022. 194 p.
- (4) Porto MFDS, Rocha DFD, Finamore R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico [Internet]. Ciênc Saúde Colet. 2014;19:4071–80 [citado 2025 jun 13]. Disponible em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.09062014>

FORMAÇÃO EM METODOLOGIA CAMPONÊS A CAMPONÊS EM CUBA PARA TRANSIÇÃO AGROECOLÓGICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ASSENTAMENTOS DA REFORMA AGRÁRIA EM MINAS GERAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Pedro Henrique Barbosa de Abreu¹

Beatriz Nayara Moraes Faria²

Maria Cristina Passos³

Luana Oliveira da Silva⁴

Pedro Luciano⁵

Gisele Ferreira de Castro⁶

Liandra Ribeiro Silveira⁷

Amanda Leão Cardoso⁸

Lucas Araújo Santiago⁹

Domênica Cristina de Jesus Moraes¹⁰

INTRODUÇÃO

O modelo produtivo do agronegócio privilegia a exportação de *commodities*, promovendo práticas degradantes, as quais resultam em concentração de terras e renda, além de impactos negativos ao meio ambiente e à saúde de populações camponesas. Em contrapartida, um modelo alternativo deve integrar fatores sociais, culturais e ambientais, com a diversificação produtiva agroecológica como opção viável para uma trajetória que harmonize a conservação ambiental, o uso da terra e dos recursos naturais; a estabilidade econômica; a equidade social; a saúde; e a qualidade de vida (1). Nesse contexto, está sendo desenvolvido um projeto de pesquisa em interface com extensão com atuação em seis Regionais do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) em Minas Gerais (Vale do Rio Doce, Zona da Mata, Sul, Norte, Vale do Jequitinhonha, e Vale do Mucuri) com objetivo estabelecer um processo participativo e horizontal de transição agroecológica sustentável e Promoção da Saúde, fundamentado metodologicamente na Pesquisa-Ação-Participativa (PAP) (2) e na aplicação

1 Universidade Federal de Ouro Preto | E-mail: pedro.abreu@ufop.edu.br

2 Universidade Federal de Ouro Preto | E-mail: beatriz.moraes@aluno.ufop.edu.br

3 Universidade Federal de Ouro Preto | E-mail: crispastos@ufop.edu.br

4 Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri | E-mail: luana-oliveira.lo@ufvjm.edu.br

5 Universidade Federal de Ouro Preto | E-mail: pedro.luciano@aluno.ufop.edu.br

6 Universidade Federal de Ouro Preto | E-mail: giseleferreiradecastro85@gmail.com

7 Universidade Federal de Ouro Preto | E-mail: liandra.silveira@aluno.ufop.edu.br

8 Universidade Federal de Ouro Preto | E-mail: amanda.leao@aluno.ufop.edu.br

9 Universidade Federal de Ouro Preto | E-mail: lucas.santiago3@aluno.ufop.edu.br

10 Universidade Federal de Ouro Preto | E-mail: domenica.moraes@aluno.ufop.edu.br

da Metodologia Camponês a Camponês (CaC) (3). Para aprofundar o domínio teórico-prático da CaC, uma equipe composta por pesquisadores e bolsistas de 11 universidades envolvidas no projeto e por membros do MST participou de uma formação em Cuba, promovida pela Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP).

OBJETIVO

Discutir o processo formativo em Metodologia Social CaC, enfatizando a problematização reflexiva diante das diferentes realidades socioculturais e produtivas em Cuba e no Brasil, além de compreender os desafios, potencialidades e especificidades presentes nas distintas etapas do processo de transição agroecológica.

METODOLOGIA

A metodologia adotada no projeto fundamenta-se na PAP e na CaC, ambas profundamente alinhadas aos princípios da Educação Popular (4), promovendo abordagem dialógica. Neste sentido, educadores e educandos são sujeitos ativos na construção coletiva do saber, sendo essa construção inseparável da luta por justiça social e emancipação, buscando promover a reflexão crítica sobre suas condições de vida e a ação coletiva para transformar suas realidades.

Com base nos princípios metodológicos supracitados, a formação presencial realizada em outubro de 2024, em Cuba, foco deste Relato de Experiência, propôs a junção entre teoria e prática na aplicação da CaC. Estruturada a partir da oficina pedagógica (5) como forma de organização docente, a formação incluiu atividades como: CaC I (estrutura de funcionamento, princípios e passos da metodologia); CaC II (atividades e ferramentas da metodologia, experiência de Banes e categorização das roças); diagnóstico e desenho de Sistema Agrícola Sustentável e seus indicadores; visita à Cooperativa de Créditos e Serviços (CCS); Diagnóstico Rural Participativo (DRP) em roças; apresentação dos resultados do DRP.

RESULTADOS

A preparação teórica e a formação online sobre o contexto cubano proporcionaram compreensão aprofundada do modelo agroecológico no País e sua relevância como alternativa ao agronegócio. Tal base conceitual proporcionou aos participantes um olhar crítico sobre os desafios e potencialidades da Agroecologia, considerando o contexto histórico e atual de Cuba.

Durante a formação em Cuba, os 26 participantes tiveram a oportunidade de vivenciar os passos metodológicos da CaC em um contexto marcado pelos desafios econômicos devido ao recrudescimento do bloqueio econômico imposto pelos Estados Unidos (6). Esse cenário, que limita o acesso a insumos agrícolas, tecnologia e financiamento, destacou a resiliência do modelo agroecológico cubano como uma resposta eficaz às adversidades. Ademais, as práticas participativas, tal como o DRP, demonstraram como a Agroecologia pode ser uma ferramenta poderosa para superar crises econômicas

e promover segurança alimentar em condições adversas. A classificação das propriedades em três estágios (iniciantes, em transição e agroecológicas) permitiu observar a Agroecologia em Cuba como um vasto cenário em construção.

Além disso, a formação foi um momento estratégico para refletir sobre a implementação da CaC, permitindo aos participantes identificarem desafios e potencialidades do método nos assentamentos do MST em Minas Gerais. Entre os principais desafios observados estão a necessidade de adaptar ferramentas às realidades locais brasileiras e de fortalecer a organização dos trabalhadores rurais para garantir o sucesso da transição agroecológica. Por outro lado, as potencialidades incluem a capacidade do método de integrar saberes tradicionais e científicos, promovendo soluções sanitárias, sustentáveis e inclusivas.

CONSIDERAÇÕES

A vivência da aplicação da CaC em um país com tradição campesina e apoio estatal evidenciou que, no Brasil, seu sucesso requer articulação com pequenos agricultores, considerando suas necessidades específicas. Por sua vez, ao enfrentar os determinantes da saúde ligados ao modelo do agronegócio — como exposição a agrotóxicos, falta de autonomia e domínio cultural —, a Agroecologia se estabelece como um processo social transformador e de mitigação para tais conjunturas, integrando dimensões sociais, políticas e econômicas para gerar autonomia, qualidade de vida e consciência/atuação política. Assim, a formação em CaC direciona para esse último modelo, que reconfigura as relações de trabalho no campo e fortalece comunidades rurais como agentes de mudança de seus próprios contextos. Portanto, esse processo promove a saúde por incidir diretamente em seus determinantes sociais, tendo a Agroecologia e suas práticas como sustentáculo para transformar vidas e territórios.

REFERÊNCIAS

- (1) Abreu PHB. Construção de um processo social participativo de promoção da saúde para a superação do modelo do agronegócio: a experiência camponesa a partir da salutogênese e da agroecologia em Lavras – MG [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2018. Disponível em: Repositório Institucional - Universidade Estadual de Campinas.
- (2) Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação-participativa. São Paulo: Editora Cortez; 2011.
- (3) Sosa MA, et al. Revolução agroecológica: o movimento de camponês a camponês da ANAP em Cuba. São Paulo: Editora Expressão Popular; 2013.
- (4) Freire P. Pedagogia do Oprimido. 1ª ed. Nova York: Herder & Herder; 1970
- (5) Candau VM. Oficinas pedagógicas de direitos humanos. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1995.
- (6) Miglioli A, Oliveira V, Santos FLB, editores. Entre a utopia e o cansaço: pensar Cuba na atualidade. São Paulo: Editora Elefante; 2024.

FORTALECENDO O CULTIVO TRADICIONAL DO ALIMENTO INDÍGENA EM DIÁLOGO COM A AGROECOLOGIA: UMA EXPERIÊNCIA COM O POVO MUNDURUKU – PARÁ/BRASIL

Juliano Luís Palm¹

Marcelo Firpo Porto

Marina Fasanello

Juarez Saw Munduruku

Jairo Saw Munduruku

Otto Sousa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A história dos povos originários é marcada por um conjunto de tensionamentos aos seus territórios com injustiças, exclusões e violências que se agudizam com a expansão do modelo neoextrativista ancorado em atividades como o agronegócio e a mineração (1). São violências que podem levar a ecocídios e epistemídios.

Mais especificamente em relação ao cultivo de alimentos e à alimentação, como destacam Norder et al (2), os múltiplos tensionamentos aos territórios indígenas no Brasil têm comprometido e, inclusive, levado ao “desaparecimento de conhecimentos, técnicas de manejo e cultivares ancestrais, colocando em risco suas atividades tradicionais”.

Observam-se trágicas situações de fome, insegurança e perda de soberania alimentar em alguns territórios. “Soluções” vindas de instituições externas (como governamentais, acadêmicas ou ONGs) por vezes podem comprometer modos de vida, conhecimentos e práticas tradicionais em relação ao cultivo de alimentos e alimentação de povos originários.

O Neepees tem aprofundado a reflexão acerca destas questões no processo de pesquisa com o povo Munduruku, o qual tem sofrido múltiplas ameaças, como o garimpo ilegal de ouro e a contaminação de peixes por mercúrio. Nosso foco tem sido a construção de diálogos interculturais para fortalecer o cultivo de alimentos com apoio da agroecologia no território.

OBJETIVO

Na pesquisa do Neepees com o povo Munduruku buscamos refletir acerca de alternativas para fortalecer o cultivo de alimentos de povos originários enquanto estratégia de promoção da saúde em seus territórios sem comprometer sua cultura alimentar e práticas tradicionais, dinamizando estes processos a partir de diálogos interculturais capazes de interagir não somente com o conjunto de

1 Pesquisador do Núcleo Ecologias e Encontros de Saberes para a Promoção Emancipatória da Saúde – Neepees/Fiocruz. E-mail: julianoluispalm@gmail.com

práticas de produção de alimentos, mas também com suas cosmovisões, que dão sustentação a estas práticas.

METODOLOGIA

Com base nas questões acima, estamos trabalhando junto com o povo Munduruku a partir da ideia de ecologia de saberes, buscamos fortalecer o cultivo de alimentos com diálogos interculturais envolvendo a cosmovisão Munduruku, suas práticas e saberes tradicionais; conhecimentos de pesquisadores do campo agroecológico e aprendizados de outras experiências (3).

Desde sua criação, em 2018, o foco do Neepees tem sido a realização de pesquisas que buscam alternativas de promoção da saúde que respeitem a dignidade, os direitos territoriais, os saberes e as práticas tradicionais. Nestes processos buscamos trabalhar com a noção de promoção emancipatória da saúde, envolvendo lutas por justiça em quatro dimensões: social, sanitária, ambiental/territorial e cognitiva (1).

A pesquisa com o povo Munduruku tem por base as metodologias sensíveis co-labor-ativas (4), envolvendo vários ciclos de aproximação para sistematizar e operacionalizar as ações acordadas. Buscamos construir, assim, planos agroecológicos e ações-piloto nas aldeias do Médio Tapajós, em processos sinérgicos com os desafios e potencialidades que se expressam no território.

RESULTADOS

Os resultados de nosso processo de pesquisa têm se consolidado com ações-piloto a partir das prioridades definidas na construção dos planos agroecológicos de cada aldeia. Temos focado na criação de galinhas caipira, prática tradicional do povo Munduruku, considerada estratégia alternativa de proteína animal em um contexto de contaminação dos peixes por mercúrio. A ideia de criar animais pode ser percebida em toda sua complexidade a partir da cosmovisão dos povos originários, tendo em vista mobilizar diretamente um conjunto de outros mundos e seres, devendo ser realizada com profundo respeito ao equilíbrio existente. Destacamos, neste sentido, a importância de dialogar com práticas tradicionalmente realizadas e estabelecer conexões dessas práticas com aprendizados e proposições com saberes agroecológicos, questão que também observamos em experiências em outros territórios indígenas.

Destacamos, da mesma forma, o tempo necessário para amadurecer as bases de uma proposta para fortalecer o cultivo de alimentos em diálogos interculturais, como estratégia de promoção da saúde. Esta proposta ganhou destaque nas aldeias do Médio Tapajós a partir de 2022. Neste ano construímos, a partir do aprofundamento dos diálogos com os conhecimentos tradicionais Munduruku, um conjunto de princípios orientadores para a pesquisa. O acordo destes princípios foi estratégico frente aos tensionamentos que surgiram, especialmente de outras perspectivas de ampliação da produção de alimentos. Com os princípios acordados, lideranças tradicionais Munduruku e pesquisadores do Neepees conseguiram interagir com estes tensionamentos de forma dialógica, com respeito a diversidade

e afirmando uma perspectiva de ação coletiva, ancorada na cosmovisão Munduruku em diálogo com referenciais agroecológicos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Nosso processo de pesquisa tem como base a proposta de construir diálogos interculturais e a ecologia de saberes para fortalecer o cultivo de alimentos. Os diálogos envolvem a cosmovisão Munduruku, com suas práticas e saberes; os conhecimentos de pesquisadores, especialmente da agroecologia e os aprendizados de outros territórios.

Diferentes autores salientam a necessidade de aprofundar diálogos com os conhecimentos tradicionais envolvendo sua dimensão cosmológica, para além de suas implicações práticas (5, 6). Tal perspectiva busca construir alternativas respeitadas para fortalecer o cultivo de alimentos respeitando o convívio harmonioso dos Munduruku com a floresta, os rios, as diversas plantas e animais, de acordo com sua forma de ser e estar no mundo. Destacamos, assim, a importância estratégica de diálogos interculturais envolvendo a dimensão cosmológica em processos de promoção emancipatória da saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Porto MFS, Rocha DF, Fasanello MT. Saúde, ecologias e emancipação: conhecimentos alternativos em tempos de crise(s). São Paulo: Hucitec; 2021.
- (2) Norder L, Medeiros L, Martins PH, organizadores. Agroecologia em terras indígenas no Brasil: uma revisão bibliográfica. Espaço Ameríndio. Porto Alegre. 2019;13(2):265–90. DOI: <https://doi.org/10.22456/1982-6524.88858>
- (3) Palm J, Sant'Ana G. Agricultura tradicional e agroecologia em territórios indígenas: sistematização de experiências. Rio de Janeiro: NEEPE/ENSP/Fiocruz; 2023.
- (4) Fasanello MT, Nunes JA, Porto MFS. Metodologias colaborativas não extrativistas e comunicação: articulando criativamente saberes e sentidos para a emancipação social. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. 2018;12(1):1–16.
- (5) Toledo VM, Barrera-Bassols N. A memória biocultural: a importância ecológica das sabedorias tradicionais. São Paulo: Expressão Popular; 2015.
- (6) Laranjeira NP, Almeida SG, Fernandes GS, organizadores. Para uma ecologia de saberes: trajetória da construção do conhecimento agroecológico na ABA. Revista Brasileira de Agroecologia. 2019;14(3):45–62. DOI: <https://doi.org/10.33240/rba.v14i2.22959>

INOVAÇÃO E EQUIDADE NA PESQUISA EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA THE GLOBAL HEALTH NETWORK AMÉRICA LATINA E CARIBE

Flávia Thedim Costa Bueno¹

Letícia Marinho

Luisa Picanço

Laís Araujo

Larissa Pruner Marques

Jaime Ribeiro-Filho

Cristiane Campello Bresani-Salvi

Leonardo Soares Bastos

Ernesto Caffarena

Cristiani Vieira Machado

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A The Global Health Network (TGHN) é uma comunidade de práticas global que reúne profissionais e organizações para promover a equidade em diferentes contextos da pesquisa em saúde. A plataforma digital da TGHN abriga *hubs* de conhecimento com recursos de acesso aberto em vários idiomas para pesquisadores e interessados. Em 2023, foi criado um *hub* regional que conecta países da América Latina e do Caribe (TGHN LAC) em formato de consórcio.

A TGHN LAC é um exemplo exitoso de comunicação científica, definida como a “transferência de informações científicas, tecnológicas ou associadas a inovações, e que se destinam aos especialistas em determinadas áreas do conhecimento” (1). A criação e manutenção de um *hub* formado por instituições e pesquisadores latino-americanos permite a produção, curadoria e compartilhamento de conhecimento produzido na região para a região, com acesso às informações não apenas na língua inglesa, mas em espanhol e português.

Neste sentido, a plataforma da TGHN LAC promove a colaboração entre especialistas por meio do engajamento em atividades como clubes de pesquisa, clínicas de dados e elaboração de *toolkits* (caixas de ferramenta), utilizando os idiomas da região. Com mais de 90 mil visualizações e visitantes de 151 países (maio de 2024 e abril de 2025), sua ambiência digital integra avanços tecnológicos de forma acessível, garantindo que inovações e recursos em pesquisa apoiem e inspirem pesquisadores globalmente.

OBJETIVO

Apresentar a experiência da TGHN LAC em comunicação científica e fortalecimento da pesquisa em saúde em seu ambiente digital, destacando sua atuação no intercâmbio de conhecimento,

1 Fundação Oswaldo Cruz, flavia.bueno@fiocruz.br

equidade e soberania regional a partir do diálogo, da autonomia e do acesso à inovação e a outros recursos voltados ao desenvolvimento de pesquisas e soluções no Sul Global.

DESENVOLVIMENTO

Meios digitais são espaços híbridos que integram aspectos da comunicação científica formal e informal, facilitando o acesso à ciência e tornando-a mais ampla e democrática. Canais como o *hub* TGHN LAC vêm desempenhando um papel fundamental no desenvolvimento de capacidades em pesquisa, em especial devido ao alcance sem fronteiras, alinhando-se aos valores sociais do conhecimento e da ciência. Além disso, recursos digitais são mais dinâmicos, favorecendo a atualização e renovação do saber, e a autonomia dos usuários na busca e disseminação do conhecimento (2).

A plataforma multilíngue da TGHN LAC busca democratizar o acesso à informação em idiomas historicamente marginalizados na ciência global (3), como espanhol e português. Essa escolha reflete um posicionamento político-epistemológico que reconhece a soberania científica da região. O hub, com 4.728 membros registrados e aumento de 530% nas visualizações entre 2023-2024 e 2024-2025, permite que pesquisadores produzam e acessem conhecimento em suas línguas, valorizando saberes locais alinhados às necessidades regionais de saúde (4). A iniciativa fomenta a ciência aberta, tendência crescente na comunicação científica voltada à equidade na produção e uso do conhecimento (5).

Nessa estratégia, diferentes atividades e produtos podem ser combinados como uma cadeia de ações, ampliando seu alcance e impacto. Três iniciativas exemplificam a abordagem da TGHN: clubes de pesquisa (CP), clínicas de dados e *toolkits*.

Os CP (6) são espaços interativos e regulares onde profissionais discutem projetos, compartilham experiências, buscam orientação e colaboram. Em 2023, foi inaugurado o CP em Neuroinfecções e Neuroimunologia, reunindo pesquisadores e estudantes das cinco regiões do Brasil envolvidos. Em 2024, foi criado o CP em Doenças Infecciosas no Cariri, com cerca de 45 membros de diversas instituições do interior do Ceará (Brasil), refletindo o compromisso com a interiorização da pesquisa.

Enquanto isso, as clínicas de dados da TGHN foram criadas para operar como espaços colaborativos de suporte técnico, onde os trabalhos apresentados servem como exemplo metodológico e recebem contribuições de pares e estudantes no campo da ciência de dados, bioinformática, vigilância epidemiológica e metodologia de mapeamento de pesquisa. Em 2024, mais de 250 pesquisadores da Fiocruz e de outras instituições participaram das sessões e contribuíram no enfrentamento dos desafios de mais de 15 trabalhos (7).

Por sua vez, os *toolkits* representam outra estratégia exitosa de comunicação científica. Essas caixas de ferramentas organizam conteúdos em formatos acessíveis, detalhando procedimentos passo a passo, para que atividades de ensino e pesquisa sejam difundidas e reproduzidas localmente. Um exemplo é a caixa de ferramentas “Metodologia qualitativa para o uso do *Tracker – Pathfinder*” (8), que demonstra como a pesquisa qualitativa pode contribuir para o mapeamento das etapas de um estudo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência da TGHN LAC demonstra que a comunicação científica vai além da disseminação de conhecimento, tornando-se um instrumento essencial para colaboração, formação de redes e aplicação prática da pesquisa em saúde.

Diante das desigualdades no campo da pesquisa, a colaboração internacional emerge como um fator crucial para ampliar a diversidade de autoria na comunicação e na divulgação científica (3). O Hub, ao incentivar a criação de redes, conecta pesquisadores e profissionais de saúde dentro de suas comunidades de prática. Iniciativas como clubes de pesquisa, clínicas de dados e *toolkits* exemplificam estratégias concretas para fortalecer a ciência aberta e promover maior equidade no acesso ao conhecimento e, em combinação, potencializam o alcance de suas ações. Com mais de 4700, a TGHN LAC reafirma seu papel fundamental na democratização do conhecimento e ampliação de redes de pesquisa, bem como promovendo um acesso mais equitativo à ciência em uma escala global.

REFERÊNCIAS

- (1) Bueno WC. Comunicação científica e divulgação científica: aproximações e rupturas conceituais. Inf Inf. 2010;15:1–12. DOI: [10.5433/1981-8920.2010v15nesp.p1](https://doi.org/10.5433/1981-8920.2010v15nesp.p1)
- (2) Ferreira JRS, Autran MM, Souza ED. Comunicação e divulgação científicas: das distinções conceituais às aproximações promovidas pelas redes sociais digitais. P2P Inov. 2023 jun;9(Supl):323–47. DOI: [10.21728/p2p.2023v9nesp.p324-347](https://doi.org/10.21728/p2p.2023v9nesp.p324-347)
- (3) Guenther L, Joubert M. Science communication as a field of research: identifying trends, challenges, and gaps by analyzing research papers. JCOM. 2017 maio;16(2):A02.DOI: 0.22323/2.16020202
- (4) Márquez MC, Porras AM. Science communication in multiple languages is critical to its effectiveness. Front Commun. 2020;5:31. DOI: 10.3389/fcomm.2020.00031
- (5) Packer AL, Santos S. Ciência aberta e o novo *modus operandi* de comunicar pesquisa – parte I. SciELO em Perspectiva [Internet]. 2019 ago 1 [citado 2025 fev 28]. Disponível em: <https://blog.scielo.org/blog/2019/08/01/ciencia-aberta-e-o-novo-modus-operandi-de-comunicar-pesquisa-parte-i/>
- (6) The Global Health Network Latin America and the Caribbean (TGHN LAC). Clubs de investigación [Internet]. 2024 [citado 2025 fev 28]. Disponível em: <https://bit.ly/3QV9kF9>
- (7) The Global Health Network Latin America and the Caribbean (TGHN LAC). Clínicas de datos [Internet]. 2024 [citado 2025 fev 28]. Disponível em: <https://bit.ly/3Ds9OQe>
- (8) Araujo LMC, Aguilar S, Marinho L, Marques LP, Bueno FTC. Metodologia qualitativa para o uso do Tracker–Pathfinder [Internet]. 2024 [citado 2025 fev 28]. Disponível em: <https://bit.ly/3DwiGnM>

INTEGRALIDAD Y DERECHO A LA SALUD MENTAL EN TERRITORIOS DE COMPLEJIDAD GEOGRÁFICA-POBLACIONAL: UNA EXPERIENCIA DE TELEPSIQUIATRÍA EN LA PUNA JUJEÑA (2023-2025)

Ignacio Marcelo Bereciartua¹

INTRODUCCIÓN

La provincia de Jujuy, por su configuración geográfica y cultural, presenta regiones donde las barreras de accesibilidad a prestaciones ligadas a la atención integral e integrada en salud mental se ven potenciadas, siendo paradigma de ello la zona de la Puna jujeña. Allí se describen asentamientos poblacionales distantes entre sí, déficits de infraestructura, pronunciada complejidad topográfica y condiciones climáticas de gran adversidad (1). Estas características, sumadas a la escasa disponibilidad de especialistas, determinaron que la presencia de la psiquiatría en los equipos interdisciplinarios de salud mental (EISM) haya sido históricamente inconstante, forzando a la población puneña a trasladarse a los centros asistenciales de la capital provincial. Esta situación generó importantes limitaciones de accesibilidad, dificultades en la contención de la red local y asimetrías en la continuidad de cuidados. Desde un enfoque complejo de los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado (2,3), se retoman los conceptos de accesibilidad e integralidad como claves para el fortalecimiento de estrategias territoriales de salud mental, enmarcadas en los principios de atención primaria y equidad sanitaria (4–8).

OBJETIVO

Describir y analizar la implementación de un dispositivo híbrido de atención en salud mental en la Puna Jujeña (2023–2025), centrado en la incorporación remota de la disciplina psiquiatría a los equipos interdisciplinarios territoriales del primer y segundo nivel de atención. Se analizan los efectos en la accesibilidad, la integralidad y la continuidad de cuidados, y se reflexiona sobre cómo se construyen prácticas de cuidado en equipos híbridos en territorios de alta complejidad geográfica-poblacional.

DESARROLLO

El presente trabajo surge del recorrido de implementación de un dispositivo híbrido de atención en salud mental en la región de la Puna jujeña, entre 2023 y 2025. Dicha experiencia se enmarca en el fortalecimiento de los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental (EISM), conformados por profesionales de psicología, trabajo social, medicina general, agentes sanitarios y enfermería, que se desempeñan en los hospitales de segundo nivel de atención de La Quiaca, Abra Pampa y Susques así como los Centros de atención Primaria que dependen de cada uno de ellos. A partir de marzo de 2023,

1 Médico Psiquiatra del Servicio de Telesalud Mental Digital dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy, República Argentina. E-mail: ibereciartua@gmail.com

dichos equipos incorporan de manera sostenida la participación remota de la especialidad psiquiatría, mediante el uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) (8).

El dispositivo se organiza a partir de atenciones en modalidad virtual por psiquiatría — complementarias a las que realizan presencialmente los equipos locales—, desarrolladas desde consultorios territoriales, con agendas programadas y territorializadas por hospital, definidas de manera interdisciplinaria. Se complementa con instancias de intercambio clínico entre los equipos territoriales y coordinación asincrónica para el acompañamiento de personas, la prescripción psicofarmacológica articulada con farmacias locales y la gestión de tratamientos prolongados. La población asistida se compone, en su mayoría, de personas en situación de alta vulnerabilidad social, con escasa escolarización y recursos limitados para la movilidad. El equipo remoto mantiene una comunicación continua con los actores locales, promoviendo decisiones compartidas, intervenciones sostenidas y adaptadas al contexto, y articulaciones con el primer nivel de atención.

Durante su implementación, el dispositivo logró sostener la participación continua de la especialidad psiquiatría en un territorio donde históricamente su presencia había sido intermitente, condicionada por factores estructurales como las distancias geográficas, la escasez de recursos y la inestabilidad de las condiciones climáticas. Se superaron así los obstáculos asociados a las itinerancias, promoviendo la continuidad de cuidados (9) y se fortaleció la integralidad del abordaje a través de la articulación intersectorial y la lectura comunitaria de las situaciones clínicas. A su vez, el uso de TIC no se redujo a un soporte técnico, sino que funcionó como mediador para la construcción colectiva del cuidado, donde las decisiones clínicas fueron contextualizadas, co-evaluadas y sostenidas en una lógica interdisciplinaria (10).

Esta experiencia permite tensionar el paradigma de atención centrado en la presencialidad exclusiva y habilita una reflexión crítica sobre los modos en que es posible construir cuidado en salud mental desde equipos híbridos, con estructuras compartidas entre lo remoto y lo local, sin perder anclaje territorial ni perspectiva comunitaria. La iniciativa se inscribe en el Plan Nacional de Telesalud (9) y reconoce antecedentes en políticas nacionales y experiencias regionales previas (11,12).

CONCLUSIONES

La experiencia permitió sostener la integralidad de los abordajes en regiones históricamente excluidas, promoviendo accesibilidad y continuidad de cuidados (7,8). El trabajo híbrido, lejos de fragmentar, potenció una lógica de cuidado situada, basada en vínculos estables, decisiones compartidas y abordajes interdisciplinarios. La estrategia desafía el modelo centrado exclusivamente en la presencialidad y contribuye a resignificar nociones como territorio y niveles de atención. La psiquiatría remota, articulada desde hospitales del segundo nivel con equipos que se despliegan hacia CAPS rurales, desdibuja los límites entre niveles y propone nuevas formas de presencia clínica. En este marco, la tecnología no es un fin, sino una herramienta que mediatiza el vínculo, democratiza el acceso y posibilita otras formas de cuidado (9). La experiencia invita a repensar la organización de la

salud mental en contextos de exclusión, a partir de formatos situados, integradores y centrados en el derecho al cuidado.

REFERENCIAS

- (1) Subsecretaría de Planificación Territorial de la Inversión Pública. Plan estratégico territorial de la Puna – Provincia de Jujuy: informe final. Buenos Aires: Ministerio de Planificación; 2014.
- (2) Almeida-Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colect.* 2006;2(2):123-46.
- (3) Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 1994.
- (4) Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Los significados de la integralidad en el cuidado y la atención en salud. 8ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2009.
- (5) Savio Alves D. A saúde mental como campo interdisciplinar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC; 2009. p. 171-84.
- (6) Mauro M, Solitario R, Comes Y, Garbus P. La construcción del concepto de accesibilidad en los sistemas de salud. In: 9ª Jornadas de Sociología; 2011 ago 29-set 2; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2011.
- (7) Gerlero S, Augsburger A, Duarte M, Gómez R, Yanco D. Salud mental y atención primaria: accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. *Rev Argent Salud Pública.* 2011;2(9):24-9.
- (8) Chueke D. Lo que la pandemia nos dejó: avances regulatorios para la telemedicina y la telesalud en Argentina. *Telehealth Med Today.* 2023;8:10-30953. DOI: <https://doi.org/10.30953/tmt.v8.417>
- (9) Villalón GE. Continuidad del cuidado. *Evid Actual Pract Ambul.* 2021;24(1):e002112. DOI: 10.51987/evidencia.v24i1.6922
- (10) López Gómez D. Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. *Rehabil Psicosoc.* 2006;3(1):17-25.
- (11) Martínez Pérez DC, Agudelo García ÁM, Andrade Carrillo R, García Cano JF, Porras Cataño SM. Telepsiquiatría: una experiencia exitosa en Antioquia, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2020;49(4):239-45. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.06.005>
- (12) Botrugno C, Goldim JR, Fernandes MS. El telesalud Brasil redes: Un sistema tecnológico “socialmente comprometido”. *Latin Am J telehealth, Belo Horizonte.* 2019;6(1):051-058. ISSN: 2175-2990. Disponible en: <https://cetes.medicina.ufmg.br/revista/index.php/rlat/issue/view/26/6>

INTERNACIONALIZAÇÃO E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM UM GLOBAL DESIGUAL: SAÚDE COLETIVA, SAÚDE GLOBAL E A INTERNACIONALIZAÇÃO NEOLIBERALIZANTE DO ENSINO SUPERIOR BRASILEIRO

Beatriz Kalichman¹

Miriam Ventura²

Líli Blima Schraiber¹

INTRODUÇÃO

O processo de internacionalização do ensino superior brasileiro tem sido marcado pela globalização, frequentemente reproduzindo suas desigualdades e incorporando sua versão neoliberalizante (1) como sinônimo de qualidade e serve de instrumento de exclusão aos financiamentos por parte dos programas de pós-graduação (PPGs). Para analisar a internacionalização da Saúde Coletiva brasileira é importante pensar as especificidades da área, como seu engajamento ético-político, fruto de suas origens na luta pela redemocratização e pela construção do SUS, e o projeto de pensamento crítico e garantidor de direitos resultante, pouco compatível com uma visão de mundo neoliberal (2,3).

A internacionalização da Saúde Coletiva também tem sido marcada pelo seu encontro com a Saúde Global, área em ascensão considerada por muitos como fruto e reprodutora dessa mesma globalização neoliberalizante e herdeira de práticas coloniais, ainda que existam nela correntes críticas. Tanto a Saúde Global quanto a Saúde Coletiva carregam em si as marcas de sua formação, orientando suas maneiras de produzir conhecimento. As parcerias internacionais de pesquisa, encontros em uma arena na qual convergem, por um lado, o incentivo à internacionalização do ensino superior em Saúde Coletiva e, por outro, a ascensão da Saúde Global, são um espaço de disputa que pode reproduzir as desigualdades entre países no campo científico, refletindo-as em desigualdade entre os pesquisadores e moldando o conhecimento produzido (4,5).

OBJETIVO

Pretende-se explorar a internacionalização da Saúde Coletiva em um contexto de incentivo institucional a esse processo e de ascensão da Saúde Global. Faremos isso investigando as experiências de parcerias internacionais dos pesquisadores da área com colegas de países de alta renda (PAR). Destes encontros será analisado, especificamente, como as dinâmicas de poder entre países, que operam tanto nessas parcerias como na internacionalização, influenciam o conhecimento produzido nessas pesquisas.

1 Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, USP. E-mail: beatriz.kalichman@usp.br

2 Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas e revisão de literatura, conduzida como parte de uma tese de doutorado, da qual se apresentam aqui os resultados parciais. A revisão não pretendeu ser uma revisão sistemática, mas dar conta do estado da arte dos estudos acerca da internacionalização na produção de conhecimento em programas de pós-graduação em Saúde Coletiva e sua relação com a internacionalização. Foram entrevistados 7 coordenadores de programas de pós-graduação acadêmica em Saúde Coletiva com conceito Capes 6 e 7 que indicaram pesquisadores de seus programas para compor a amostra. Aqui são analisadas essas 7 entrevistas e 2 entrevistas com pesquisadores com mais de 10 anos de experiências em parceria internacionais. As entrevistas foram analisadas usando o Software NVivo12 e foi feita uma análise de conteúdo. A análise foi norteadas pela revisão de literatura sobre Saúde Coletiva e Saúde Global, pelas teorias de Bourdieu (6) sobre o campo científico e pela teoria crítica sobre a produção do conhecimento em saúde que busca desmistificar a pretensão de neutralidade no campo, característica do nascimento da Saúde Coletiva(3,5).

RESULTADOS

A internacionalização apareceu na forma de parcerias de pesquisa, congressos, doutorado “sanduíche” e temporadas em outras instituições, apontada por todos como sendo importante no avanço da carreira acadêmica. A Saúde Global apareceu como pano de fundo e não como tema central. Os coordenadores apontaram a diferença entre a internacionalização feita com os PAR, para os quais se “mandam” alunos e professores, e com os países de renda média e baixa, dos quais “recebem”. Apareceram questões ligadas ao maior prestígio das instituições dos PAR e daqueles filiados a elas, assim como à predominância da língua inglesa. A questão da desigualdade entre os programas brasileiros de pós-graduação e a lógica competitiva das avaliações e estratificações no mundo acadêmico também estiveram presentes, sendo frequentemente ligadas à valorização das publicações internacionais e à importância das parcerias com PAR para alcançá-las.

Os pesquisadores discutiram os arranjos e incentivos institucionais que servem de mecanismos para impelir os pesquisadores do Brasil e dos PAR às parcerias e ditam seus termos, como regras dos financiamentos e critérios de avaliação e progressão profissional. Mencionaram também como esses mecanismos dirigem os engajamentos dos pesquisadores da Saúde Coletiva, e como eles tentam resistir para poder se dedicar àquilo que consideram prioritário, que não é necessariamente o que é incentivado. Finalmente, trataram da questão do conhecimento e de como os incentivos institucionais e os engajamentos que eles engendram tem impacto na sua produção. Aqui apareceram as diferenças entre a forma de produzir conhecimento da Saúde Global e da Saúde Coletiva e como elas interagem em parcerias internacionais, frequentemente desiguais.

CONSIDERAÇÕES

Por mais que a internacionalização do ensino superior seja entendida como importante para os entrevistados ela é frequentemente descrita como marcada pelas desigualdades frente aos PAR e regida por uma lógica produtivista de concorrência e estratificação. Alguns entrevistados entendem essa lógica como sendo contrária aos princípios da Saúde Coletiva, que estariam mais pautados na solidariedade do que na competição, e afirmam que os mecanismos de avaliação de seu trabalho muitas vezes acabam por afastá-los de estar mais alinhados com o que valorizam. Parece existir uma incompatibilidade entre o pensamento da Saúde Coletiva e uma lógica neoliberalizante que privilegia a concorrência e corrói o público e o coletivo. A contribuição que se gostaria de fazer com esse trabalho é no sentido de pensar em que termos a Saúde Coletiva quer conduzir sua internacionalização, para que esse processo não a afaste de seus valores originais.

REFERÊNCIAS

- (1) Costa JPD, Costa ALF, Yamamoto OH. A internacionalização na política científica brasileira e seus impactos para os programas de pós-graduação. *Aval Rev Aval Educ Super Camp*. 2021 set;26(3):881–99. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772021000300013>
- (2) Nunes E. Saúde coletiva: história recente, passado antigo. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 19–39.
- (3) Barbosa RHS. A “teoria da práxis”: retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. *Trab Educ Saúde*. 2010 jun;8(1):9–26. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000100002>
- (4) Adams V. What is critical global health? *Med Anthropol Theory* [Internet]. 2016 set 13 [citado 2023 mar 22];3(2). Disponível em: <http://www.medanthrotheory.org/index.php/mat/article/view/4645>
- (5) Schraiber LB, Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV. Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em saúde coletiva. In: *Políticas, planejamento e gestão em saúde* [Internet]. Rio de Janeiro: SciELO/Fiocruz; 2015 [citado 2024 maio 6]. p. 33–57. (Abordagens e métodos de pesquisa). Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.7476/9788575415207.5>
- (6) Setton MGJ, organizador. *A sociologia de Pierre Bourdieu*. São Paulo: Editora Olho D'Água; 2003.

MAD IN BRASIL E OS CAMINHOS DESMEDICALIZANTES

Jéssica Silva Marques¹

Ana Paula de Freitas Guljor²

Camila Motta Gomes³

Leandra Brasil da Cruz⁴

Paulo Duarte de Amarante Carvalho⁵

INTRODUÇÃO

O *Mad in Brasil* é uma plataforma digital crítica e interdisciplinar vinculada à rede internacional *Mad in the World*, originada do portal *Mad in America*, fundado pelo jornalista Robert Whitaker, que desde 2002 promove reflexões sobre os impactos da psiquiatria biomédica dominante (1). Criado por Fernando Freitas e Paulo Amarante, o site atua na disseminação de conteúdos que questionam o uso excessivo de psicofármacos e a medicalização do sofrimento psíquico, alinhando-se aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial (2,3).

A plataforma valoriza o protagonismo de usuários, sobreviventes, profissionais, familiares e pesquisadores, promovendo debates que enfatizam a escuta ativa, os direitos humanos e práticas alternativas de cuidado em saúde mental (2,4). Além disso, o site oferece artigos científicos, relatos pessoais e notícias, ampliando a compreensão crítica sobre os limites da lógica biomédica (4,5).

A lógica biomédica, que associa transtornos mentais a desequilíbrios neuroquímicos e predisposições genéticas, é criticada por sua visão reducionista e pelo fortalecimento da indústria farmacêutica (6). Nesse contexto, o *Mad in Brasil* se destaca como espaço de resistência, promovendo saberes plurais e estratégias de desmedicalização. Com iniciativas como o podcast *Enloucast*, o site amplia o debate público, democratizando o acesso a informações científicas e fortalecendo redes de apoio entre usuários e profissionais (4).

1 Pesquisadora júnior do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/Fiocruz). E-mail: jessicasmarques@hotmail.com

2 Coordenadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/Fiocruz) e presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). E-mail: anapaulaguljor@gmail.com

3 Mestranda do programa de pós-graduação em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). E-mail: cmottagomes@gmail.com

4 Pesquisadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/Fiocruz). E-mail: leandrabrasildacruz@gmail.com

5 Professor e pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/Fiocruz) e do Centro de Estudos Estratégicos Antonio Ivo de Carvalho (CEE/Fiocruz). E-mail: pauloamarante100@yahoo.com

OBJETIVO

O *Mad in Brasil* tem como objetivo central ser um espaço de crítica sistemática ao modelo biomédico hegemônico da psiquiatria contemporânea, constituindo-se como território de diálogo crítico, interdisciplinar e plural. A plataforma busca desconstruir os pressupostos da psiquiatria tradicional, que reduz o sofrimento psíquico a causas biológicas e farmacológicas, desconsiderando determinantes sociais, históricos e culturais. Essa crítica insere-se em um campo epistemológico que questiona a pretensa neutralidade científica da psiquiatria moderna, denunciando seus vínculos com a indústria farmacêutica e dispositivos de controle social (5).

O site propõe uma reflexão sobre os limites das práticas psiquiátricas convencionais, que priorizam a supressão de sintomas por psicofármacos em detrimento da escuta qualificada e da compreensão ampliada da dor psíquica. Tal abordagem compromete a recuperação integral, pois desconsidera aspectos fundamentais da experiência subjetiva e violências estruturais presentes na vida de muitos sujeitos (5). Ao reivindicar cuidado centrado na autonomia, dignidade e direitos humanos, o *Mad in Brasil* fortalece uma psiquiatria crítica e ética.

Além da crítica ao paradigma biomédico, a plataforma articula objetivos estratégicos para transformar concretamente o campo da saúde mental: democratizar o acesso à informação científica crítica, com linguagem acessível e rigor acadêmico, tornando visíveis os impactos adversos da medicalização excessiva e uso indiscriminado de psicofármacos, como os riscos de dependência e estigmatização social (1,5). Essa função empodera usuários e familiares, que passam a acessar saberes historicamente negados.

RESULTADOS

Valorizar saberes produzidos por usuários, sobreviventes, familiares e movimentos sociais, reconhecendo essas vozes como fundamentais na construção de alternativas terapêuticas, aproximando-se de uma perspectiva dialógica e horizontal (4,6). Contribuir para a formação política e cidadã de profissionais, estudantes, ativistas e do público em geral, com conteúdos formativos que articulam epistemologias críticas, práticas antimanicomiais e reflexões decoloniais(4,5).

Fortalecer a reforma psiquiátrica brasileira, resgatando sua dimensão ética, comunitária e emancipatória, divulgando experiências bem-sucedidas de cuidado em liberdade e denunciando retrocessos políticos e institucionais(4-6).

Articular redes nacionais e internacionais de pensamento crítico, integrando-se ao movimento global *Mad in the World* e estimulando o intercâmbio de práticas alternativas e saberes críticos (1,5).

Inovar nas formas de comunicação e mobilização social, explorando múltiplos formatos midiáticos, como o podcast *Enloucast*, que amplia o debate público com linguagem acessível e participativa, envolvendo especialistas, usuários, artistas e militantes em temas como racismo estrutural, juventude e estratégias de cuidado antimanicomial (1).

CONCLUSÕES

Esses objetivos convergem para a construção de um novo paradigma em saúde mental — ético, inclusivo, comunitário e centrado nos direitos humanos — que enfrenta desigualdades estruturais, combata o estigma e valorize a diversidade humana (4-6)

Dessa forma, o Mad in Brasil participa do debate acadêmico e público acerca da medicalização e patologização da vida, contribuindo com informação baseada na ciência e em práticas desmedicalizantes, como forma de contribuir com profissionais, pessoas em sofrimento mental, familiares e agentes sociais na busca de uma saúde mais inclusiva e humanizada.

REFERÊNCIAS

- (1) Whitaker R. Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill. Cambridge (MA): Perseus Publishing; 2002.
- (2) Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
- (3) Freitas F, Amarante P. A crítica ao modelo biomédico e os desafios da reforma psiquiátrica brasileira. In: Amarante P, organizador. Teoria e crítica em saúde mental. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. p. 115–32.
- (4) Mad in Brasil. Plataforma Mad in Brasil [Internet]. 2023 [citado 2025 maio 27]. Disponível em: <https://madinbrasil.org/>
- (5) Freitas F. A crítica ao paradigma biomédico e a construção de alternativas em saúde mental. Rev Tempus Actas Saúde Coletiva. 2018;12(1):155–70.
- (6) Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. Am J Psychiatry. 2013;170(6):541–2. DOI:10.1176/appi.ajp.2013.13020121

MÍDIAS DIGITAIS E SAÚDE PÚBLICA: PERCEPÇÕES SOBRE O SUS NO AMBIENTE VIRTUAL

Carolina Ito Messias¹

Henrique de Sousa Mathias

Kathlyn Silva

Raul Rodrigues Fonseca

Camila Aleixo de Campos Avarca

Larissa Maria Bragagnolo

Olívia Felix Bizetto

Rosemarie Andreazza

Arthur Chioro

Cristian Fabiano Guimarães

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A desinformação na área da saúde tem se tornado uma preocupação crescente em todo o mundo, especialmente no Brasil, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel crucial. A disseminação de informações falsas ou distorcidas, conhecida como “infodemia”, conceito destacado pela Organização Mundial da Saúde (1), tem alimentado uma crise global de confiança, impactando diretamente instituições e consensos fundamentais para a democracia.

O Observatório de Políticas Públicas de Saúde/SUS, iniciativa do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp, em conjunto com o Laboratório de Saúde Coletiva (LASCOL), com financiamento da FAPESP, tem como objetivo principal gerar informações sobre a saúde pública no Brasil, articulando teoria e prática para subsidiar a gestão e fortalecer a comunicação entre atores e instituições. Nesse sentido, com o avanço da desinformação em saúde, especialmente no Brasil, o Observatório passou a investigar a “infodemia”, como fenômeno que compromete a confiança nas instituições e o direito à saúde.

OBJETIVO

O monitoramento de redes sociais, incorporado ao Observatório de Políticas Públicas de Saúde/SUS, tem como objetivo compreender o fenômeno da infodemia e para subsidiar gestores e trabalhadores do SUS na definição de estratégias capazes de diminuir o impacto negativo da desinformação na saúde.

1 Integrante do Observatório de Políticas Públicas de Saúde/SUS, bolsista de Capacitação Técnica no Projeto “Cartografia da Atenção Especializada no SUS: formulação, formação e gestão do cuidado em redes”, na área de Política, Planejamento e Gestão do Departamento de Medicina Preventiva, da Universidade Federal de São Paulo - Unifesp. E-mail: carolina.ito@unifesp.br

Utilizando tecnologias avançadas de análise de dados, é possível mapear discussões sobre políticas de saúde, compreendendo as práticas comunicativas e relações de poder que circulam no ambiente digital.

METODOLOGIA

A metodologia combina a Análise de Redes Sociais (ARS) (2), que permite quantificar, mapear e visualizar padrões de comportamento nas redes, com dispositivos cartográficos de análise propostos por Deleuze e Guattari (3) e desenvolvidos por Suely Rolnik (4). Essa articulação entre modos de escuta e interpretação busca transcender a lógica instrumental da ARS, propondo um olhar sensível e implicado sobre as dinâmicas simbólicas on-line.

Utilizou-se o software BRAND24, baseado em inteligência artificial e Modelos de Linguagem Pré-treinados (PLM), para analisar a reputação de termos em canais como redes sociais e portais de notícias, oferecendo subsídios para análise qualitativa. Na etapa inicial, foram selecionados os termos “SUS”, “plano de saúde” e “fila”, com o objetivo de capturar um espectro representativo do debate público sobre saúde no Brasil, abrangendo os setores público e privado e incluindo o termo “fila”, frequentemente associado ao acesso ao sistema público.

RESULTADOS

Foram coletadas mais de 154 mil menções relacionadas às políticas de saúde, entre setembro de 2024 e fevereiro de 2025. O SUS recebeu um total de 108 mil menções, das quais 27% foram positivas, 9% negativas e 64% neutras. Já os planos de saúde foram mencionados 40,5 mil vezes, com 5% de avaliações positivas, 14% negativas e 81% neutras. Por fim, a fila no sistema de saúde apareceu em 6,2 mil menções, sendo 23% positivas, 31% negativas e 46% neutras.

A predominância de menções favoráveis, mesmo em contextos de desinformação, revela o potencial pedagógico e político da escuta ativa nas redes, onde usuários se engajam de forma crítica e emocional. As menções positivas estão ligadas, em sua maioria, à divulgação massiva de ações do SUS, sobretudo no contexto noticioso (imprensa e blogs), com destaque para novos tratamentos e exames disponíveis, campanhas nacionais para conscientizar sobre certas doenças, cobertura de vacinação, oferta de transplantes e ações para redução de filas, como o Programa Nacional de Redução de Filas (PNRD) e mutirões de cirurgias eletivas.

A análise das menções também evidencia representações ambíguas e conflitantes do SUS: ora como patrimônio coletivo digno de defesa, ora como símbolo de ineficiência, sobretudo em relação à opinião dos usuários nas redes sociais. Essa dualidade reflete o conceito de *doppelgänger*, de Naomi Klein (5), que descreve versões distorcidas de um mesmo objeto social coexistindo no espaço público e disputando legitimidade.

O espaço digital, como mostra Klein (5), não organiza os sentidos em polos estáveis, mas em zonas de conflito simbólico e performativo. Reconhecer essas duplicações permite evitar leituras

simplificadoras e adotar uma abordagem mais sensível às ambiguidades dos afetos sociais em torno da saúde pública.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As mídias digitais são espaços estratégicos para disputa de narrativas, combate à desinformação e promoção da consciência sanitária. O SUS aparece nesse contexto como tema de debate dinâmico e majoritariamente positivo, especialmente em contraste com “fila” e “plano de saúde”.

A análise de mais de 154 mil menções mostra que, mesmo em meio à infodemia, há reconhecimento público da importância do SUS, especialmente quando suas ações ganham visibilidade. O estudo evidencia um campo de disputa simbólica e política, onde vozes diversas – inclusive críticas – expressam afetos, reivindicações e formas plurais de pertencimento ao SUS, confrontando narrativas privatistas. A integração entre tecnologias de monitoramento e metodologias sensíveis de análise fortalece a comunicação pública e contribui para enfrentar a desinformação, promovendo uma visão plural, democrática e universal do cuidado.

REFERÊNCIAS

- (3) Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Trad. Oliveira AL, Leão LC. São Paulo: Editora 34; 1995.
- (5) Klein N. Doppelgänger: a trip into the mirror world. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2023.
- (4) Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; UFRGS Editora; 2016.
- (2) Silva FG, Araújo RO, Vasconcelos ACO. Análise de redes sociais como estratégia de apoio à vigilância em saúde durante a COVID-19. Estud Av [Internet]. 2020 maio-ago [citado 2025 abr 14];34(99):167–82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/mJdn8gkLSwfqBgXNvnfnQFg/>
- (1) World Health Organization. Infodemic [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 2025 abril 14]. Disponível em: www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1

NEOCOLONIALISMO: O COLAPSO DO SISTEMA DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE LIMPEZA ÉTNICA E DE NECROPOLÍTICA NA PALESTINA

Letícia Cardoso Santiago¹

INTRODUÇÃO

A limpeza étnica executada na Palestina, impulsionada pelo movimento sionista e mascarada pelo pretexto inicial de ‘guerra santa’ e atual de ‘guerra ao terrorismo’, constitui a tentativa do Estado de Israel de livrar a terra de rastros de sua população indígena, para alcançar a colonização homogênea da região, através do apagamento da memória e da cultura, da expulsão, e da morte em massa do povo originário.¹ Essa prática consolida a ‘necropolítica’, no qual o Estado soberano decide quem tem ou não direito à vida, criando ‘mundos de morte’ ao promover condições precárias de existência à beira-morte (2).

Nesse processo, predomina a ‘guerra infraestrutural’, uma sabotagem sistêmica que priva o ‘inimigo’ de recursos básicos, levando-o a um estado de subsistência, ou ‘morto-vivo’. Dessa maneira, o colapso do sistema de saúde foi arquitetado pelo Estado de Israel, por meio do bombardeio de hospitais e de centros de reabilitação, do assassinato e da prisão de profissionais de saúde, do impedimento de acesso à medicamentos, à equipamentos e à passagem de vítimas, entre outras estratégias (3). Como consequência, houve proliferação acentuada de doenças dermatológicas e respiratórias de tratamento ‘simples’, até a realização de amputações e de partos cesárea sem anestesia, demonstrando a profundidade da crise humanitária sofrida pela população palestina (4).

OBJETIVO

Analisar o padrão de violência sistemática contra a população palestina ao decorrer do processo de neocolonialismo imposto pelo Estado de Israel, especificamente, a violação do direito à saúde. Reconhecer a falsa premissa de “guerra ao terror”, que encobre a limpeza étnica e justifica o estado de soberania israelense.

Relacionar à prática da necropolítica, pela qual o Estado de Israel arquitetou o colapso do sistema de saúde, subjugando a população a condições subumanas.

DESENVOLVIMENTO

Por meio de um estudo documental, realizado através da análise dos dados de relatórios da Organização Mundial da Saúde⁵ e da entidade Médico sem Fronteiras³, foi possível analisar a

1 Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) - Unesp E-mail: leticia.santiago@unesp.br

conjuntura da Palestina pelo viés dos conceitos da necropolítica e guerra infraestrutural (2) e limpeza étnica (1). Desde 7 de outubro de 2023, tem sido televisado o genocídio do povo palestino, que evolui da ocupação do território e da limpeza étnica que ocorre a cerca de 80 anos (5).

A guerra infraestrutural é executada por meio do cerco imposto pelo Estado de Israel, com bloqueio de mantimentos, cortes de água e luz, entre outras estratégias. Tem sido empregada táticas que tem como alvo o sistema de saúde, culminando em seu colapso através do bombardeio de hospitais e centros de saúde, o assassinato e prisão de profissionais de saúde, o impedimento de acesso à medicamentos, equipamentos e à passagem de vítimas (3).

De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 7 de outubro a 14 de março de 2025, foram registrados somente na faixa de Gaza 48 543 fatalidades, e 111 981 feridos. Nessa mesma região, denunciaram 670 ataques a serviços de saúde, afetando mais de 112 instalações e 170 ambulâncias. Foram desativados 15 dos 36 hospitais funcionais, e 78 dos 150 centros de atenção primária. Em meio a esses ataques, foram assassinadas 886 pessoas, e 1355 foram feridas. Além disso, 7057 pacientes foram obrigados a evacuar devido à desativação do serviço, e 520 pacientes foram internados com desnutrição severa. Em meio a essas condições precárias, apenas 12 hospitais estão equipados para cuidados obstétricos, enquanto são feitos cerca de 180 partos diários, sendo 25% cesáreas, com ausência de assistência pré-natal, pós-natal, ou manejo de IST's (5).

Na Cisjordânia, a OMS registrou 937 fatalidades, e 7903 feridos, contando com 754 ataques a serviços de saúde, somente entre 28 de fevereiro e 14 de março de 2025. Nesses ataques, 30 pessoas foram assassinadas e 138 feridas, 62 serviços foram atingidos, e 522 ambulâncias foram afetadas e até detidas, sendo sujeitas também a obstrução de vias, uso de força de autoridades e revistas militarizadas (5).

Já o relatório do Médicos Sem Fronteiras (MSF) aponta que suas equipes sofreram cerca de 41 incidentes críticos nesse mesmo período. Entre esses incidentes estão ataques aéreos, ofensivas terrestres, disparos de tanques contra abrigos dos profissionais e suas famílias, e violência contra comboios humanitários enquanto transportam vítimas (3).

O sistema de saúde remanescente, que não está isento aos ataques, possui escassez de recursos e suprimentos, sem capacidade de suprir a quantidade crescente de vítimas de guerra e dos bombardeios constantes. Dados do relatório do MSF indicam que antes dos ataques de 7 de outubro, o território contava com cerca de 3,4 mil leitos hospitalares, e, atualmente, conta com cerca de 2 mil distribuídos entre hospitais parcialmente funcionais e estruturas improvisadas (3).

Entre os mais vulneráveis que estão enfrentando o deslocamento forçado, a falta de higiene, a desnutrição generalizada e o trauma psicológico profundo, estão as mulheres grávidas e as crianças, apresentando um aumento acentuado de doenças preveníveis e tratáveis. Houve crescimento de desnutrição, depressão, ansiedade, pensamento suicida e reemergência de infecções controladas há décadas, como a poliomielite, entre a população pediátrica. Já para as mulheres grávidas, não é possível a

realização de cuidados pré-natais, em conjunto com o estresse e má-nutrição, contribui para o aumento de partos prematuros, e complicações como eclâmpsia, hemorragia e sepse (3).

Por fim, de acordo com o ministério de saúde de gaza, a expectativa de vida caiu de 75,5 anos para 36 - 44 anos, uma redução de 51,6% para os homens e de 38,6% para as mulheres. Esses dados apontam a eficiência com o qual tem sido executado a limpeza étnica e o genocídio do povo palestino pelo estado de Israel (6).

CONSIDERAÇÕES

Por fim, os serviços e profissionais de saúde não são alvos acidentais, como alega o governo israelense, e constituem ataques sistemáticos de uma guerra infraestrutural, desprovendo a população de recursos básicos para a subsistência (1). Em combinação com ataques constantes aos civis, resulta em doenças e mutilações que não recebem tratamento adequado, consolidando a prática de necropolítica, dizimando a população e incapacitando qualquer resistência à ocupação. Os principais alvos dessas práticas são crianças e mulheres grávidas, impedindo as chances de prosperidade futura da população palestina (4).

Sendo assim, é nítido que os interesses neocoloniais do Estado de Israel são expressos por meio da limpeza étnica disfarçada pela premissa de “guerra ao terror” (1), e que o relatório do MSF denuncia o pretexto insustentável de combate ao terrorismo, sendo comprovadamente falsas as acusações de presença terrorista nos serviços de saúde alvos de inúmeros ataques e bombardeios israelenses (3).

REFERÊNCIAS

- (1) Pappé I. A limpeza étnica da Palestina. 4ª ed. Oxford: Oneworld Publications; 2011.
- (2) Mbembe A. Necropolítica. Trad. Santini R. 1ª ed. São Paulo: N-1 Edições; 2018.
- (3) Médicos Sem Fronteiras. Gaza: a vida numa armadilha mortal [Internet]. Lisboa: Médicos Sem Fronteiras; 2024 [citado 2025 mar 13]. Disponível em: https://msf.org.pt/wp-content/uploads/sites/4/2024/12/Relatorio-MSF_Gaza-A-vida-numa-armadilha-mortal_19.12.2024.pdf
- (4) Oliveira F, Amantino R. O “direito” de mutilar: deficiência e biopolíticas de desumanização na Palestina. *Diversitates Int J* [Internet]. 2022;13. DOI: <https://doi.org/10.53357/NWGG5457>
- (5) Organização Mundial da Saúde (OMS). oPt Emergency Situation Update [Internet]. 2025 [citado 2025 abr 1]. Disponível em: https://www.emro.who.int/images/stories/Sitrep_57.pdf
- (6) Hanbali L, et al. Israeli necropolitics and the pursuit of health justice in Palestine. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2024;9:e014942. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014942>

PATENTES DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS ANTINEOPLÁSICOS NO BRASIL E ENTRAVES PARA A PRODUÇÃO LOCAL DE BIOSSIMILARES

Ana Claudia Dias de Oliveira¹

Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa

INTRODUÇÃO

A introdução dos biossimilares no mercado mundial trouxe redução de custo e aumento de acesso a tratamentos alternativos e igualmente eficazes, mas ainda persistem entraves para a produção local no Brasil, alguns semelhantes aos problemas enfrentados na cadeia produtiva de medicamentos convencionais.

A produção local de insumos e medicamentos no Brasil é estratégica para a saúde pública e o acesso. O país possui uma indústria farmacêutica robusta, com capacidade para produzir diversos medicamentos, tanto sintéticos como biológicos. A produção local é essencial para garantir o acesso da população a medicamentos de qualidade e reduzir a dependência externa de importações. Instrumentos como as Parcerias de Desenvolvimento Produtivo e financiamentos em pesquisa têm sido fundamentais para fortalecer a capacidade produtiva nacional.

Entretanto, a produção local tem enfrentado diversos entraves que dificultam seu pleno desenvolvimento. Dentre eles podemos citar o atraso nos processos de registro e aprovação de novos medicamentos e a falta de incentivos fiscais e financeiros para a indústria. Adicionalmente, a dependência externa de insumos, como insumos farmacêuticos ativos e insumos biológicos, fragiliza a produção local e traz ainda mais vulnerabilidade diante da economia mundial.

OBJETIVOS

Foi realizado um estudo preliminar sobre biológicos e biossimilares antineoplásicos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e suas respectivas fases de produção. O estudo teve como objetivos a compreensão do cenário de produção nacional de medicamentos biológicos antineoplásicos, a identificação da origem dos insumos biológicos utilizados para a confirmação da existência de dependência externa e a proteção patentária ainda existente.

METODOLOGIA

Para verificar a situação de medicamentos biológicos e biossimilares registrados no Brasil, foi feita uma busca no sistema de consultas da ANVISA para medicamentos antineoplásicos registrados (1).

1 Instituto de Medicina Social da UERJ – Estágio pós-doutoral. E-mail: anaclaudia_dias@hotmail.com

Foi elaborada uma planilha e realizada uma triagem, através da identificação dos medicamentos biológicos, titular do registro e País, existência de biossimilares registrados, existência de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) e origem dos insumos.

Foi realizada uma busca de patentes dos respectivos produtos biológicos no Federal Drug Administration (FDA) (2). A busca foi realizada utilizando o nome da marca comercial ou do insumo biológico. Após a identificação das patentes norte-americanas, foi realizada uma busca das patentes brasileiras correspondentes. Com as patentes brasileiras correspondentes, foi realizada uma busca na base de patentes do Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI) para identificar o trâmite administrativo no Brasil (3).

Algumas fragilidades devem ser mencionadas, como a falta de informações completas sobre fabricação no site da ANVISA, a atualização de informações sobre PDPs e a identificação de todas as patentes do produto.

RESULTADOS

Os medicamentos convencionais são produzidos por síntese química, utilizando reações químicas para criar moléculas simples e bem definidas e os biológicos são produzidos por biossíntese em células vivas, resultando em moléculas complexas e altamente específicas. Os biossimilares são altamente semelhantes a um medicamento biológico já existente e requerem provas científicas de semelhança em termos de qualidade, segurança e eficácia em relação ao medicamento de referência (4).

Em 2022, o faturamento dos medicamentos biológicos foi de cerca de R\$ 34 bilhões, 25,9% do total do mercado farmacêutico brasileiro, com um crescimento anual de 6,96% previsto para 2024-2029 (5). Porém, existem desafios, como a complexidade na produção, regulação rigorosa e investimento em pessoal qualificado, além do conhecimento limitado da classe médica que prejudica a intercambialidade de um medicamento por outro que se espera obter o mesmo efeito clínico em um determinado contexto clínico e em qualquer paciente (6).

Para compreender melhor o cenário brasileiro, é preciso entender a relação entre os biológicos, a produção local e as patentes. Quando a patente de um medicamento biológico de referência expira, outras empresas podem desenvolver biossimilares altamente semelhantes ao medicamento original.

A busca no site da ANVISA para medicamentos antineoplásicos registrados identificou 61 biológicos antineoplásicos registrados para 41 insumos biológicos. Destes apenas 4 tinham registro de biossimilares antineoplásicos e apenas 2 estavam sendo produzidos dentro de PDPs.

Foi verificado que a maioria dos insumos vem dos Estados Unidos [19], seguidos da Alemanha [10], Suíça [6], China [4] e Índia [3], tendo apenas um único insumo de local de fabricação brasileiro, da empresa Libbs. Dos 41 insumos, 39 possuem patentes vigentes e 22 estavam livres de proteção patentária.

CONCLUSÕES

A introdução de biossimilares no mercado após a expiração da patente permite uma redução significativa nos custos dos medicamentos, tornando-os mais acessíveis aos pacientes e aos sistemas de saúde, além de aumentar a competitividade no mercado farmacêutico, oferecendo alternativas mais econômicas aos medicamentos biológicos de referência. Essa dinâmica é crucial para expandir o acesso a tratamentos eficazes e reduzir os custos de saúde.

Com esses resultados preliminares, é possível observar que o Brasil apresenta extrema dependência externa de insumos sintéticos e biológicos. São necessários mais investimentos para estruturação do parque industrial local, fortalecimento de processos de produção de IFAs e Insumos Biológicos nacionais, mais indústrias verticalizadas, capacitação e retenção de especialistas e formulação de políticas públicas visando maior competitividade internacional.

REFERÊNCIAS

- (1) ANVISA. Consultas [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; [citado 2024 dez 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/sistemas/sistema-de-consultas>
- (2) FDA. U.S. Food and Drug Administration [Internet]. Silver Spring (MD): FDA; [citado 2024 dez 10]. Disponível em: <https://www.fda.gov/>
- (3) INPI. Sistema de busca [Internet]. Brasília: Instituto Nacional da Propriedade Industrial; [citado 2024 dez 20]. Disponível em: <https://busca.inpi.gov.br/pePI/>
- (4) Landi C. Entendendo os biossimilares [Internet]. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos/Fiocruz; [citado 2024 dez 10]. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1744-entendendo-os-biossimilares>
- (5) ANVISA. Anuário sobre a indústria farmacêutica no Brasil [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2023 ago. 10 [citado 2024 dez 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2023/anuario-sobre-a-industria-farmaceutica-no-brasil>
- (6) ANVISA. Nota de esclarecimento nº 003/2017/GPBIO/GGMED [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2018 out. [citado 2024 dez 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2018/nota-de-esclarecimento-no-003-2017-gpbio-ggmed>

POR UMA SAÚDE INSURGENTE E ECOLOGIA DECOLONIAL NOS TERRITÓRIOS DO BRASIL

Isabelle Maria Mendes de Araújo¹

INTRODUÇÃO

Neste trabalho iremos discutir dimensões socioambientais que insurgem para a ampliação do Sistema Único de Saúde e do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na perspectiva da economia política da saúde e de pautas insurgentes da Saúde Coletiva, como os direitos reprodutivos das mulheres e a utilização da cannabis medicinal. Pensar o campo da Saúde Coletiva no Brasil, é pensar na necessidade insurgente de ampliação das políticas que estruturam o SUS e os meios para sua consolidação; é pensar, sobretudo, na diversidade territorial do país, as contradições e injustiças socioambientais que afetam o bem-viver e a saúde dos povos a fim de serem traçados horizontes de uma formação crítica, articulada com saberes e práticas de uma ecologia decolonial.

O desenvolvimento tecnológico, científico e industrial possibilitou a produção em larga escala de produtos industriais e agrícolas, implicando aumento dos níveis de poluição e contaminação em escala global. As denúncias que deflagraram o movimento ambientalista, como a publicação da obra *Primavera Silenciosa*, por Rachel Carson, levaram a sociedade a debater as implicações éticas do modelo de crescimento econômico e da aplicação de tecnologias prejudiciais ao meio ambiente¹, especialmente da indústria química dos agrotóxicos e do modelo do agronegócio.

OBJETIVO

Discutir criticamente as fraturas históricas, coloniais e injustiças socioambientais que afetam o bem-viver nos territórios do país, bem como pautas insurgentes da Saúde Coletiva que emergem como dimensões estruturantes para a ampliação do Sistema Único de Saúde e a retomada do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

METODOLOGIA

Revisão crítica da literatura, tecendo reflexões sobre a questão da saúde e ambiente nos territórios brasileiros, a partir do recorte da ecologia decolonial(1), bem como discutindo a importância do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, diante de pautas insurgentes da Saúde Coletiva e da privatização da saúde.

1 Doutora em Saúde Coletiva (UFRN). Docente da Escola de Saúde da UFRN. E-mail: isabelle.mendes@ufrn.br

RESULTADOS

Os resultados da análise evidenciaram, segundo o histórico organizativo popular no país, experiências contra-hegemônicas ao modelo colonial do agronegócio, com base na agroecologia e nos saberes e práticas de comunidades tradicionais; por outro lado, observa-se que para o fortalecimento da saúde pública, é necessária a superação dos processos de privatização na saúde e da medicalização da vida.

Para Ferdinand (1), enfrentar a crise ecológica atual, implica tecer uma literatura com narrativas-florestas em que todos encontrem uma árvore sob a qual se abrigar. O que acontece com a Terra, com os solos, com as águas e com as florestas repercute no próprio corpo dos humanos, assim como em suas condições de vida sociais e políticas. O solo colonial e os corpos dos escravizados confundem-se em uma única Terra-Negra subjugada pelo colonialismo. Manter juntos ambientalismo, anticolonialismo, a luta antirracista, desfazer-se da sombra do porão do Antropoceno, é pois, a missão de uma ecologia decolonial.

De acordo com Paim (2), a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, projeto e processo. A Reforma Sanitária enquanto processo, deve pautar-se no enfrentamento dos obstáculos presentes na estrutura da sociedade brasileira, os quais são agravados pelas conjunturas de crises fiscais do Estado, pela adoção de políticas recessivas e manipulação político-ideológica da desesperança do povo, como foram os recentes anos de 2016 a 2022, bem como a apropriação privada da saúde, fundos públicos, pelo Capital em diferentes modalidades (3). Radicalizar o processo da Reforma Sanitária, demanda organização e insurgências de ampliação do direito à saúde, ao bem-viver. Como a necessidade do avanço jurídico-político para a democratização do acesso ao uso da cannabis medicinal (4) e também a garantia às mulheres do abortamento seguro no SUS e a sua descriminalização (5).

CONSIDERAÇÕES

Para Stengers (6), a necessidade e o poder de definir o centro do palco do fazer, ecologia da prática, é obviamente determinado por um projeto político, mas também ético. Um ideal crítico e desconstrutivo voltado para subverter as linguagens e estruturas sociais hegemônicas a fim de libertar o poder constituinte que por direito pertence somente à multidão, ao coletivo. Rumo às insurgências criativas que abarcam os portais para o Sul Global, pluri-versos que também requerem outras epistemologias, teorias e metodologias, ancoradas em diálogo com os saberes tradicionais dos povos das águas, dos campos e das florestas para uma ecologia decolonial; emergem também desafios a reconstrução de um projeto popular para Nação Brasileira, o fortalecimento da saúde pública, e a necessária superação dos processos de privatização na saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Ferdinand M. Uma ecologia decolonial: pensar a partir do mundo caribenho. São Paulo: Ubu Editora; 2022.
- (2) Paim J. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- (3) Araújo IMM. Direito à saúde: aspectos do modelo neodesenvolvimentista brasileiro e da privatização da saúde. Revista de Direito Sanitário [Internet]. 2015 [citado 2025 jul. 14];16(1):128–145. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/105663>
- (4) Cavalcante CM, Sarsur M, Dadalto L. Implicações bioéticas do uso terapêutico da Cannabis sativa L. no Brasil. R Dir Sanit [Internet]. 2022 [citado 2025 jul. 14];22(2):e0012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/167880>
- (5) Aguiar BH, et al. A legislação sobre o aborto nos países da América Latina: uma revisão narrativa. Com Ciências Saúde [Internet]. 2018 [citado 2025 jul. 14];29(1):36–44. Disponível em: <https://www.comunicacaoesaude.com.br/comciencias/article/view/153>
- (6) Stengers I. Notas introdutórias para uma ecologia das práticas. Revista Usina [Internet]. 2022 [citado 2025 jul. 14]. Disponível em: <https://revistausina.com/2022/12/14/notas-introdutorias-para-uma-ecologia-das-praticas/>

PROMOVIENDO LA SOBERANÍA ALIMENTARIA Y LA SALUD NUTRICIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN JUJUY - ARGENTINA

Soriano Carmen Gladys¹

Soto Gabriela Cecilia

INTRODUCCIÓN

La soberanía alimentaria defiende el derecho de las comunidades a definir sus propias políticas agrícolas y alimentarias, apoyándose en los conocimientos ancestrales y prácticas locales. En Jujuy, Argentina, este enfoque descolonial no solo rescata los aspectos favorables de los saberes ancestrales para la salud, sino que también trabaja en la deconstrucción de aquellos elementos que no son beneficiosos, promoviendo el desaprendizaje necesario para generar nuevos conocimientos que mejoren el bienestar de las comunidades (1,2).

OBJETIVO

El trabajo realizado en las comunidades de las regiones de la Puna, Quebrada y Valles jujeños se desarrolla desde la investigación-acción, un enfoque que combina la generación de conocimiento con prácticas transformadoras. Se busca poner en valor la salud en estas regiones mediante talleres, eventos culturales e intervenciones en instituciones educativas, promoviendo el consumo de alimentos saludables y orgánicos. Además, se destacan los beneficios y propiedades nutricionales de cultivos nativos mientras se identifican aspectos que requieren adaptación o recontextualización dentro de prácticas alimentarias modernas (3,4).

METODOLOGÍA

El abordaje desde la educación para la salud, fundamentado en las teorías críticas latinoamericanas y decoloniales, permite cuestionar las narrativas hegemónicas y construir nuevas formas de entender la relación entre los alimentos, la identidad cultural y la salud. Estas teorías recalcan la importancia de respetar los saberes locales al mismo tiempo que se desarrollan conocimientos actualizados y culturalmente adecuados (5,6).

RESULTADOS

La cooperación entre diversos actores sociales, como escuelas, organizaciones no gubernamentales y comunidades indígenas, facilita la creación de políticas públicas que respalden la soberanía alimentaria.

1 Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Unidad de Investigación en Educación para la Salud, Abordaje Integral - Acción Interdisciplinaria en Diversos Contextos Multiculturales. E-mail: csoriano@fhycs.unju.edu.ar

Estas políticas deben fortalecer la agricultura familiar, promover mercados locales y garantizar acceso a información sobre nutrición y salud (7). Además, el enfoque descolonial promueve una revalorización de la agricultura tradicional y un respeto renovado por la madre tierra (8). En este contexto, la soberanía alimentaria no solo mejora la salud nutricional, sino que también fomenta la equidad social y fortalece la identidad cultural. Este esfuerzo en Jujuy requiere un compromiso colectivo y un cambio de mentalidad que integre saberes tradicionales y nuevos conocimientos para garantizar una alimentación saludable y culturalmente adecuada (1,2).

CONCLUSÃO

En conclusión, la promoción de la soberanía alimentaria y la salud nutricional en Jujuy a través de un enfoque descolonial y educativo es fundamental para lograr un futuro más sostenible y equitativo. Este proceso requiere un compromiso colectivo y un cambio de paradigma que valore y respete los saberes locales, fortalezca la economía regional y garantice el derecho a una alimentación saludable y culturalmente adecuada.

REFERENCIAS

- (1) Shiva V. Cosecha robada: el secuestro del suministro mundial de alimentos. Barcelona: Paidós; 2003.
- (2) Giarracca N, Teubal M. Soberanía alimentaria en América Latina: una propuesta para el desarrollo rural con justicia social. Buenos Aires: CLACSO; 2010.
- (3) Altieri MA, Nicholls CI. Agroecología: única esperanza para la soberanía alimentaria y la resiliencia socioecológica. Buenos Aires: Ediciones INTA; 2012.
- (4) Sarandón SJ, Flores CC. Agroecología: bases teóricas para el diseño y manejo de agroecosistemas sustentables. Buenos Aires: Ediciones INTA; 2014.
- (5) Mignolo WD. La idea de América Latina: la herida colonial y la opción decolonial. Barcelona: Gedisa; 2000.
- (6) Fernández Such F, coordinador. Soberanía alimentaria: objetivo político de la cooperación al desarrollo en zonas rurales. Barcelona: Icaria; 2006.
- (7) Argentina. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Derecho a una alimentación sana, segura y soberana. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social; 2022.
- (8) GRAIN. El informe del Banco Mundial sobre el acaparamiento de tierras: más allá del humo y los espejos. Barcelona: GRAIN; 2010.
- (9) Argentina. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF). Soberanía y seguridad alimentaria. Buenos Aires: Programa Nacional Primeros Años; 2022.

RELAÇÃO ENTRE O APOIO SOCIAL PERCEBIDO E FATORES SOCIOECONÔMICOS E DE SAÚDE COM A INSEGURANÇA ALIMENTAR EM GESTANTES DE ALTO RISCO EM UNIDADE HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO

Juliana Vieira de Castro Mello¹

Gabriela da Silveira Lopes

Rebeca Rocha da Silva

Ana Lúcia Pires Augusto

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Insegurança Alimentar (IA) é caracterizada pela ausência do acesso regular e permanente a uma alimentação adequada, de forma quantitativa e qualitativa, que supra as necessidades pertinentes ao desenvolvimento e crescimento dos indivíduos (1).

Dados referentes à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no país, encontrados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) de 2023, demonstram uma prevalência de 27,6% de IA nos domicílios brasileiros, que correspondem a cerca de 21,6 milhões nessa condição. Cabe ressaltar que destes achados, cerca de 18,2 % encontravam em IA leve, 5,3% em IA moderada e 4,1% destes domicílios estavam em situação de IA grave (2).

Dentre os grupos mais suscetíveis à IA, as gestantes são retratadas com a maior possibilidade de apresentar esta condição, pois esse desfecho potencializa as condições de vulnerabilidade que já estão alteradas ao longo da gestação (3). Considerando esse cenário, alguns fatores adversos podem ser associados à condição de IA durante a gestação, com destaque para aqueles de cunho social e relativos à saúde.

Essa relação de exposição e desfecho é evidenciada na literatura, visto que fatores como a ansiedade, a depressão e o estresse em gestantes mostram-se atrelados à condição de baixo apoio social e, concomitantemente à ocorrência de IA, potencializando a situação de vulnerabilidade desse grupo (4).

OBJETIVO

Estimar a associação entre a IA e o apoio social, fatores sociais e de saúde em gestantes de risco.

METODOLOGIA

Estudo transversal, recorte de um estudo longitudinal, com 260 gestantes atendidas na triagem de risco clínico em hospital universitário. A IA foi avaliada por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), que classifica os domicílios em segurança alimentar, IA leve,

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: julianavieira.jvcm@gmail.com.

moderada e grave. O apoio social foi mensurado pela versão brasileira da Escala do Estudo Pró-Saúde, composta por 19 itens que avaliam cinco dimensões: material, afetiva, emocional, informacional e interação social positiva (5).

Foram coletadas variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, raça/cor, renda, situação conjugal, entre outras) e de saúde (doenças prévias, histórico gestacional, risco clínico), com posterior categorização das gestantes em 14 grupos de risco. Inicialmente, foram realizadas análises bivariadas por regressões logísticas multinomiais.

Variáveis com $p < 0,20$ foram incluídas em modelos de regressão logística multinomial multivariada (modelos brutos). As dimensões de apoio que mantiveram associação significativa com a IA ($p < 0,05$) foram incluídas em modelos finais, ajustados pelas covariáveis também associadas ao desfecho. Todas as análises foram conduzidas no software Stata 13.0.

RESULTADOS

Na análise bivariada, o escore de apoio social total (OR: 0,98; IC95%: 0,96–0,99), bem como os escores das dimensões material (OR: 0,98; IC95%: 0,97–0,99), afetiva (OR: 0,98; IC95%: 0,97–0,99), informacional (OR: 0,99; IC95%: 0,98–0,99) e de interação social positiva (OR: 0,98; IC95%: 0,97–0,99) mostraram associação com insegurança alimentar (IA) ($p < 0,20$). Também se associaram à IA: renda familiar < 2 salários mínimos (OR: 2,06; IC95%: 1,17–3,62), não recebimento de benefício social (OR: 0,49; IC95%: 0,29–0,84), ausência de tratamento da água (OR: 1,92; IC95%: 1,01–3,67), ausência de rede de esgoto (OR: 4,54; IC95%: 0,54–38,28), uso de cigarro (OR: 2,18; IC95%: 0,76–6,24) e presença de infecção (OR: 2,74; IC95%: 0,83–9,04) como fator de risco clínico.

Nos modelos brutos com inclusão das covariáveis, apenas os escores de apoio material (OR: 0,99; IC95%: 0,97–0,999) e apoio informacional (OR: 0,99; IC95%: 0,97–1,00) mantiveram associação significativa com menor chance de IA. No modelo final com apoio material, o escore permaneceu como fator de proteção à IA (OR: 0,99; IC95%: 0,97–0,997), assim como o não recebimento de benefício social (OR: 0,51; IC95%: 0,30–0,88). No modelo final com apoio informacional, o escore manteve associação protetora (OR: 0,99; IC95%: 0,97–0,999) e o não recebimento de benefício também foi protetor (OR: 0,49; IC95%: 0,28–0,87), enquanto a presença de infecções aumentou a chance de IA foi fator de risco (OR: 3,24; IC95%: 0,96–10,95).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A rede de apoio social é capaz de minimizar a IA, demonstrando sua importância para populações vulneráveis como gestantes. Alguns fatores socioeconômicos e de saúde parecem também ser relevantes na ocorrência da IA neste grupo.

O apoio material e de informação foram protetores contra a IA em gestantes que não recebiam benefícios sociais apresentando maior chance para a insegurança alimentar. Condições socioeconômicas

desfavoráveis, como renda familiar inferior a dois salários-mínimos, a falta de tratamento de água para consumo e a ausência de rede de esgoto, também pareceram de início terem importante relação com a falta de acesso à alimentação adequada.

Gestantes com infecções apresentaram-se vulneráveis à IA, reforçando a importância de intervenções para este grupo. Políticas públicas para promoção da rede de apoio, melhorias nas condições sanitárias e acesso ao pré-natal são fundamentais para mitigar os efeitos da IA durante a gestação.

REFERÊNCIAS

- (1) Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Glossary on right to food. Roma: FAO; 2009. p. 138.
- (2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2023. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
- (3) Laraia BA, Siega-Riz AM, Gundersen C. Household food insecurity is associated with self-reported pregravid weight status, gestational weight gain, and pregnancy complications. *Journal of the American Dietetic Association*. 2010;110(5):692–701. DOI: 10.1016/j.jada.2010.02.014
- (4) Natamba BK, Mehta S, Achan J, Stoltzfus RJ, Griffiths JK, Young SL. The association between food insecurity and depressive symptoms severity among pregnant women differs by social support category: a cross-sectional study. *Maternal & Child Nutrition*. 2017;13(3):e12351. DOI: [10.1111/mcn.12351](https://doi.org/10.1111/mcn.12351)
- (5) Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21(3):703–14. DOI: 10.1590/s0102-311x2005000300004

SALUD COLECTIVA Y “ULTRADERECHA”: ANÁLISIS COMPARATIVO SOBRE NARRATIVAS POLÍTICAS DEL AGRONEGOCIO EN ARGENTINA Y BRASIL

Horacio Pereyra¹

Gabriel Schütz²

INTRODUCCIÓN

En este ensayo analizamos las formas en que el sector político de la derecha más radicalizada (ultraderecha) profundiza el modelo del agronegocio y con ello reproduce asimetría en vulnerabilidades socio sanitarias por el uso intensivo y extensivo de agrotóxicos en Brasil y Argentina, exacerbando conflictos socio ambientales. No indagaremos aspectos de la pauta conservadora de la ultraderecha (negación de derechos sociales, enfrentamiento a colectivos de género y sexualidad, entre otros), sino que nos detenemos en la estructura productiva que atraviesa las economías de ambos países y que ha recorrido la historia ambiental del Sur Global.

Sin eufemismos, podría decirse que el agronegocio, y el consecuente uso de agroquímicos no es propio de una ideología política en particular, aunque existan diferentes matices en la forma de implementación de este modelo productivo. El llamado “consenso de los commodities” muestra cómo el agronegocio ha impulsado políticas económicas enclavadas en la exportación de materias primas para la generación de divisas, produciendo acaparamiento de tierras en pocas manos, expansión de la frontera agraria lo cual trae consigo mayor deforestación, expoliación de territorios campesinos de agricultura familiar y de grupos indígenas, y mayor conflictividad socio sanitarias por el uso indiscriminado de agrotóxicos (1).

OBJETIVO

En este trabajo nos proponemos analizar, desde la Salud Colectiva, los gobiernos de Jair Bolsonaro (Brasil) y Javier Milei (Argentina) en relación al agronegocio. Específicamente nos interesa pesquisar similitudes, diferencias y emergentes sobre las políticas que profundizaron el modelo productivo en cada país y sus implicancias en las injusticias ambientales por el uso de agrotóxicos durante los gobiernos de ultraderecha en estos países del Sur Global.

METODOLOGÍA

Trabajamos con fuentes secundarias. Recorremos declaraciones de actores gubernamentales, materiales e informes estatales dirigidos al agronegocio en relación a los agrotóxicos en Brasil y Argentina. Para capturar las injusticias ambientales apelamos a manifiestos y declaraciones de grupos

1 IDAES, UNSAM-CONICET. E-mail: munayruray@gmail.com.

2 CEP IESC UFRJ.

socioterritoriales que han logrado el umbral de poner en la agenda pública los conflictos socioambientales por el uso de agrotóxicos que emplea el agronegocio en sus respectivos países. Analizamos el material de cada país de forma separada para luego construir una matriz comparativa donde exponemos similitudes, diferencias y emergentes sobre la Salud Colectiva de la ultraderecha en relación al agronegocio.

RESULTADOS

Bolsonaro declaró en un programa televisivo que “Hay algo más importante que la Amazonía en este momento, es nuestro agronegocio, que es seguridad alimentaria para el mundo” (2).

La ministra de agricultura en el gobierno de Bolsonaro, negó que la aprobación de pesticidas pueda causar daños a la salud y el ambiente. Además declaró que la aprobación de pesticidas, “brinda posibilidades alternativas de control más eficaces y con menor impacto al medio ambiente y a la salud humana”, siempre y cuando se utilizaran según las buenas prácticas de agricultura (3).

El gobierno de Bolsonaro liberó 2.180 agrotóxicos, estableciendo un récord de liberalización durante un gobierno presidencial (4).

Milei desreguló la comercialización interna y externa de productos fitosanitarios en todo el país (5), generado que todos los agrotóxicos producidos en el exterior puedan ser comercializados sin restricciones y sin necesidad de trámites y autorizaciones en Argentina.

El gobierno Milei aprobó el uso de drones para la aplicación de glifosato (6). Por otro lado, el año 2024 fue un récord de aprobación de Organismos Genéticamente Modificados con 25 productos, lo cual acarrea mayor uso de agrotóxicos, cifra que “representa un hito histórico para Argentina porque constituye el 24, 53% del total de aprobaciones del país en los últimos 28 años” (7).

Colocamos un aspecto emergente de la ultraderecha Argentina. Existen iniciativas gubernamentales de retirar a este país de la OMS. Esta iniciativa no está vinculada de forma explícita con los agrotóxicos, sin embargo existe un conector latente. En el año 2015 la Agencia Internacional para la Investigación sobre Cáncer (IARC) de la OMS incluye al glifosato en el Grupo 2A, es decir probablemente cancerígeno para los seres humanos. Esta clasificación de la IARC tocó los intereses de la mayor comercializadora de ese agroquímico en el mundo, Monsanto. Como respuesta, Monsanto arremetió contra el informe de la IARC al calificarlo como “ciencia basura” (8). Instalamos estas polémicas porque de concretarse la salida de la OMS por parte de Argentina, el modelo del agronegocio, las empresas productoras y comercializadoras de agroquímicos podrían tener oportunidades para la venta de sus productos sin fiscalización estatal y sin las clasificaciones y recomendaciones que brinda la OMS, pero además las empresas y el gobierno podrían arremeter contra las investigaciones críticas del modelo económico reeditando una nueva versión de “ciencia basura”.

CONCLUSIONES

Este ensayo expone cómo las ultraderechas de Milei y Bolsonaro comparten la liberalización y la desregulación de agrotóxicos, sin embargo el presidente argentino podría batir a su par porque su gobierno aún no terminó.

Durante el gobierno de Bolsonaro se produjo un renacimiento de la epidemiología de la crueldad en el Amazonía. Este territorio con demarcaciones de tierras indígenas, según la ideología ultraderecha, impide el progreso del agronegocio para el desarrollo del país y para salvar el hambre del mundo. Mientras ese gobierno batía récord de liberación de agrotóxicos en Brasil, esta misma derecha también batió otro récord porque por primera vez un gobierno democrático no produjo marcaciones de tierras indígenas en el Amazonía (9).

REFERENCIAS

- (1) Svampa M. Consenso de los commodities y lenguajes de valoración en América Latina. Nueva Soc. 2013;244:3-4.
- (2) Pânico Jovem Pan [Internet]. Jair Bolsonaro. Brasil: Jovem Pan; 2022 [citado 2025 feb 21]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=zD_3rOuP0SQ&ab_channel=P%C3%A2nicoJovemPan
- (3) Mongabay. Brasil: gobierno de Bolsonaro autorizó más de 150 pesticidas en sus 100 primeros días [Internet]. 2019 [citado 2025 feb 21]. Disponible en: <https://es.mongabay.com/2019/07/brasil-pesticidas-bolsonaro/>
- (4) Brasil. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. [Internet]. Brasília: MAPA; 2022 [citado 2025 feb 21]. Disponible en: <https://www.gov.br/agricultura/pt-br>
- (5) Boletín Oficial de la República Argentina. Decreto 101. Reglamentación Ley N° 20.466 de fiscalización de fertilizantes y enmiendas. Buenos Aires: BORA; 2025.
- (6) Boletín Oficial de la República Argentina. Decreto 664/2024. Buenos Aires: BORA; 2024.
- (7) Ensinck G. El gobierno de Milei acelera la aprobación de transgénicos. Tiempo Argentino [Internet]. 2024 ago 21 [citado 2025 feb 21]. Disponible en: https://www.tiempoar.com.ar/ta_article/el-gobierno-de-milei-acelera-la-aprobacion-de-transgenicos/
- (8) Camandone J. Monsanto, contra la OMS por un estudio sobre cáncer que bajó la nota al glifosato. El Cronista [Internet]. 2015 mar 24 [citado 2025 feb 21]. Disponible en: <https://www.cronista.com/negocios/Monsanto-contra-la-OMS-por-un-estudio-sobre-cancer-que-bajo-la-nota-al-glifosato-20150324-0065.html>
- (9) Observatório do Clima. A conta chegou: o terceiro ano de destruição ambiental sob Jair Bolsonaro [Internet]. 2022 [citado 2025 feb 21]. Disponible en: <https://www.oc.eco.br/a-conta-chegou-o-terceiro-ano-de-destruicao-ambiental-sob-jair-bolsonaro/>

SAÚDE DIGITAL NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL COM FOCO NO LEGISLATIVO

Erick Silva Trindade ¹

Daniela Gomes dos Santos Biscarde ²

Adrielle Santos Ramos ³

Maria Luiza Oliveira ⁴

INTRODUÇÃO

A saúde digital no Brasil surge como um fenômeno multifacetado que transforma paradigmas tradicionais da assistência médica, gestão e acesso à informação (1). Essas iniciativas, propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), buscam ampliar o acesso remoto e integrar informações que proporcionam mais eficiência e acessibilidade na experiência dos usuários. Neste contexto, a análise do marco legislativo que rege a saúde digital se revela essencial, uma vez que fundamenta as bases legais e operacionais que orientam a utilização dessas tecnologias no país. A Estratégia Global de Saúde Digital da Organização Mundial da Saúde (OMS) tem se firmado como um pilar essencial para fortalecer os sistemas de saúde e ampliar o acesso à cobertura universal. Definida pela OMS como o campo do conhecimento e da prática associado ao desenvolvimento e ao uso de tecnologias digitais para melhorar a saúde (2), a saúde digital abrange um amplo espectro. Esse conceito evoluiu para incluir não somente áreas como Informática Médica e Telessaúde, mas também inovações tecnológicas, como o uso de redes sociais na promoção da saúde (3). No entanto, além das inúmeras oportunidades, esse avanço traz consigo dilemas éticos, desafios de segurança e riscos, exigindo regulamentações eficazes e uma abordagem equilibrada para garantir que os benefícios superem as ameaças (2).

OBJETIVO

Investigar como o contexto legislativo, composto pelo Senado Federal, Câmara de Deputados e o Congresso Nacional, estão pautando a saúde digital no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma análise documental, com o objetivo de investigar como a saúde digital vem sendo pautada no contexto legislativo. A coleta de dados foi realizada de setembro de 2024 a janeiro de 2025 no site oficial do Senado Federal. Os termos-chave utilizados foram; Saúde Digital, Tecnologia

1 Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail de contato: ericktrindade@ufba.br

2 Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA). E-mail de contato: dbiscarde@ufba.br.

3 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail de contato: adrielle7@hotmail.com

4 Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail de contato: maluoliveiraas@gmail.com

Digital para Saúde, Tecnologia de Saúde Digital e Estratégias de eSaúde. Foram incluídas neste estudo documentos oficiais que abordassem diretamente o tema da saúde digital e excluídas publicações que somente citassem os termos separadamente. Os dados foram registrados em uma matriz no Google Docs, considerando variáveis, como título, órgão responsável, data, link, tipo de publicação, principais achados, atores envolvidos e observações dos pesquisadores. Foram encontradas 1.505 publicações no Senado Federal, entre preposições e legislações. Para essa análise foram incluídas 14 publicações e excluídas 1.491. Entre os documentos selecionados, 7 são do Senado Federal, 5 da Câmara de Deputados e 2 do Congresso Nacional. Entre os achados estão projetos de lei, indicações, vetos, requerimentos, projetos de resolução e solicitações de subcomissões.

RESULTADOS

A partir da análise dos documentos, foi possível organizar as informações em seis eixos temáticos principais, esses eixos foram estabelecidos com base nos temas mais recorrentes identificados ao longo do conteúdo analisado. Cada um deles reúne tópicos centrais que se destacaram como conceitos-chave dos documentos analisados. Sendo o eixo 1, Regulação da Telemedicina, destacam-se as iniciativas normativas que legalizam e padronizam a telemedicina no Brasil. O eixo 2, Acesso e Inclusão digital, que discute as propostas que buscam reduzir desigualdades digitais no acesso à saúde, especialmente para populações vulneráveis. Já o eixo 3, Experiências práticas e Audiências, evidencia o papel das audiências públicas e o relato de experiências reais para informar e adaptar a legislação. O eixo 4, Integração e Prontuário Único, trata da digitalização e interoperabilidade dos dados de saúde. O eixo 5, Financiamento e Políticas Públicas que aponta como políticas de financiamento e parcerias internacionais. E por fim, o eixo 6, Vetos e desafios normativos, analisa os vetos presidenciais como reflexo das tensões entre inovação tecnológica e marcos legais existentes.

CONSIDERAÇÕES

Essa análise evidencia que a regulamentação da saúde digital no Brasil tem avançado, mas ainda enfrenta desafios para garantir uma aplicação eficiente e integrada. Embora haja propostas e normativas sobre o tema, elas permanecem dispersas, o que dificulta uma abordagem mais unificada. Para a saúde digital continuar evoluindo de forma segura e acessível, é essencial atualizar e fortalecer as leis e políticas públicas. Assim, este trabalho auxilia no entendimento do papel da regulamentação legislativa nesse processo e dá meios para elaboração de melhorias na implementação das tecnologias na área da saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Lisboa KO, Hajjar AC, Sarmento IP, Sarmento RP, Gonçalves SHR. A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens. *Saúde Soc.* 2023;32(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210170pt>.
- (2) World Health Organization (WHO). Global strategy on digital health 2020–2025 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 13 mar 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/g4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 13 mar 2025]. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf

SOBERANÍA SANITARIA EN LA CURRÍCULA: MATERIA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL COLECTIVA-ESMC-I II III, INCORPORAR LA TEORÍA DEL CUIDADO DEL BUEN VIVIR Y BIENESTAR, ESCUELA DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, ARGENTINA 2024

Edgardo Martin Perez¹

Olivares Emilce

Silvia Edith catalini

Liliana Martinez

“Lo que se impone, de hecho, no es la transmisión al pueblo de un conocimiento previamente elaborado, cuyo proceso implica el desconocimiento de lo que para el pueblo es sabido y, sobre todo, de lo que el pueblo sabe, sino una devolución que se le hace al pueblo, en forma organizada, de aquello que él nos ofrece en forma desorganizada”

Paulo Freire

INTRODUCCIÓN

La sistematización de experiencias educativas muestra que el buen vivir y la educación, se potencian, ambas buscan potenciar a la/os estudiantes para obtener sus propias visiones de la realidad y cuestionar las estrategias para modificarlas.

El transitar por las asignaturas ESMC I, II y III, desde el arraigo del pensamiento crítico, decolonial, y complejo es que se prioriza la teoría del cuidado del buen vivir y bienestar. De esta manera, se observa a la comunidad con la percepción del mundo/campo de experiencias, espíritu político, ideas, los sentidos compartidos entre todos (1). Lo que resulta en el desarrollo de un nacionalismo cultural, forma de preservar nuestra identidad y autoidentificación.

Las áreas de la práctica ESMC, fueron realizadas en la zona urbana periférica marginal. del área programática del centro de salud n°10 barrio Colonia Lola. Se trabajó con las Niñeces- infancias Familias en los escenarios escolares: Escuela Elena Amalia Lopez Lallana, inicial, primario. Escuela primario Canónigo Manuel Avelino Piñero Barrio Maldonado. Escuela primaria Municipal Angel Nicolas Gastaldi. Escuela primaria Marta Juana Gonzalez. Escuela secundaria Instituto Provincial de Educación Media IPEM 400. Centros vecinales y jubilados. En la provincia de Córdoba, Argentina.

1 E-mail: edgardomartinperez@gmail.com

OBJETIVO

Innovar a partir de la incorporación del enfoque decolonial y cuidado del buen vivir y bienestar, con prácticas en territorio.

Desarrollar competencias/actividades prácticas en relación al entorno sociocultural/salud de los territorios.

Fomentar la identidad de las comunidades en relación al buen vivir y bienestar. Retroalimentar la currícula ESMC en relación a procesos territoriales.

Sensibilizar en la identificación de los modos de vivir de las comunidades periféricas reales con las asignaturas ESMC.

METODOLOGÍA

Se articularon estrategias sobre las trayectorias escolares en situación de vulnerabilidad social, consumos problemáticos de sustancias psicoactivas o de riesgo de padecer violencias con el fin de restituir derechos. Se colaboró en el espacio de “*sala de escucha*” dirigido a jóvenes, que concurren a escuela IPEM 400.

Primera Etapa: Taller de Mapeo Social *Mapeo cuerpo-territorio con niñas/os de quinto y sexto grado*: Las niñas trazaron con dibujos sus cuerpos y las emociones aquí y ahora. Allí, al socializar sus cuerpos-territorios pudieron impartir acuerdos de buen vivir de construcción colectiva, participación plural poniendo en evidencia su potencialidad crítica y reflexiva sobre sus propias vidas.

Segunda Etapa: Talleres destinados a madres y padres consistieron en poner en marcha la propuesta de Mapeo cuerpo/territorio, mapeo en red, con la finalidad de retroalimentar redes de apoyo social, la estrategia fue la Educación Popular, las dinámicas de juegos y la evaluación participativa.

La “*devolución de lo andado*” se propuso intervenciones dinámicas, reflexivas con poderosa plasticidad, márgenes abiertos para recrearse a sí misma, intervenciones de líneas psicológicas o de base (2).

RESULTADOS

Se visualizaron valores de respeto, igualdad, ayuda mutua, alegría, confianza, gratitud y gozo resultando como emociones fundantes en modos de buen vivir. Se produjo aprendizaje colaborativo, significativo en cooperación y con un otro.

El cuidado aplicando de la teoría del buen vivir y bienestar se visibilizó en la necesidad de construir lazos sociales genuinos y sólidos demostrando el cuidado de sí y de un otro en actos de compañerismo, solidaridad en la predisposición para ayudar a sus compañera/os con discapacidad. Respecto a la necesidad de cuidados la vida no humana de la Naturaleza y animales: Las infancias expresaron el compromiso de cuidar en la reciprocidad al reconocer la necesidad de volver a sentir los espacios comunes plaza, barrio, escuela y el territorio como propio.

En el encuentro de familias de las escuelas, se detectó la implicación del cuidado de sí y de un otro, al verbalizar la necesidad de sostener redes más solidarias de apoyo y ayuda mutua. *“Es importante ponernos de acuerdo para lograr mayor participación entre nosotros con la escuela”*. Y de proceso transformador; *“El mejor lugar para reunirnos es aquí en la escuela, porque también es nuestra”*.

CONCLUSIÓN

El buen vivir es uno de los principios constitucionales, el cual está basado en el «Sumak Kawsay». El Sumak significa lo ideal, lo hermoso, lo bueno, mientras que Kawsay significa vida digna, en armonía y equilibrio con el universo y el ser humano, juntas Sumak Kawsay significa plenitud de vida (3). Se establece, al mismo tiempo, una relación entre la equidad y la igualdad en las relaciones sociales, económicas y educativas.

Se concibe la sistematización como la reconstrucción y reflexión analítica, en este caso de la experiencia del uso por parte de la/os estudiantes de enfermería de una teórica de cuidado latinoamericana denominada Cuidado del buen vivir y Bienestar enfocada a la ESMC. Dicha experiencia permite interpretar lo sucedido para comprenderlo; obteniendo conocimientos consistentes y sustentados, comunicar, confrontar la experiencia con otras y con el conocimiento teórico (4), dando sentido de pertenencia, identidad y soberanía en salud.

Demostrado a través, de la potencialidad de las capacidades ciudadanas a través de la práctica diaria de los valores. De el fortalecimiento e incentivo de los espacios e instancias de participación de los diferentes sistemas nacionales de educación. La promoción de las diferentes formas de diálogo entre los diferentes actores del sistema de educación. Contribuyendo a que los establecimientos públicos sean espacios de aprendizaje, conocimientos y habilidades para que se constituya una comunidad crítica y democrática.

La descripción de la propuesta de asignatura en clave territorial basada en modos de vivir de las personas junto con la comunidad estudiantil universitaria y supervisada, nos ayuda a reforzar la aplicabilidad de la teoría de cuidado del buen vivir y bienestar, dando sentido de bienestar y salud colectiva. A la vez, genera conocimiento y saberes sociales, contextualizado y situado. Cuidar en los territorios es pensar el cuerpo como un lugar central para oír, sentir, percibir el territorio. El cuerpo es territorial, en tanto el cuidado de sí y de otro es un acto político, democrático y soberano.

REFERENCIAS

- (1) Freire P. Educação como prática de liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2015.
- (2) Albuquerque CP. Educação popular e decolonialidades: resistências e potências para um cuidado inclusivo na saúde e projetos coletivos para o “bem viver”. Interface (Botucatu) [Internet]. 2021 [citado 2025 mar 21]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bvjY4synWZhTp7YyGXsbt7m/?lang=pt>
- (3) Vargas L, Bustillos G. Técnicas participativas para la educación popular. 1ª ed. San José: Centro de Estudios y Publicaciones Alforja; 1984.
- (4) Pérez EM, Loray MF, Cárcamo SN. Aproximaciones de género y diversidad sexual con el buen vivir y el bienestar. In: Cárcamo SN, organizadora. Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur: conceptos, métodos y casos [Internet]. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial FEDUN; 2021. Disponível em: <https://fedun.com.ar/wp-content/uploads/2021/09/CUIDADOS-DEL-BUEN-VIVIR.pdf>
- (5) Ghiso AM. Sistematización: un pensar el hacer que se resiste a perder su autonomía. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó; 2011 [citado 2025 mar 11]. Disponível em: http://www.crefal.edu.mx/decisio/images/pdf/decisio_28/decisio28_saber1.pdf
- (6) Expósito-Unday D, González-Valero JA. Sistematización de experiencias como método de investigación. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 ago [citado 2025 mar 21];19(2):10–6. Disponível em: (

UMA ABORDAGEM PRÁTICA PARA SUPERAR OS DESAFIOS DA PESQUISA EM SAÚDE POR MEIO DA COLABORAÇÃO E DA INOVAÇÃO: ESTUDOS PATHFINDER NO BRASIL

Laís Martins Costa Araujo¹

Sara de Souza Oliveira

Daniel Cardoso Portela Câmara

Flávia Thedim Costa Bueno

Cláudia Torres Codeço

Ernesto Raul Caffarena

Larissa Pruner Marques

INTRODUÇÃO

Desafios enfrentados por equipes que realizam pesquisas em saúde são amplamente reconhecidos. Apesar de existirem soluções acessíveis, muitos pesquisadores continuam isolados ao lidar com a concepção, planejamento, execução e documentação de seus estudos. Essa situação é evidente em contextos com poucos recursos, onde o registro de desafios, soluções e boas práticas pode facilitar pesquisas mais robustas e orientadas por dados (1).

A The Global Health Network (TGHN) é uma comunidade de prática com governança descentralizada composta por quatro polos de coordenação no sul global: África, Ásia, Oriente Médio e Norte da África e América Latina e Caribe. Em parceria com o *Health Data Research* UK, a TGHN desenvolveu, em 2022/23, a abordagem Pathfinder, que alia metodologia investigativa ao fornecimento de suporte e competências para equipes de pesquisa em saúde. O Pathfinder consiste em mapear e documentar as etapas de pesquisas, identificando obstáculos, aprendizados e boas práticas, além de orientar novas pesquisas. No Brasil, essa iniciativa acompanha e documenta processos de pesquisa reais, chamados de estudos anfitriões, em diferentes estágios de desenvolvimento. A partir do Pathfinder busca-se criar uma plataforma em que pesquisadores de diversos contextos possam se apoiar para criar suas próprias pesquisas de forma mais rápida ou fazer reuso de dados de forma mais eficaz (2).

OBJETIVO

Este relato de experiência visa apresentar os resultados obtidos com a aplicação da metodologia Pathfinder, de 2023 a 2025, no mapeamento de processos orientados por dados da eficácia da vacina contra a COVID-19 e o acompanhamento de casos (Vacina Maré); pesquisa nacional sobre perdas fetais, partos e nascimentos (Nascer no Brasil II); e dois sistemas de alerta precoce de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) (InfoGripe) e de casos de dengue, zika e chikungunya (InfoDengue).

1 Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: lais.araujo@fiocruz.br

DESENVOLVIMENTO

No Brasil, a abordagem prática do Pathfinder iniciou com os estudos Vacina Maré e Nascer no Brasil II (junho 2023 a 2024); e segue em andamento desde julho/2024 com os sistemas de alerta de vigilância InfoDengue e InfoGripe (3). Iniciou-se o Pathfinder com a elaboração de uma matriz de planejamento e do Protocolo Pathfinder para determinar e pactuar objetivos e processos operacionais da equipe do estudo anfitrião com a equipe do Brasil da TGHN América Latina e Caribe (TGHN LAC). Utilizaram-se dados quantitativos e qualitativos coletados por meio de análise documental, rodas de conversa e entrevistas para o mapeio e rastreo das etapas dos estudos anfitriões com a ferramenta *tracker*. A ferramenta contempla o registro das etapas dos estudos anfitriões, das métricas (tempo gasto e recursos necessários), barreiras e soluções para gerar um mapa do processo (2). Desde 2024, membros da TGHN LAC reúnem-se para compartilhar ferramentas, métodos, tecnologias e processos de governança de cada desafio com outros estudos Pathfinder na América Latina e Caribe (4).

O mapeamento dos quatro estudos anfitriões permitiu identificar desafios, soluções e lições aprendidas, que foram compartilhadas por meio de diversos recursos e resultaram no desenvolvimento de ferramentas que promoveram a democratização do acesso às inovações tecnológicas, disponíveis na plataforma TGHN LAC (3). Destacam-se: webinar sobre o uso do REDCap para além de pesquisas e bancos de dados típicos, promovendo a eficiência e a acessibilidade da pesquisa (+3.000 inscritos); webinar de modelos preditivos para preparo da temporada da dengue 2025 (+1265 inscritos de 65 países), contribuindo para o uso de sistema de alerta mais acessível e eficaz no preparo das secretarias de saúde; Painel de Agentes e *Stakeholders* para mapear as partes interessadas e aprimorar engajamento, mostrando a integração de diferentes setores para a concretização dos estudos e diretrizes de como replicar o modelo por outros estudos; Painel de Monitoramento da coleta de dados, oferecendo suporte ao planejamento da pesquisa e diretrizes para a reutilização segura do formato por outros estudos; Painel dinâmico de dados para análises semanais e apoio à tomada de decisões na vigilância de SRAG; workshop para promover o envolvimento e a mobilização da comunidade na saúde coletiva com pesquisadores da Ásia e da Índia, e kit de ferramentas sobre como fazer ciência com territórios periféricos, ampliando a inclusão de comunidades historicamente marginalizadas; reutilização de dados para um artigo com foco no impacto do primeiro ano da COVID-19, reforçando a importância da segurança e privacidade na gestão de dados de saúde. Essas ações não apenas fortalecem a pesquisa em saúde coletiva, mas também promovem a equidade no acesso às inovações tecnológicas para outros grupos de pesquisa do Brasil, da América Latina e Caribe, e do mundo.

CONSIDERAÇÕES

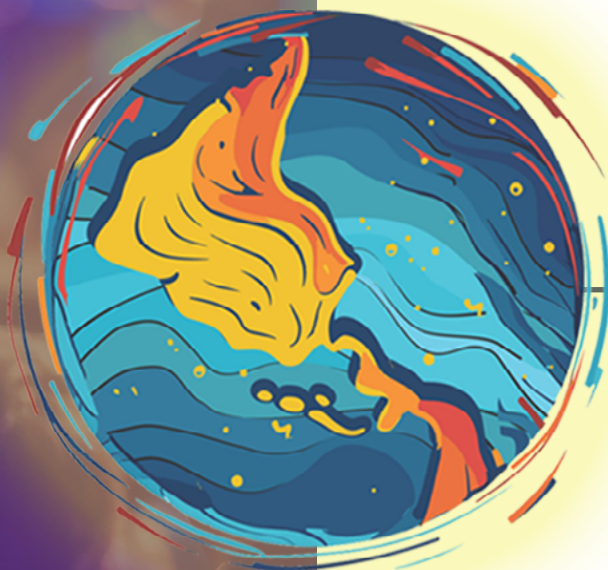
A aplicação da abordagem Pathfinder nos estudos Vacina Maré, Nascer no Brasil II, InfoDengue e InfoGripe mostrou que mapear etapas da pesquisa em saúde é fundamental para superar desafios, e otimizar processos. O mapeamento forneceu um vasto número de recursos de acesso aberto, a colaboração entre equipes e o compartilhamento de conhecimento impulsionaram estudos mais

robustos e reprodutíveis. Além de fortalecer a pesquisa em saúde coletiva, essas iniciativas ampliam o acesso equitativo às inovações tecnológicas. A inovação metodológica, aliada à transparência na disseminação dos resultados, potencializa o engajamento público e fortalece a confiança na ciência. Esse conjunto de ações gera dados mais qualificados, informando políticas públicas equitativas, promovendo intervenções eficazes em saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) ESSENCE. Health research capacity strengthening in low- and middle-income countries: current situation and opportunities to leverage data for better coordination and greater impact. TDR Report [Internet]. 2020 set [citado 2025 fev 10]. Disponível em: <https://tdr.who.int/docs/librariesprovider10/essence/essence-mechanism-consultant-report-2020.pdf>
- (2) The Global Health Network. Pathfinder studies [Internet]. 2024 [citado 2025 fev 10]. Disponível em: <https://encurtador.com.br/m0fVv>
- (3) The Global Health Network Latin America and the Caribbean. Proyectos Pathfinder Brasil [Internet]. 2025 [citado 2025 fev 10]. Disponível em: <https://lac.tghn.org/proyectos-pathfinder/pathfinder-brasil/>
- (4) The Global Health Network Latin America and the Caribbean. Pathfinder clínica de datos [Internet]. 2025 [citado 2025 fev 10]. Disponível em: <https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/clinica-de-datos-es/pathfinder/>

Financiado pela Fundação Bill & Melinda Gates (ID INV-033335) e pelo Wellcome Trust (Grant 226688/



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

EJE 3: DERECHOS SOCIALES Y EQUIDAD EN SALUD

EIXO 3: DIREITOS SOCIAIS E EQUIDADE NA SAÚDE

Comunicación Oral/Comunicação Oral

EJE 3: DERECHOS SOCIALES Y EQUIDAD EN SALUD/ EIXO 3: DIREITOS SOCIAIS E EQUIDADE NA SAÚDE

Comunicación Oral/Comunicação Oral

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO STF: IMPACTOS DA JURISPRUDÊNCIA RECENTE NA EQUIDADE E GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS.....	271
A RELAÇÃO ENTRE OS DIREITOS SOCIAIS E A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.....	274
A UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE ATRAVÉS DOS PROGRAMAS FEDERAIS DE PROVIMENTO MÉDICO NO BRASIL	276
CONOCIMIENTOS, VALORACIÓN Y PERCEPCIONES DE ACTORES CLAVE INVOLUCRADOS EN EL PRIMER PROGRAMA NACIONAL DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO EN CHILE	279
DE IABÁS À IALODÊS DO SUS: MOVIMENTO DE MULHERES NEGRAS PROTAGONISTA NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	282
DERECHO A LA SALUD EN LA CIUDAD DE MÉXICO.....	285
EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL: PERSPECTIVA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD CRÍTICA.....	288
EL DERECHO A LA SALUD BUCAL EN LOS ESPACIOS LABORALES. ¿UN DERECHO O UNA UTOPIA?	291
EN DEFENSA DEL DERECHO AL AGUA DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN: NO A LA EXPLOTACIÓN MINERA. UNA EXPERIENCIA DE LUCHAS POPULARES EN REPÚBLICA DOMINICANA.....	295
ENTRE LACUNAS, TENSÕES E TRAVESSIAS – ESTRATÉGIAS DE CUIDADO INTEGRAL A SITUAÇÕES DE ABORTO COSTURADAS POR COLETIVOS FEMINISTAS NA RELAÇÃO COM O SUS.....	297
ENVEJECIMIENTO GLOBAL: DESAFÍOS Y ESTRATEGIAS PARA LA SALUD ACTIVA DE LA TERCERA EDAD	300
ESCASEZ DE RECURSOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ENTRAVES PARA A EFETIVAÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL	303
“EXPERIENCIAS DE MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE LOS ANDES, RESPECTO AL EJERCICIO DE SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. CHILE, 2024”	306
GESTÃO EBSEH NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS – INDICADORES NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES NO ES	309
IMPACTO DEL COVID-19 SOBRE LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DESDE LA VISIÓN DE LOS PRESTADORES DE SALUD EN MÉXICO 2019-2022.....	312
IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE FORMACIÓN DE PARES EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN BASURÚ, CHOCÓ, COLOMBIA	315
INFLUÊNCIA DE FATORES SOCIOECONÔMICOS E RACIAIS NAS INTERVENÇÕES VIVENCIADAS POR PARTURIENTES DURANTE SEU TRABALHO DE PARTO E PARTO	318
INFORME DE LA EXPERIENCIA DE TRABAJO COLABORATIVO ENTRE UN SINDICATO Y UNA UNIVERSIDAD.....	321
INSTRUMENTOS À LUZ DAS DIRETRIZES DA OMS	324

INTERSETORIALIDADE E SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA PROMOÇÃO DA EQUIDADE E GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS NA POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO - PPC/UERJ	327
MOVIMENTOS DE GRUPOS SOCIAIS: CAMINHOS PARA A SOCIALIZAÇÃO E INCLUSÃO DE POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	330
O IMPOSTO SOBRE GRANDES FORTUNAS COMO SOLUÇÃO CONSTITUCIONAL AO SUBFINANCIAMENTO DO SUS	333
O QUE SIGNIFICA ESCOLHER QUANDO SE É MULHER E NEGRA? DIREITOS REPRODUTIVOS EM PERSPECTIVA INTERSECCIONAL	336
POTENCIALIDADES DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA SAÚDE PÚBLICA: A EXPERIÊNCIA NA POLICLÍNICA UNIVERSITÁRIA PIQUET CARNEIRO/PPC/UERJ	338
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL: CONTINUIDADES E MUDANÇAS	341
PROTECCIÓN EN RIESGOS LABORALES PARA POBLACIÓN RURAL VULNERABLE. PROPUESTA DESDE COLOMBIA	344
QUANTAS MAIS VÃO MORRER? O SILÊNCIO BRANCO DIANTE DOS ALTOS ÍNDICES DE MORTES MATERNAS NO BRASIL.....	347
RACISMO COMO DESAFIO PARA A UNIVERSALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO	350
RIESGO INHERENTE EN EL TRABAJO DOMÉSTICO Y DERECHOS DE PROTECCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES TRABAJADORAS: UNA MIRADA DESDE COLOMBIA	353
SAÚDE E ECONOMIA NOS PAÍSES DO BRICS: TRAJETÓRIAS DE FINANCIAMENTO E DESAFIOS À EQUIDADE.....	356
SISTEMAS DE SAÚDE NA DEPENDÊNCIA: REFLEXÕES A PARTIR DOS CASOS DO BRASIL E DA ARGENTINA.....	359
SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE: ALTERNATIVA PARA O ACESSO UNIVERSAL E EQUITATIVO A CUIDADOS INTEGRAIS EM SAÚDE.....	362
“SÓ PUDE BEIJAR O MEU FILHO CINCO DIAS APÓS ELE NASCER”: REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 NO PARTO E NASCIMENTO”.....	365
TODO MUNDO TEM QUE FAZER TERAPIA? DESAFIOS DA UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE MENTAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	368
TRATO Y ATENCIÓN PRENATAL A GESTANTES ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN URUGUAY: UN ANÁLISIS DESDE LA EQUITAD EN SALUD	371
UNIVERSIDADE PROMOTORA DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ACESSO A SAÚDE	374
VALORES QUE SUSTENTAN LA MORAL DE ADULTOS EN UNIONES TEMPRANAS CON MENORES DE EDAD.....	377

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO STF: IMPACTOS DA JURISPRUDÊNCIA RECENTE NA EQUIDADE E GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS

Iara Veloso Oliveira Figueiredo¹

Clara Freitas Gallo

Mônica Silva Monteiro de Castro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira (CF/88) estabelece o direito à saúde como garantia, reforçando o papel do Estado na prestação de serviços de saúde, dela decorrendo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao qual toda a população tem acesso universal e gratuito (1). Mesmo assim, a desigualdade socioeconômica impacta diretamente o acesso ao SUS. No Brasil, há um fenômeno conhecido como judicialização da saúde, que é o acionamento do Judiciário para obter a prestação de serviços de saúde (2). O processo de judicialização frequentemente favorece indivíduos com melhores condições socioeconômicas e de acesso à informação, em detrimento de um sistema equitativo e igualitário, em prejuízo das populações vulneráveis. Isso gera um conflito entre a micro justiça, voltada para demandas individuais, e a macro justiça, que busca atender às necessidades coletivas (2,4). O Supremo Tribunal Federal (STF), como guardião da CF/88, exerce um papel fundamental na garantia dos direitos sociais e na proteção das necessidades coletivas. Atuando na esfera da macro justiça, o STF uniformiza entendimentos jurídicos por meio de sua jurisprudência, promovendo segurança jurídica e orientando a aplicação do direito, especialmente no que se refere à proteção do direito social à saúde e à promoção da equidade no acesso aos serviços públicos.

OBJETIVO

Analisar a jurisprudência recente do Supremo Tribunal Federal (STF) sobre a judicialização da saúde, identificando seus possíveis reflexos na garantia dos direitos sociais e na promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Foi feita uma revisão jurisprudencial do tema da judicialização da saúde no Supremo Tribunal Federal (STF), com ênfase em seus reflexos na garantia dos direitos sociais e na promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde. Inicialmente, foram identificadas as decisões mais recentes do STF relacionadas ao tema. Em seguida, realizou-se uma leitura crítica dessas decisões, buscando compreender suas contribuições para a resolução dos desafios da judicialização da saúde, as mudanças na abordagem do tema pelo Judiciário e seus possíveis impactos na efetivação dos direitos sociais e seu acesso mais equitativo.

1

Fiocruz Minas. E-mail: iaravof@gmail.com

RESULTADOS

Foram identificados os seguintes julgados relevantes do STF: Tema 1234, Tema 6, Tema 500, Tema 793 e Tema 1161.

O Tema 1234 estabeleceu que ações judiciais para fornecimento de medicamentos registrados na Anvisa, mas não incorporados ao SUS, devem tramitar na Justiça Federal quando o custo anual do tratamento for igual ou superior a 210 salários-mínimos, sendo a União parte legítima no polo passivo. Esta decisão buscou fomentar um diálogo mais abrangente e cooperativo, com o objetivo de reduzir os efeitos da judicialização excessiva sobre estados e municípios. Ao mesmo tempo, procurou garantir o direito à saúde de forma mais eficiente e equilibrada, criando um modelo que envolve todas as esferas de governo e incentiva a participação social na formulação de soluções viáveis e sustentáveis para a distribuição de medicamentos no país.

O Tema 6 definiu critérios para a concessão judicial de medicamentos fora das listas do SUS, exigindo comprovação da necessidade, inexistência de alternativa terapêutica e incapacidade financeira do paciente.

O Tema 500 reafirmou a responsabilidade solidária dos entes federados (União, Estados e Municípios) na prestação de serviços de saúde, permitindo que o cidadão acione qualquer um deles para obter medicamentos ou tratamentos necessários.

O Tema 793 consolidou a ideia de solidariedade entre os entes federativos, mas determinou que o juiz deve direcionar o cumprimento da decisão ao ente responsável pela política pública de saúde, sem modificar o polo passivo da ação.

O Tema 1161 fixou que, em situações excepcionais, o Estado deve fornecer medicamentos sem registro na Anvisa, desde que a importação seja autorizada e o paciente comprove a necessidade do tratamento e a ausência de alternativas disponíveis no SUS.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Na judicialização da saúde, a aplicação da justiça distributiva é um desafio, pois decisões individuais podem impactar a alocação de recursos coletivos e comprometer a equidade no acesso aos serviços de saúde. Nas decisões analisadas é possível identificar o compromisso do STF em equilibrar o direito individual à saúde com a sustentabilidade do sistema público. Nota-se que a jurisprudência recente do STF busca racionalizar a solidariedade na prestação jurisdicional, garantir o acesso prioritário aos mais necessitados e alinhar o direito individual à estrutura administrativa existente. A decisão do Tema 1234 estruturou um modelo que envolve todas as esferas de governo e incentiva a participação social na construção de soluções viáveis e sustentáveis para a distribuição de medicamentos. A jurisprudência do STF, ao estabelecer critérios mais rígidos e uniformes para todos os tribunais, reduz distorções do micro justiça e avança na busca por um acesso mais equitativo às demandas em saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2024 [citado 2025 mar 18]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- (2) Quevedo ALA. Judicialização do direito à saúde na área de neoplasias: entendimentos do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Cad Ibero-Am Direito Sanit. 2022;11(4):165–81. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v11i4.744>
- (3) Ferraz OLM. Health as a human right: the politics and judicialisation of health in Brazil. New York (NY): Cambridge University Press; 2020.
- (4) Simões VH, Nunes CF, Souza L, Oliveira RM, Santos DS, Lima AC, et al. Fatores associados às solicitações judiciais para acesso a leitos de UTI no estado de São Paulo. Rev Ciênc Plur. 2023;9(1):1–14. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2023v9n1ID28791>

A RELAÇÃO ENTRE OS DIREITOS SOCIAIS E A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

Jéssica dos Santos Costa¹

Marianna Carvalho Martins Albergaria

INTRODUÇÃO

O conceito ampliado de saúde vai além da simples ausência de doença. É fundamental que os trabalhadores tenham acesso a um trabalho digno, com segurança e direitos assegurados para gozarem de saúde, já que o trabalho é um importante determinante de saúde, pois pode proporcionar satisfação e autoestima, em contrapartida pode ser um fator adoecedor. Assim, este texto tem como objetivo apresentar alguns dos desafios atuais para a efetivação dos direitos sociais e a promoção da equidade na saúde. Além disso, busca-se analisar as relações de trabalho no Brasil como um dos principais fatores que contribuem para os processos de adoecimento dos trabalhadores. O texto será estruturado em dois eixos principais: 1) o desmonte dos direitos sociais como uma ameaça à saúde dos trabalhadores e 2) a conexão entre trabalho, segurança e direitos. Este texto é resultado de uma pesquisa de natureza qualitativa, através de revisão/levantamento bibliográfico de artigos, livros e outros.

OBJETIVO

Este texto tem como objetivo apresentar alguns dos desafios atuais para a efetivação dos direitos sociais e a promoção da equidade na saúde. Dessa forma, tem como abjetivo geral fomentar o debate sobre o tema para aprofundamentos futuros.

METODOLOGIA

A pesquisa realizada possui natureza qualitativa, com enfoque exploratório e caráter descritivo. A metodologia adotada fundamenta-se em levantamento e revisão bibliográfica de obras acadêmicas, artigos científicos, publicações institucionais e documentos oficiais relacionados à temática dos direitos sociais, garantias do acesso universal a serviços de saúde. O estudo não envolveu coleta de dados primários, priorizando o aprofundamento teórico e crítico sobre o tema.

RESULTADOS

Os direitos sociais são garantias do acesso universal a serviços de saúde de forma equitativa

O modo de produção capitalista, segundo Marx [1], se sustenta pela exploração da força de trabalho, no capitalismo, a força de trabalho do trabalhador é adquirida por um salário muito inferior ao valor que ela gera para os proprietários dos meios de produção. As crises no capitalismo são

1 Doutoranda – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio. E-mail: jessicasantos_bp@hotmail.com

intrínsecas ao sistema, que, como solução, recorre constantemente a cortes nos direitos sociais. Após a reestruturação produtiva, observa-se que a regra é da flexibilização, da precarização e das terceirizações.

Devido o processo de mundialização capitalista esta realidade pode ser observada em todos os países, no entanto, a posição que cada país ocupa na Divisão Internacional do Trabalho na economia e os trabalhadores irão sofrer de forma singular. E isso irá impactar de forma singular a América Latina.

Com o avanço da ofensiva neoliberal, observa-se uma tendência crescente de desmonte das políticas sociais, intensificando a disputa pelo fundo público, especialmente a partir da década de 1990 no Brasil. Esse processo se aprofunda após o golpe de 2016, que resultou no impeachment da ex-presidenta Dilma Rousseff, caracterizando a fase do ultraneoliberalismo (Behring, 2022) [2]. Assim, diversas políticas públicas passaram a sofrer severos cortes orçamentários, incluindo o SUS, impactando diretamente a garantia de direitos sociais. Como consequência, a saúde do trabalhador tem sido sistematicamente negligenciada, ficando em segundo plano frente à lógica de austeridade fiscal.

Assim só há um caminho para avançarmos no que tange a serviços de saúde mais equitativo: uma ampliação do fundo pública para os direitos sociais. Não é uma tarefa simples, pois exige mobilização e luta da classe trabalhadora (o que envolve os usuários dos serviços e os profissionais na luta).

CONCLUSÕES

O trabalho deve estar aliado a segurança e direitos e consequentemente teremos mais saúde isso envolve vínculos de trabalho mais estáveis, envolve segurança para execução das tarefas com uso de EPIs, além disso, os DH representam um conjunto de garantias universais voltadas para a dignidade da pessoa humana, abrangendo também o universo do trabalho. Assim, podemos classificar todo o arcabouço jurídico como instrumentos de proteção para a classe trabalhadora. Todos esses instrumentos são orientados pela defesa dos direitos humanos. E impactam diretamente o binômio saúde e trabalho.

Para que esses instrumentos protetivos tenham efeito, não basta sua existência; é necessário garantir o cumprimento de suas disposições. Embora possam servir como um obstáculo à exploração ilimitada do sistema capitalista, essas normas também apresentam contradições e limitações. Portanto este resumo tem como objetivo principal apresentar algumas reflexões para debates futuros e adensamento das pesquisas na área.

REFERÊNCIAS

- (1) Marx K. O capital: crítica da economia política. Livro I – O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo; 2013.
- (2) Behring ER. Ofensiva ultraneoliberal no capitalismo em crise no Brasil e no mundo. Libertas [Internet]. 2022 [citado 2025 fev 25];14(1):45–62. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/41383>

A UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE ATRAVÉS DOS PROGRAMAS FEDERAIS DE PROVIMENTO MÉDICO NO BRASIL

Sarah Barbosa Segalla¹

Amanda Souza Moura

Antonio Neves Ribas

Camila da Silva Trindade

Charleni Inês Scherer

Jorge Henrique Santos de Oliveira

Soraia Silva Nascimento

INTRODUÇÃO

A carência de médicos sempre foi um problema para a universalização do acesso e a efetivação de sistemas de saúde de todo o mundo, sobretudo em locais de alta vulnerabilidade social. (1) Para enfrentar este desafio, o governo federal brasileiro criou em 2013 o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), sendo esta a iniciativa que obteve maior sucesso em termos de capilaridade, tanto no quantitativo de trabalhadores, quanto no número de municípios aderidos, atingindo localidades que historicamente registravam alta escassez médica (2).

O PMMB foi estruturado em três eixos: [1] o do provimento emergencial, que distribuiu mais de 18 mil médicos em todo o país; [2] o da formação, que previa a ampliação de vagas de graduação em Medicina e residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e; [3] o de melhoria da infraestrutura, que previa investimentos para qualificar os serviços de saúde. (2) Em 2019, para complementar e fortalecer o eixo do provimento, foi criado o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), que possibilitava aos médicos um vínculo trabalhista e uma perspectiva de progressão de carreira, contribuindo assim para aumentar as chances de fixação deste profissional no município.

OBJETIVO

Este trabalho apresenta dados a respeito dos resultados do PMMB e do PMpB no provimento de médicos para municípios vulneráveis e traz reflexões sobre os horizontes do PMMB a partir da integração dos programas de provimento e do desenvolvimento de novas estratégias formativas.

METODOLOGIA

Os dados apresentados são produto de revisão bibliográfica e do Painel de Monitoramento dos Programas de Provimento da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (3).

1 Filiação dos autores: Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS). E-mail: sarah.segalla@agenciasus.org.br

RESULTADOS

Partindo dos eixos do PMMB, observamos que o eixo da provisão médica foi muito bem sucedido já no início da implementação do programa. Em dois anos, o PMM contabilizava mais de 18 médicos, que atuavam em quase 4 mil municípios. Neste período

o número de municípios com escassez reduziu de 1.200 para 777. [4] Nos anos seguintes,

o programa continuou gerando mudanças contundentes na universalização do acesso a atendimento médico nos interiores do país.

Alguns anos mais tarde, o PMpB trouxe mudanças nas estratégias de fixação profissional por meio da contratação de especialistas em MFC sob regime celetista. Além disso, o programa incluiu esses profissionais como tutores clínicos na formação de médicos bolsistas durante a especialização em MFC.

Atualmente, os dois programas somam 26.837 vagas, sendo 9.364 (34,8%) em municípios de alta ou muito alta vulnerabilidade. A proporção de municípios assistidos com esses índices de vulnerabilidade é maior nas regiões Norte e Nordeste, chegando a 53,5% e 67%, respectivamente. Há profissionais dos programas em 81% dos municípios brasileiros e em 743 equipes multidisciplinares de saúde indígena.

Em 2024, o Ministério da Saúde anunciou a integração dos programas de provimento, que foram unificados no Programa Mais Médicos, com três eixos de atuação:

[1] eixo “*vínculo*” que contempla os profissionais celetistas atuando em funções exclusivamente assistenciais; [2] eixo “*estratégico*”, que possibilita uma atuação do médico celetista tanto em funções assistenciais, quanto pedagógicas, com ênfase na lógica da preceptoria, e; [3] eixo “*formação*” que engloba a atuação de médicos em formação sob contratação por intermédio de bolsas.

CONCLUSÕES

A integração dos programas de provimento avança nas medidas que favorecem a fixação de médicos e inaugura um novo momento do PMMB, com ênfase nas estratégias de formação de especialistas em MFC através da provisão de médicos não somente para assistência, mas também para funções formativas, contribuindo na integração ensino- serviço e, conseqüentemente, para o aprimoramento dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Essas novas estratégias formativas avançam para o alcance de melhores resultados dos programas de provimento federais e estão em consonância com as “Recomendações globais para aumentar o acesso aos trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas, através da melhoria das estratégias de fixação” (5), compilação organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para mitigar o problema da escassez de médicos em determinadas localidades, colocando o Brasil em destaque na construção de políticas para fixação profissional internacionalmente.

REFERÊNCIAS

- (1) Araujo E, Maeda A. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: a guidance note. Washington (DC): World Bank; 2013.
- (2) Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2013 out 23.
- (3) Ministério da Saúde (BR). Painel de Monitoramento dos Programas de Provimento da Secretaria de Atenção Primária à Saúde [Internet]. [citado 2025 mar 18]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/mais-medicos/painel>
- (4) Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Escassez e desigualdade na distribuição da força de trabalho médica no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFG; 2017.
- (5) World Health Organization (WHO). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global recommendations. Geneva: WHO; 2010.

CONOCIMIENTOS, VALORACIÓN Y PERCEPCIONES DE ACTORES CLAVE INVOLUCRADOS EN EL PRIMER PROGRAMA NACIONAL DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO EN CHILE

Constanza Murielle Wettke Laurie¹

PRESENTACIÓN

La salud y seguridad en el trabajo (SST) en Chile y su evolución se encuentra estrechamente vinculada a graves accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Estos han sido lo gatillantes de la respuesta estatal ante la falta de cultura preventiva y deficiencias en las condiciones laborales(1–3). El año 2010 el accidente de la Mina San José volvió a exponer las graves falencias en seguridad laboral, impulsando la ratificación del Convenio 187 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la creación de la Política Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (PNSST) en 2016 y posteriormente el Programa Nacional de SST, aprobado el año 2018 (4).

El año 2019 ambos instrumentos fueron evaluados por la OIT, obteniendo la PNSST una valoración muy positiva. El Programa, al contrario, habría presentado irregularidades en su implementación según lo evidenciado en la revisión de sus indicadores, los cuales se basaron exclusivamente en datos cuantitativos (5). Con estos antecedentes, la misma OIT sugiere enriquecer y profundizar en el análisis sobre el desarrollo del Programa Nacional y su devenir a través de metodologías cualitativas que develen las percepciones, experiencias y valoraciones de los actores clave involucrados en su diseño, implementación y seguimiento.

OBJETIVO

Contribuir a la mejora de la salud y seguridad de los trabajadores en Chile mediante la comprensión de los elementos, obstáculos, facilitadores y aspectos contextuales que influyeron en la elaboración e implementación del primer Programa Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo a través de las experiencias y perspectivas de actores clave para finalmente generar propuestas que fortalezcan la efectividad del programa y promuevan su consolidación como una política pública estable y duradera.

METODOLOGÍA

La investigación adoptó un enfoque cualitativo, fenomenológico, descriptivo y exploratorio. Se recopilaron datos mediante 13 entrevistas semiestructuradas realizadas a actores clave involucrados en el diseño e implementación del Programa Nacional de SST. Los participantes fueron seleccionados por muestreo teórico estratificado, capturando perspectivas de sectores como “gobierno”, “trabajadores”, “Organismos Administradores de la Ley 16.744” y “expertas”.

1 Universidad de Chile. E-mail: cmwettkel@gmail.com

La sistematización de la información se llevó a cabo mediante un criterio de categorización deductivo-inductivo. Se crearon categorías de análisis basadas en un guion temático, incorporando unidades de análisis relevantes. Nuevas categorías emergieron de contenidos que no correspondían a las existentes, ajustándose de manera iterativa. Este proceso permitió generar categorías principales y subcategorías, estructurando los resultados finales en torno a cuatro grandes temas clave que reflejan los hallazgos de la investigación.

RESULTADOS

Los resultados evidencian que los actores clave tienen un bajo nivel de conocimiento del Programa Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo, desde sus contenidos hasta como se ha llevado el proceso de implementación, existiendo diversas causales que tienen relación con aspectos de difusión, cambios no socializados y discontinuidad entre administraciones de acuerdo a lineamientos políticos que han dificultado consolidación como una prioridad nacional.

Se identificó a la institucionalidad como un obstáculo, principalmente por falta de articulación y coordinación interministerial en la implementación de un instrumento de amplio alcance y transdisciplinariedad, liderazgos personales que se superponen a la misión institucional y la dicotomía entre Estado y gobierno cuando se trata de implementación y continuidad de políticas públicas.

Se reveló que la participación tripartita fue parcial y asimétrica, con débil participación del mundo sindical debido a su debilitamiento y desarticulación gestada durante los años de dictadura, poniendo en duda la real representatividad de los actores involucrados y la legitimidad del Programa.

El análisis también permitió identificar propuestas para optimizar próximas experiencias de actualización del Programa, tales como incorporar perspectiva de género, mejorar coordinación inter e intra institucional, buscar instancias de diálogo social permanente, fortalecimiento del movimiento sindical y diversificación de las organizaciones participantes de los diálogos y de los procesos de elaboración, aspectos que deberían contribuir a mejorar el impacto del Programa y asegurar su continuidad.

CONCLUSIONES

El Programa Nacional de SST adquirió características fantasmáticas para los actores clave, los cuales habiendo participado en su elaboración desconocen su contenido final, así como el proceso de implementación, avance o su continuidad como política pública. En ese sentido sería un elemento de valor simbólico, pero sin concreción teórica ni práctica.

Los problemas de representatividad y de legitimidad del Programa, producto de su tripartismo distorsionado, demandan modificaciones en el sistema de regulación de relaciones laborales en Chile, así como de las condiciones de empleo y trabajo que han desmantelado la organización sindical.

La continuidad del Programa depende del posicionamiento de la SST en la agenda pública,

sin embargo, la tradición histórica nacional de desapego con la SST y una administración pública subordinada a los vaivenes del sistema político son sus principales obstáculos.

REFERENCIAS

- (1) Ramírez Necochea H. Historia del movimiento obrero en Chile. 2ª ed. Concepción: Literatura Americana Reunida; 1986. 332 p.
- (2) Ortúzar D. Legislación y medicina en torno a los accidentes del trabajo en Chile 1900–1940 [Internet]. Nuevo Mundo Mundos Nuevos. 2013 out 17 [citado 2022 jul 1]. Disponible em: <http://journals.openedition.org/nuevomundo/66007>
- (3) Grez Toso S. El escarpado camino hacia la legislación social: debates, contradicciones y crucijadas en el movimiento obrero y popular (Chile: 1901–1924). Cuadernos de Historia [Internet]. 2001;(21):119–82. Disponible em: <https://cuadernosdehistoria.uchile.cl/index.php/CDH/article/view/47103/49090>
- (4) Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Política Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo. Diario Oficial de la República de Chile [Internet]. 2016 [citado 2022 jan 6]. Disponible em: <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/edicionelectronica/index.php?date=16-09-2016&edition=41561>
- (5) Bueno C. La Política y el Programa Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: el caso de Chile [Internet]. Santiago: Organización Internacional del Trabajo; 2019 [citado 2021 dez 11]. Disponible em: https://www.ilo.org/santiago/publicaciones/informes-tecnicos/WCMS_732275/lang-es/index.htm

DE IABÁS À IALODÊS DO SUS: MOVIMENTO DE MULHERES NEGRAS PROTAGONISTA NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Sophia Rosa Benedito¹

André Luis Mendonça de Oliveira²

INTRODUÇÃO

Trata-se de um fragmento da dissertação de mestrado intitulada *Sankofando os vestígios do movimento negro na RSB: um olhar amefricano em busca do que ficou esquecido*. A pesquisa adota a filosofia africana de Sankofa (1), oriunda do povo Akan da África Ocidental, como base metodológica para analisar criticamente o processo da Reforma Sanitária Brasileira a partir da contribuição dos movimentos sociais negros. O conceito de Sankofa “voltar e buscar o que ficou para trás” orienta a abordagem metodológica da pesquisa, evidenciando o apagamento histórico das contribuições da população negra na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A investigação mobiliza as representações de Iabás e Ialodês, figuras das religiões de matriz africana, como metáforas epistemológicas. As Iabás, orixás de força feminina ligadas ao cuidado e à maternidade, aproximam-se da figura da “mãe preta” descrita por Lélia Gonzalez (2), enquanto as Ialodês representam as lideranças políticas femininas nas sociedades iorubás (3). A partir dessas referências, a pesquisa destaca o protagonismo das mulheres negras na conformação da agenda de saúde no interior do movimento negro entre as décadas de 1970 e 1990, tendo o cuidado como dimensão estratégica para sua atuação política no processo de construção da RSB.

OBJETIVO

Descrever, a partir da filosofia Sankofa, as contribuições do movimento de mulheres negras para a construção da Reforma Sanitária Brasileira, evidenciando como as práticas de cuidado e as lideranças políticas negras foram centrais na formulação de propostas que influenciaram o SUS.

METODOLOGIA

A metodologia adotada, denominada “Sankofiar”, inspira-se na filosofia Sankofa como modo de pensar, fazer e sentir, ancorando-se na História Social. Compreendeu a revisão crítica de documentos oficiais da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), a análise das contribuições de movimentos sociais negros e entrevistas com seis militantes negros com atuação política entre as décadas de 1970 e 1990. Também incorporou a escrevivência da autora, reconhecendo os efeitos da pesquisa no tempo presente. O referencial teórico articula os conceitos de Amefricanidade(4) e Racismo por Denegação (2,4), Mito

1 Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS UERJ) e Professora Assistente, Fundação Técnico-Educacional Souza Marques (FTESM). E-mail: sophiarb@gmail.com

2 Professor Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS UERJ).

da Democracia Racial (2) e Pacto Narcísico da Branquitude(5), possibilitando uma leitura crítica da RSB. A abordagem busca reparar apagamentos históricos e evidenciar a centralidade das contribuições da população negra na construção do SUS, reconhecendo seus saberes e práticas como formas legítimas de produção de conhecimento em saúde coletiva. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº 65271622.5.0000.5260.

RESULTADO

A pesquisa bibliográfica e documental revelou que, embora literatura sobre a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e documentos institucionais, como os relatórios das Conferências de Saúde e da Comissão de Reforma Sanitária, não racializem ou considerem o racismo como pressuposto fundamental na agenda de saúde, os registros dos movimentos negros — como o Movimento Negro Unificado e encontros de coalizão negra — evidenciam a atuação decisiva da militância negra na formulação de políticas de saúde. A partir das memórias de lideranças como Jurema Werneck, Isabel Cruz, Rita Lima e Fernanda Lopes, destaca-se o protagonismo das mulheres negras na denúncia da esterilização forçada de mulheres negras e pobres, articulada por interesses estatais e internacionais, como demonstram as ações do CEAP, Instituto Geledés e a CPI da Esterilização. Essa denúncia se traduziu em mobilização política e produção de propostas concretas na Assembleia Nacional Constituinte (ANC) (6) e, sobretudo, na Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (7), onde o movimento de mulheres negras sistematizou uma agenda própria de saúde. Essa agenda inclui a criminalização da discriminação racial, o combate à eugenia, a defesa da descriminalização do aborto, a promoção de pesquisas sobre doenças que afetam grupos racializados e a criação de instrumentos de autonomia no cuidado, como a caderneta de saúde da mulher. Mesmo invisibilizadas em espaços como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, mulheres negras contribuíram decisivamente para o projeto do SUS, articulando práticas políticas em que viver e resistir se tornam uma só estratégia de existência.

CONSIDERAÇÕES

A construção do SUS esteve historicamente atravessada por disputas que possibilitaram avanços rumo à universalização do direito à saúde no Brasil. No entanto, ao *Sankofiar* esse processo, tornou-se evidente a urgência de recuperar o que foi denegado: a atuação decisiva das mulheres negras, que, a partir da premissa do cuidado, de Iabá, lideraram a participação do movimento negro na saúde como Ialodês, e inscreveram suas demandas e práticas de cuidado na formulação das políticas de saúde. A emergência de sujeitos políticos organizados em torno de marcadores como raça, gênero e território, especialmente a partir da segunda metade do século XX, tensionou as noções de direito e saúde, ampliando seus sentidos. Assim, a reconstrução de um sistema de saúde verdadeiramente universal e equitativo exige a incorporação das experiências, saberes e proposições dos movimentos negros, feministas, indígenas e de comunidades tradicionais. Operar o princípio da equidade implica reconhecer essas epistemologias como parte da solução dos desafios do SUS.

REFERÊNCIAS

- (1) Nascimento EL. Sankofa: significado e intenções. In: A matriz africana no mundo. São Paulo: Selo Negro; 2008.
- (2) Gonzalez L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: Rios F, Lima M, organizadoras. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar; 2020. p. 75-93.
- (3) Werneck J. O samba segundo as lalodês: mulheres negras e a cultura midiática [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007.
- (4) Gonzalez L. A categoria político-cultural de amefricanidade. In: Rios F, Lima M, organizadoras. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar; 2020. p. 127-38.
- (5) Bento MAS. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: Carone I, Bento MAS, organizadores. Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes; 2014. p. 25-57.
- (6) Santos NNS. A voz e a palavra do movimento negro na Assembleia Nacional Constituinte (1987/1988): um estudo das demandas por direitos [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2015.
- (7) Brasil. Relatório final da Conferência Nacional de Saúde e Direito da Mulher. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.

DERECHO A LA SALUD EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Karina Carrasco Nájera¹

Lucero Soledad Rivera Romano

INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud no significan lo mismo. Por lo general, cuando se hace referencia al derecho a la protección de la salud existe un bien jurídico que protege el acceso a los servicios de salud, con la finalidad de que sean universales, efectivos, seguros, de calidad y aceptables.

En el caso de México, este derecho se encuentra protegido por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Cabe resaltar que, cuando se hace referencia al “derecho a la salud,” generalmente no se sabe cuál es el bien jurídico que protege este derecho (1).

Identificar el nivel de conocimiento y la actitud sobre el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud adquiere relevancia en la vida de la Ciudad de México, pues si no se conoce su significado y diferencias, las personas no pueden exigirlos y hacerlos valer, ya que no puede exigirse un derecho que no se conoce (2). El tema tiene una gran relevancia en el diseño y la operación de las políticas públicas, pero también en muchos otros espacios. Es importante saber cuánto se conoce y cómo se concibe el derecho a la salud debido a que —por lo menos en México— este derecho está ligado exclusivamente a la prestación de servicios de salud, percibido muchas veces como un favor otorgado por el Estado o incluso por los prestadores de los servicios.

OBJETIVO

Analizar el nivel de conocimientos y actitudes sobre el derecho a la salud que tienen diferentes actores sociales responsables de diseñar, operar y evaluar las políticas y programas de salud de la Ciudad de México, en el marco de la promulgación de la Ley de salud de la Ciudad de México.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo que incluyó los años 2022-23 para identificar cuáles son los conocimientos y actitudes de actores sociales clave involucrados en el respeto, protección y satisfacción del derecho a la salud en la Ciudad de México, es decir, tomadores de decisiones y diseñadores de programas. El instrumento utilizado fue la entrevista semiestructurada y se realizó a:

- 5 legisladores de la Comisión de Salud del Congreso de la Ciudad de México.
- 5 directores Jurisdiccionales de las alcaldías de la Ciudad de México de la Secretaría de Salud.

1 Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco E-mail: 2243803690@alumnos.xoc.uam.mx

- 2 directoras de hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
- Titular de la Subsecretaría de Prestación de Servicios Médicos e Insumos.
- Titular de la Dirección General de Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

Se realizó la transcripción completa de las entrevistas y se obtuvieron nubes de conceptos principales, así como redes de principales códigos y categorías en el Software ATLAS. ti 2023.

Se elaboraron tablas tetracóricas como instrumentos de organización de información para el análisis del contenido semántico de las entrevistas, utilizando las macrorreglas textuales descritas por Teun A. Van Dijk (3).

RESULTADOS

Del total de informantes clave, 8 fueron mujeres y 6 fueron hombres, 9 estudiaron medicina, y los legisladores estudiaron: psicología, derecho, pedagogía, veterinaria y contaduría. Se observaron posturas con conocimientos suficientes e insuficientes y actitudes favorables y desfavorables hacia el derecho a la salud.

Los encuentros se organizaron en *4 subgrupos* (conocimientos suficientes y actitudes favorables, conocimientos suficientes y actitudes desfavorables, conocimientos insuficientes y actitudes favorables, conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables) y se consideraron *6 categorías del derecho a la salud* (Concepto descrito en la Observación General 14 (4), Marco Jurídico, Sujetos de derecho, Ratificación del PF-PIDESC por México, Justiciabilidad y Capacitación). Se elaboró una tabla organizativa por categoría, sólo a manera de ilustración y como forma de organizar el pensamiento para iniciar la discusión y análisis.

En un primer momento se esperaba que todo el grupo, o al menos la mayoría, tuviera conocimientos suficientes y actitudes favorables del derecho a la salud, no obstante, si se tuvieran que resumir los hallazgos de esta investigación como si éstos pudieran representar los conocimientos y actitudes del universo de estudio, se tendría que decir que quienes diseñan y operan las políticas de salud en la Ciudad de México tienen conocimientos insuficientes, pero muestran actitudes favorables hacia el derecho a la salud.

Aunque el gobierno local inició capacitación en derechos humanos desde el 2019, en el momento de realizar este trabajo se observó que este esfuerzo no ha sido suficiente, y que aún existen actores en posiciones clave que no tienen claro el derecho ni reconocen el sentido amplio del derecho a la salud.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

Si bien, actualmente hay un gobierno nacional y local que le apuesta al derecho a la salud, se reconoce que la modificación a la Ley de Salud de la Ciudad de México es apenas un parteaguas que tiene

que traducirse en reformas de la normativa más concreta, en reglamentos en forma de funcionamiento, así como de implementación y la comprensión de los actores que son sujetos obligados y sobre todo de quienes son sujetos de derecho.

Tenemos la esperanza de que las reformas de salud que seguramente serán implementadas a escala federal en los siguientes años incorporen una visión amplia sobre el derecho a la salud y permitan al país caminar hacia la promoción de la salud; que consideren los recursos aplicados para garantizar los DESC (y ratificar el PF-PIDESC) no como pasivos en las finanzas públicas sino como inversiones públicas sociales capaces de lograr el más alto nivel de salud, entendida como la meta-capacidad de los individuos y los colectivos para controlar su proceso vital humano con calidad, autonomía, plenitud, longevidad y dignidad.

REFERENCIAS

- (1) López-Moreno S, López-Arellano O. El derecho a la salud como derecho humano fundamental. In: Universidad Autónoma Metropolitana, editor. La salud y su atención, investigación y experiencias. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2019. p. 17-41.
- (2) Carrasco-Nájera K, Rivera-Romano LS. Derecho a la salud en la Ciudad de México [tese de maestría na Internet]. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2024 [citado 2024 mar 1]. Disponible em: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/46803>.
- (3) Van Dijk TA. Ideología y análisis del discurso. Utopía Prax Latinoam. 2005;10(29):9-36.
- (4) Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC). Observación general 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud [Internet]. Ginebra: ONU; 2000 [citado 2024 mar 1]. Disponible em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>.

EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL: PERSPECTIVA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD CRÍTICA

Andrea Elizabeth Araujo Saldivar¹

INTRODUCCIÓN

Los Derechos Sexuales (DS) y Derechos Reproductivos (DR) son un conjunto de derechos fundamentales. Los DS abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios. Mientras que, los DR se basan en decidir de manera libre y responsable el número de hijos, a disponer de información y de medios para ello (1).

Según la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la educación es uno de los prerequisites fundamentales para la salud (2). De esta manera, abordar la SS y SR desde la educación y que esta sea integral permite a los jóvenes proteger y promover su salud, bienestar y dignidad al ofrecerles las herramientas necesarias en materia de conocimientos, actitudes y habilidades. La educación sexual integral (ESI) es condición previa para ejercer plena autonomía corporal, lo que exige no sólo el derecho de tomar decisiones sobre el propio cuerpo, sino también la información para la toma de decisiones (3).

OBJETIVO

Las acciones que se llevaron a cabo buscan atender de manera integral las necesidades en salud de adolescentes y jóvenes adultos, promoviendo el aprendizaje y procesos de reflexión a través de la creación de espacios seguros y de confianza. El contenido se aborda no sólo como información que se deposita en los sujetos, sino como un recurso transformador que potencia las capacidades humanas y permite tomar decisiones que contribuyan a su bienestar.

DESARROLLO

Las estrategias que implementamos fueron: brindar información, promover la escucha atenta, la práctica reflexiva, dinámicas interactivas y lúdicas. Llevamos a cabo talleres y cine análisis acerca de los diversos temas relacionados a la SS y SR: en los talleres iniciamos con dinámicas de integración grupal, presentamos el tema en diapositivas de Power Point. Durante y al final de la exposición abrimos espacios para participaciones, si desean compartir sus experiencias, reflexiones o preguntas. También realizamos dinámicas, como: juego de lotería, stop y twister adaptada a conceptos de SS y SR; en cuanto al cine análisis, nos dedicamos al diseño, implementación y evaluación de cada sesión. En las sesiones primero exponemos la problemática, enseguida presentamos la película o cortometraje y al final llevamos al proceso de reflexión mediante preguntas guía.

1 Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. andelizabetharaujo@gmail.com

A modo de reflexión y lo que se pudo observar en todo este proceso de intervención, es primero, el reconocer que en México existe poco contenido de SS y SR en los programas académicos y esto sucede desde el nivel básico hasta el nivel superior, aún cuando son estudios de pregrado enfocados a la salud, como aquellas que son del área de ciencias biológicas y de la salud, así como algunas otras de sociales que también tienen su papel esencial, y que el poco contenido se reduce a lo biológico, basado en los órganos sexuales internos y externos, métodos anticonceptivos y métodos de barrera, lo cual parece ser insuficiente para que cada una de las personas viva su sexualidad de manera informada, libre y segura.

También, el personal a cargo de las escuelas nos compartieron algunas situaciones que han observado en diferentes instituciones por ejemplo: que las y los docentes no les interesa hablar de SS y SR, y que algunos han comentado que debería ser responsabilidad de los padres, madres o tutores; que cuando se habla acerca de la menstruación, solamente la aborda como proceso fisiológico, lo cual puede generar efectos negativos en la salud de las mujeres y personas menstruantes puesto que históricamente han existido tabús respecto al sangrado menstrual y por consecuencia se pueden presentar problemas en el proceso salud-enfermedad- atención y cuidado o que lleguen a sentir culpa o vergüenza simplemente por el hecho de menstruar, entre otras afectaciones.

Durante las intervenciones, las y los participantes mostraron un interés constante, involucrándose activamente al compartir sus pensamientos, saberes, emociones, experiencias, sentimientos, dudas, inquietudes y reflexiones. Además, mostraron un respeto mutuo hacia cada uno de los participantes y hacia las facilitadoras. Igualmente, recibimos numerosos comentarios de agradecimiento por nuestra participación, con la invitación de crear más espacios como este de manera más frecuente.

CONCLUSIONES

Los aprendizajes que he adquirido como promotora de la salud son significativos, ya que, en este proceso, también he profundizado en los contenidos de la ESI. Además, el rol de facilitadora me ha permitido conocer e implementar estrategias pedagógicas que favorecen tanto el aprendizaje como la reflexión sobre temas que, en nuestras sociedades, siguen cargados de prejuicios y que están determinados por las estructuras de poder y dominación.

La ESI basada en el conocimiento de los DS y DR y en equidad de género permite que cada sujeto viva su sexualidad de forma responsable, autónoma y sin violencia. Es fundamental reconocer que la ESI es necesaria para todas las personas y que debe iniciarse en la niñez y adaptada a cada etapa de la vida. Por último, reconocer que la SS y SR trasciende la simple información es uno de los grandes retos de nuestra sociedad pues se trata de construir herramientas que permitan a cada persona vivir plenamente su sexualidad.

REFERENCIAS

- (1) Ipas Centroamérica y México A.C. De la teoría a la acción en salud sexual y salud reproductiva de adolescentes [Internet]. Ciudad de México: Ipas; 2021 [citado 5 febrero 2025]. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/DeLaTeoriaAccionSSyRAdolescentes/lpasCAM2021-Tomo4-Digital.pdf>
- (2) Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OPS;1986 [citado 25 enero 2025]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- (3) Fondo de la Población de las Naciones Unidas. Educación Sexual Integral [Internet]. 2021 [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/educaci%C3%B3n-sexual-integral>

EL DERECHO A LA SALUD BUCAL EN LOS ESPACIOS LABORALES. ¿UN DERECHO O UNA UTOPIA?

Estela M. Cenci¹

Jorge A. Kohen

PRESENTACIÓN

El espacio laboral constituye una realidad compleja, donde coexisten y se manifiestan simultáneamente un conjunto de procesos que afectan la salud, pero también es un espacio donde se potencian las capacidades de los sujetos de realizarse (1).

Las deficiencias en salud bucal (ej.: falta de elementos dentarios, caries, mal aliento, enfermedad de encías, lesiones en mucosas, el compromiso articular, etc.) es de alto impacto físico y psicológico en la persona laboralmente activa, ya que entorpece su comunicación, altera la relación con sus pares, afecta el trabajo en equipo, y esto provoca gran estrés, desencadena desgaste y una real disminución de la capacidad laboral (2).

La boca y sus estructuras también forman parte de procesos inmunológicos y nutricionales que participan activamente en la dinámica del complejo proceso de equilibrio Salud-Enfermedad. Los procesos inflamatorios bucodentales exponen a muchas mujeres a un parto prematuro o un bajo peso al nacer. Enfermedades crónicas como la diabetes, obesidad, enfermedades gástricas, cardíacas, pulmonares, mentales, se exacerban con las afecciones bucales y se comprometen las funciones vitales como las digestivas por una automedicación imprudente (3).

OBJETIVO

El propósito de este artículo es hacer visible una problemática oculta dentro de los espacios de trabajo como lo es la falta de registro del estado bucodental de trabajadores en los exámenes médicos de ingreso, periódicos y de reubicación.

Además, poner en evidencia la dificultad al acceso de la salud que tiene el trabajador formal, como también a la atención y resolución de sus problemas bucales, ya sea por su escasa cobertura, o a que estas patologías no están reconocidas dentro del ámbito de los riesgos del trabajo

METODOLOGÍA

En el 2021, la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución sobre salud bucodental en la que se recomendó abandonar la tradicional lógica curativa y adoptar una lógica de promoción y

1 Miembro de la Red de Salud Bucal ALAMES Argentina. Docente de la Especialidad de Medicina del Trabajo UNCuyo – mail: cenci.estela.64@gmail.com

preventiva, incluida la promoción de la salud bucodental en la familia, la escuela y el lugar de trabajo, y que incluya una atención oportuna, integral e inclusiva dentro del sistema de atención primaria (4).

Las afecciones bucales no están contempladas como enfermedad profesional dentro del Sistema de Riesgos del Trabajo en Argentina. (Decreto 658/96, 1996) Han sido ajena de toda mención las patologías y procedimientos diagnósticos para lesiones del componente bucal y su relación con el macizo cráneo-facial y el eje vertebral. Para el Comité Consultivo Permanente las enfermedades bucodentales de origen laboral han quedado fuera de toda consideración (5).

Las patologías orales, están ampliamente diseminadas en el planeta, aunque generalmente no matan, si excluyen, humillan y dejan una cicatriz, una inscripción tanto corporal como simbólica, dejando al descubierto las inequidades en salud y reflejando el fuerte componente social del proceso (5).

RESULTADOS

En los equipos interdisciplinarios que confeccionan las evaluaciones anuales a los trabajadores, los odontólogos, generalmente no participan, y si lo hacen, determinan solo la preexistencia de lesiones bucales con el fin de destrabar trámites administrativos para los casos de accidentes laborales.

En la Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo (ESST) se agrupan las enfermedades de origen profesional en dos anexos. El Anexo I contiene las Enfermedades Profesionales Identificadas y Reconocidas. En el Anexo II, contempla una Lista Complementaria de Enfermedades, cuyo origen “se sospecha”. En él, se mencionan patologías donde no se puede certificar si la dolencia es atribuible exclusivamente a la tarea que realiza el trabajador (6).

Dentro de la “lista complementaria” y en una subdivisión de enfermedades provocadas por agentes químicos tan solo la caries se encuentra. (Caries dental debido al trabajo por ej.: en industrias del chocolate, del azúcar, de la harina) (6).

CONCLUSIONES

Este modelo de evaluación se basa en el paradigma dominante actual y tiende a minimizar las patologías orales mediante un enfoque reduccionista y positivista.

Se centra en la valoración del riesgo a través de un análisis de probabilidad de ocurrencia, considerando al individuo de manera aislada y sin tener en cuenta su contexto social. Omite el concepto de vulnerabilidad en el acceso a la salud, lo que dificulta visibilizar la complejidad de los problemas bucales que enfrentan los trabajadores, los cuales están profundamente influenciados por las inequidades y desigualdades sociales (7).

Quedan olvidadas y desconsideradas, las enfermedades periodontales, las alteraciones por posturas de trabajo y las disfunciones en el Sistema Estomatognático (8).

Una acción física como una mala postura durante el desempeño laboral o la insatisfacción en el espacio de trabajo son causantes de estrés que desencadenan otra enfermedad emergente como es el bruxismo (9).

Muchas lesiones relacionadas con el macizo cráneo-facial y el eje vertebral son generadas por las actividades laborales, el modo de producción flexible, alargamiento de la jornada de trabajo, la informática, la robótica, la uberización, el home office y recientemente la Inteligencia Artificial, hacen que las exigencias derivadas de los cambios productivos deban ser considerados como elementos fundamentales de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo que impactan en la salud del trabajador ante la presión y las exigencias de la vida laboral moderna (10).

Estamos mundialmente en presencia de transformaciones profundas en los procesos productivos y en las relaciones laborales. Asistimos a la transición del Capitalismo Productivo Financiero Globalizado al Capitalismo Cognitivo y de Plataformas. Esto condiciona y determina la configuración del proceso de trabajo, las políticas de salud, de producción de cuidados que deben ser prioritarios para la investigación científica y los servicios de salud (10).

La práctica odontológica se encuentra abocada al trabajo sobre las consecuencias de la enfermedad y no sobre las causas que la determinan. Esto nos coloca en una disyuntiva con nuestra formación académica que parte de una observación de la realidad fraccionada y reducida de la boca (11). Todos estos factores se suman para la inviabilidad de pensar y discutir la salud bucal dentro de los espacios de trabajo y con el modelo asegurador actual.

Debemos politizar la problemática bucal. Su abordaje constituye un hecho político, económico y social de alto impacto individual y colectivo. Debe reunir el compromiso de todos los espacios intervinientes para que se implementen estrategias en promoción, prevención y rehabilitación de la salud bucal del trabajador de manera integral y oportuna.

REFERENCIAS

1. Betancourt O. Cambios en el mundo del trabajo. In: Navas M, Betancourt O, Orbe M, Puente C, Chavez H, editores. Servicios integrales de salud y seguridad en el trabajo. Quito (EC): Editorial Universitaria; 2021. p. 305.
2. Cenci E. Convocando a la boca en los espacios laborales para la integralidad en salud del trabajador. Condiciones de trabajo y salud laboral: hacia un enfoque complejo, integrado y crítico [Internet]. 2020 [citado em 16 out. 2025]. Disponible em: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/17049/45-cenci-ponencia-ed.pdf.
3. Cenci E. Odontología y salud bucal laboral: una deuda pendiente desde el sistema de salud y los derechos del trabajador en Argentina [Internet]. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo; 2019 [citado em 16 out. 2025]. Disponible em: <http://www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/articulos/index/odontologia-y-salud-bucal-laboral-una-deuda-pendiente-desde-el-sistema-de-salud-y-los-derechos-del-trabajador-en-argentina>.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). 74.ª Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. 2021 [citado em 16 out. 2025]. Disponible em: <https://www.who.int/es/about/governance/world-health-assembly/seventy-fourth-world-health-assembly>.

5. Cenci E. Otra forma de sujeción social. Soberanía Sanitaria. 2018; 2(5): p. 24-26.
6. Stefanoni J. Guía para la valoración del daño odontológico en salud ocupacional. Buenos Aires: Dosyuna Ediciones Argentinas; 2013.
7. Breilh J. La epidemiología crítica. Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva. 2010; 6: p. 83-101.
8. Cenci E. Condiciones de trabajo y salud laboral: hacia un enfoque complejo, integrado y crítico [Internet]. 2020 [citado em 16 out. 2025]. Disponible em: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/17049/45-cenci-ponencia-ed.pdf.
9. García-Morán M, Gil-Lacruz M. El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud [Internet]. 2016 [citado em 16 out. 2025]. Disponible em: <https://www.redalyc.org/journal/1471/147149810001/html/>.
10. Kohen J, Colovini M, Candia L, Blajos A, Marro M. El hilo rojo de la pandemia: la voz de los trabajadores de la salud colectiva y la comunidad. Rosario: HomoSapiens Ediciones; 2022.
11. Cenci E. Salud bucal y odontología [Internet]. 2021 [citado em 16 out. 2025]. Disponible em: <https://cvl.bdigital.uncu.edu.ar/fichas.php?idobjeto=17216>.

EN DEFENSA DEL DERECHO AL AGUA DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN: NO A LA EXPLOTACIÓN MINERA. UNA EXPERIENCIA DE LUCHAS POPULARES EN REPÚBLICA DOMINICANA

Brinia Cabrera¹

Maria Magdalena Garcia Rodriguez

Rafael Montero de Oleo

Estiben Aybar

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

La provincia de San Juan, en la República Dominicana, ha sido históricamente un área de interés para la explotación minera debido a sus ricos recursos naturales. Sin embargo, esta actividad ha generado un creciente conflicto con las comunidades locales debido a sus impactos adversos en el medio ambiente y la salud pública. La minería, particularmente la extracción de oro y otros minerales, ha acentuado la preocupación por la contaminación de fuentes hídricas y la reducción de la calidad del agua, esencial para el sustento de las poblaciones cercanas. La lucha en defensa del derecho al agua se ha intensificado en los últimos años, destacándose un proceso de movilización social organizado por diversas comunidades y grupos ecologistas. Este trabajo presenta una visión integral de las luchas populares que se han desarrollado en la provincia, abordando los desafíos que enfrentan las comunidades para preservar sus recursos hídricos y el bienestar social.

OBJETIVO

Analizar las luchas populares de la provincia de San Juan en defensa del derecho al agua, frente a la amenaza de la explotación minera, evaluando los impactos ambientales y sociales en la región.

METODOLOGÍA

Este estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, combinando técnicas de investigación documental y de campo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a líderes comunitarios, activistas y expertos en medio ambiente, complementadas con un análisis de documentos oficiales y reportes de organizaciones ecologistas. Además, se efectuaron visitas de campo a las zonas afectadas por la minería para observar de manera directa los efectos de la actividad extractiva sobre las fuentes de agua y las condiciones de vida de las comunidades. A través de un análisis comparativo con casos internacionales de luchas similares, se buscó contextualizar las estrategias adoptadas por los habitantes de San Juan para resistir la explotación minera y defender su derecho al agua.

RESULTADOS

Los resultados del estudio muestran que las comunidades de San Juan han desarrollado una resistencia activa contra la explotación minera, destacándose la organización de asambleas populares y

¹ Docente Escuela Salud Publica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Santo Domingo, Reciento Santiago. E-mail: brinia_cabrera@hotmail.com

protestas masivas, las cuales han logrado visibilizar a nivel nacional e internacional los efectos negativos de la minería en el acceso y la calidad del agua. Los testimonios recogidos indican una creciente preocupación por la contaminación de los ríos y acuíferos locales, lo que ha desencadenado un proceso de concienciación y movilización entre la población. A nivel ambiental, se documentaron casos de alteración de las fuentes hídricas, como la contaminación por metales pesados y el agotamiento de recursos. La resistencia también se ha fortalecido mediante la cooperación con organizaciones no gubernamentales y actores internacionales, quienes han apoyado la causa a través de campañas de sensibilización y presión política. Sin embargo, la lucha sigue siendo desigual debido a la influencia política y económica de las empresas mineras.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

La defensa del derecho al agua en San Juan se ha convertido en un ejemplo de resistencia frente a la explotación minera en la República Dominicana. Las movilizaciones populares han demostrado ser un mecanismo eficaz para sensibilizar a la opinión pública sobre los riesgos de la minería, pero también evidencian la necesidad de fortalecer las políticas públicas para proteger los recursos naturales. Si bien la lucha ha generado logros importantes, persisten desafíos en términos de la implementación de leyes ambientales más estrictas y la garantía de derechos fundamentales como el acceso a agua potable. Se recomienda continuar el apoyo a las comunidades afectadas mediante acciones legales y educativas, así como la promoción de alternativas económicas sostenibles que no comprometan el bienestar ambiental y social de la región.

REFERENCIAS

- (1) Gómez J. Impacto de la minería en los recursos hídricos: el caso de la provincia de San Juan. *Rev Dom Medio Amb.* 2019;32(4):120–35.
- (2) Martínez A, Rodríguez M. Luchas populares y derechos ambientales en América Latina: lecciones del conflicto en San Juan. Santo Domingo: Editorial Ecología y Desarrollo; 2021.
- (3) Pérez L, Sánchez F. Minería y salud en la República Dominicana: análisis de riesgos y alternativas. Santo Domingo: Centro de Investigación y Acción Ambiental; 2020.
- (4) UNICEF. El derecho al agua en América Latina: un enfoque desde la justicia social. Panamá: Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2018.
- (5) Castillo J. La minería en San Juan y su impacto en las fuentes de agua: un análisis urgente. *El Caribe* [Internet]. 2020 abr 15 [citado 2024 mar 20]. Disponible em: <https://www.elcaribe.com.do>
- (6) Ramírez D. Luchas sociales por el agua en la República Dominicana: resistencia frente a la minería. *Diario Libre* [Internet]. 2021 maio 2 [citado 2024 mar 20]. Disponible em: <https://www.diariolibre.com>
- (7) Vargas E. Estrategias de movilización popular contra la minería en San Juan. *Listín Diario* [Internet]. 2019 ago 7 [citado 2024 mar 20]. Disponible em: <https://www.listindiario.com>

ENTRE LACUNAS, TENSÕES E TRAVESSIAS - ESTRATÉGIAS DE CUIDADO INTEGRAL A SITUAÇÕES DE ABORTO COSTURADAS POR COLETIVOS FEMINISTAS NA RELAÇÃO COM O SUS

Luanda de Oliveira Lima¹

Ana Paula de Andrade Lima Viana

Marília Freire

Nanda Isele Gallas Duarte

Rebeca Mendes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A partir da confirmação de uma gravidez, as mulheres brasileiras contam com linhas de cuidado integral no SUS, com protagonismo da Atenção Primária à Saúde (APS) organizando itinerários de serviços para distintas situações. No entanto, se há interrupção desta gestação, interrompem-se as linhas de cuidado, ao contrário do que orienta a OMS (1). Isso acontece apesar do aborto ser um evento comum(2) na vida das mulheres e de pessoas que gestam. Neste cenário, atravessado ainda pela criminalização e pelo estigma relacionado ao aborto, interessa-nos conhecer as estratégias de organizações feministas brasileiras para a construção de práticas de cuidado e acolhimento nessas situações e compreender como esta atuação se relaciona com os serviços do SUS, em especial a APS.

O papel fundamental de ativistas, coletivos e grupos feministas na luta por direitos sexuais e reprodutivos e pelo acesso seguro ao aborto envolve, além da articulação local, nacional e internacional em campanhas de comunicação e *advocacy*, ações de acolhimento e cuidado para apoiar a tomada de decisão de mulheres e pessoas que gestam sobre suas vidas e saúde. As experiências que são o foco deste trabalho emergem neste contexto, no Brasil. Desde os anos 1980, Grupo Curumim, o Humaniza Coletivo Feminista e o Projeto Vivas vêm trilhando caminhos que se entrelaçam e que os colocam em relação com serviços de saúde do SUS.

OBJETIVO

Conhecer estratégias ativistas de cuidado integral e feminista às situações de aborto e compreender como estas estratégias interatuam com os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a Atenção Primária à Saúde (APS). Bem como refletir sobre as estratégias desenvolvidas pelos grupos para prover cuidado e acolhimento em situações em que a rede não se faz presente.

1 Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz (IFF/Fiocruz) / Grupo de Pesquisa Gênero, Reprodução e Justiça (RepGen).
E-mail: luanda.ol@gmail.com

METODOLOGIA

A partir do reconhecimento, junto com Lugones (3), dos movimentos feministas e das mulheres como sujeitas epistêmicas e protagonistas de seus saberes e práticas, convidamos representantes da coordenação das organizações Humaniza Coletivo Feminista, Grupo Curumim e Projeto Vivas a participar de duas rodas de conversa virtuais. Os grupos colaboram com a pesquisa *Cuidado Integral às situações de aborto na Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS*, coordenada pelo IFF/Fiocruz e pela EEAN/UFRJ. Os encontros foram realizados entre dezembro de 2024 e fevereiro de 2025, orientados por perguntas disparadoras previamente compartilhadas. Aqui, nos debruçamos sobre um recorte dos resultados, buscando compreender como as estratégias de cuidado a situações de aborto desenvolvidas pelos coletivos se relacionam com os serviços de saúde do SUS, em especial a Atenção Primária à Saúde. O texto é resultado da leitura das transcrições, análise e escrita conjuntas, conformando autoria compartilhada com os movimentos que dão vida às estratégias aqui compartilhadas, discutidas pelos eixos da justiça reprodutiva, da integralidade do cuidado e de uma perspectiva feminista comunitária e decolonial.

RESULTADOS

Grupo Curumim, Humaniza Coletivo Feminista e Projeto Vivas são, respectivamente, coletivos de Recife, Amazonas e de escopo nacional. Criados a partir de mobilizações feministas entre os anos 1980 e 2020, os grupos contam com canais diretos de comunicação por diferentes meios. Chegam a esses canais pessoas em distintas situações em busca de informações, inclusive meninas, mulheres e pessoas com gravidezes indesejadas, vivenciando ou não situações elegíveis ao aborto legal.

Amparadas em protocolos baseados em evidências e expertises desenvolvidas ao longo dos anos, as equipes praticam escuta sem julgamento, diálogo e aconselhamento, com informações sobre direitos e serviços de referência. Em casos de aborto legal, avaliam diferentes estratégias a depender do contexto, fornecendo informações que encurtam o trajeto em busca do acesso ao direito.

Também dialogam com equipes de saúde, defensorias públicas e outras instituições, formando redes de circulação de informação e apoio entre usuárias, serviços de referência, órgãos do judiciário e movimentos sociais. Diálogo fundamental na sensível relação que se estabelece com os serviços, que ora posiciona os coletivos como aliados, ora como antagonistas. Nesse sentido, está a estratégia de mapeamento de serviços objetores de consciência, que atendem de forma discriminatória ou buscam obstaculizar o aborto legal. Mapeiam-se, afinal, as possibilidades de desviar de violências.

O papel fundamental que a APS poderia cumprir no itinerário de cuidado em situações de aborto é unânime para as ativistas. Mas a experiência prática até aqui tem demonstrado que há um despertencimento dos serviços deste nível de atenção aos processos de cuidado a situações de aborto, que opera lacunas e até repressão a mulheres nessas situações.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A ação dos três grupos movimenta-se em estruturas relacionais de políticas públicas (4), entre complementaridades, tensões e instituições de novas tecnologias de cuidado. Seja ao encurtar caminhos na atenção ao aborto legal ou em iniciativas de redução de danos, os coletivos incidem sobre as atuais práticas de cuidado ao aborto no SUS ao mesmo tempo em que suscitam o alargamento do repertório e coordenação destas práticas.

Nesse sentido, as estratégias tensionam o modelo fragmentado, territorialmente insuficiente, medicalizado e carente de formação, a partir da relação com o próprio modelo, produzindo uma travessia (3) entre mundos distintos, um de ausência e acesso precário aos serviços para outro de justiça reprodutiva e cuidado em rede e territorial. Atendem, assim, ao chamado à ação (5) para que o nível de atenção primária à saúde, por sua territorialidade e atributos essenciais, cumpra seu papel de cuidado integral centrado nas necessidades das pessoas em situação de aborto.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Abortion care guideline: executive summary [Internet]. Geneva: WHO; 2022 Jan [citado 2025 out 30]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
- (2) Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey - Brazil, 2021. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2023 jun;28(6):1601–6. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.06062023>
- (3) Lugones M. Colonialidad y género. Tabula Rasa. 2008 jan-jun [citado 2025 maio 10];(9):73–101. Disponível em : http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-24892008000200006&script=sci_abstract
- (4) Abers RN, Silva MK, Tatagiba L. Movimentos sociais e políticas públicas: repensando atores e oportunidades políticas. Lua Nova: Revista de Cultura e Política. 2018 set;(105):15–46. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-015046/105>
- (5) Maia MN. Oferta de aborto legal na atenção primária à saúde: uma chamada para ação. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2727–2727. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2727](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2727)

ENVEJECIMIENTO GLOBAL: DESAFÍOS Y ESTRATEGIAS PARA LA SALUD ACTIVA DE LA TERCERA EDAD

Olga Lucía Jape Collins¹
Alexia Yocaira Jape Collins

PRESENTACIÓN / INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno global sin precedentes, con profundas implicaciones en la salud pública y los sistemas sanitarios. Según Naciones Unidas, en 2024, el 9,54 % de la población mundial tiene 65 años o más, y se estima que en 2050 alcanzará el 22,1 % (1). Este incremento poblacional está acompañado por un aumento en la esperanza de vida, la cual se proyecta en 78,6 años para 2050 (1). Sin embargo, esta longevidad prolongada no siempre se traduce en una mejor calidad de vida, ya que los adultos mayores enfrentan múltiples barreras en el acceso a la salud, la protección social y la inclusión en la sociedad.

Las políticas de envejecimiento activo han cobrado relevancia en la agenda global, con iniciativas enfocadas en promover la autonomía, la participación social y la prevención de enfermedades crónicas. No obstante, persisten barreras estructurales como el edadismo, la desigualdad en la atención geriátrica y la escasa formación de especialistas en geriatría y otras de importancia para este grupo etario en países de ingresos bajos y medios. Es fundamental comprender estos desafíos y proponer estrategias integrales para garantizar un envejecimiento saludable y con calidad de vida.

OBJETIVO

Analizar las tendencias del envejecimiento poblacional a nivel global y regional, con especial énfasis en América Latina y el Caribe, identificando los desafíos en promoción de salud activa en la tercera edad. Además, evaluar la oferta de formación especializada en geriatría y disciplinas afines, para proponer estrategias que contribuyan al fortalecimiento de políticas públicas y programas de atención integral dirigidos a esta población en el marco de los determinantes sociales de la salud.

METODOLOGÍA

El enfoque metodológico de esta investigación es un diseño documental, descriptivo, no experimental. El estudio inició con una fase exploratoria para profundizar en el problema central tras la elección de términos de búsqueda distintivos con el uso de operadores booleanos, con análisis de fuentes secundarias disponibles, obtenidas en las bases de datos EBSCO host, Google Scholar, Pubmed, MEDLINE. Posteriormente, se llevó a cabo una fase descriptiva mediante una exhaustiva

¹ Universidad Autónoma de Santo Domingo / Fundación Etikos / Asociación Latinoamericana de Medicina Social República Dominicana. E-mail: ojape92@uasd.edu.do

revisión bibliográfica selectiva que abarcó casos documentados, intervenciones exitosas, políticas de salud pública y programas para mejorar la salud activa en la tercera edad. La metodología hipotético-deductiva fue la asumida tras esa revisión, estableciendo conexiones lógicas entre teorías existentes y evidencias recopiladas, orientando hacia propuestas audaces.

RESULTADOS

El análisis reveló un crecimiento acelerado de la población mayor en América Latina y el Caribe, con un aumento proyectado del 8,7 % en 2023 al 16,3 % en 2050 ⁽¹⁾. Sin embargo, persisten desigualdades en el acceso a la atención sanitaria y un déficit de especialistas. En República Dominicana, la disponibilidad de plazas para residencias en geriatría ha fluctuado: 10 en 2022, 15 en 2023 y 14 en 2024, mientras que Medicina Familiar y Comunitaria, clave en la atención primaria de adultos mayores, disminuyó de 203 en 2022 a 191 en 2023 (3).

La OMS destaca que el edadismo limita el acceso de los adultos mayores a servicios de salud, afectando su calidad de vida ⁽⁴⁾. La promoción de la salud mediante actividad física y prevención de enfermedades crónicas como obesidad y diabetes es fundamental (2,4). No obstante, la explotación laboral y marcos legislativos desfavorables siguen siendo obstáculos (2,4,5).

El incremento de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y trastornos neurodegenerativos resalta la necesidad de fortalecer la atención geriátrica. Estrategias como la promoción de actividad física y la inclusión social han mostrado impactos positivos en la salud activa de la tercera edad. Programas de ejercicio adaptado y redes comunitarias han reducido la fragilidad y mejorado la autonomía funcional de los adultos mayores (2,4,5).

En el mundo desarrollado, muchos adultos mayores abandonan la fuerza laboral formal en sus últimos años, pero siguen contribuyendo en la economía informal o el voluntariado. Aunque no existe una razón fisiológica que impida trabajar más tiempo, la expectativa de jubilación influye en las decisiones laborales (2,4).

CONCLUSIONES / CONSIDERACIONES

El envejecimiento poblacional plantea desafíos urgentes que requieren políticas públicas sostenibles y equitativas. Es fundamental fortalecer la formación en especialidades clínicas relacionadas, ampliar el acceso a servicios de salud integral y erradicar el edadismo en la atención clínica. Se deben promover estrategias intersectoriales que garanticen la participación de las personas mayores en la sociedad, fomentando la educación en salud y la prevención de enfermedades crónicas.

Asimismo, la implementación de modelos de atención centrados en la persona, con enfoque en la atención primaria, puede contribuir a mejorar la calidad de vida y el bienestar de esta población. Invertir en programas de salud pública, aumentar la capacitación de profesionales especialistas de la salud física y mental y mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios son medidas para afrontar los

retos del envejecimiento. La coordinación entre gobiernos, organismos internacionales y la sociedad civil será determinante para garantizar un envejecimiento digno, saludable y equitativo.

REFERENCIAS

- (1) Waites M. The age of consent: young people, sexuality and citizenship. New York: Palgrave Macmillan; 2005. 285 p.
- (2) Lowenkron L. (Menor)idade e consentimento sexual em uma decisão do STF. Rev Antropol. 2007;50(2):713–45. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-77012007000200007>
- (3) Fernandes C, Rangel E, Díaz-Benítez ME, Zampiroli O. As porosidades do consentimento: pensando afetos e relações de intimidade. Sex Salud Soc (Rio J). 2020;(35):165–93. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.09.a>
- (4) Jacobs MG, Boing AC. Travel as a barrier to abortion provided by law access: Brazil, 2010–2019. Rev Bras Saude Mater Infant. 2022;22(4):843–51. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040007>
- (5) Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey – Brazil, 2021. Ciênc Saúde Coletiva. 2023 jun;28(6):1601–6. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>

ESCASSEZ DE RECURSOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ENTRAVES PARA A EFETIVAÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL

Mayana Carneiro da Silva¹

Brenna Araújo Félix

Joice Oliveira Machado

Vitória Karoline Gonçalves Silva

Andreza Araújo da Silva Lima

Juliana Alves Leite Leal

Marcio Costa de Souza

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é a porta de entrada preferencial aos serviços de saúde, formada por uma equipe multiprofissional, abrangendo trabalhos de natureza interprofissional como estratégia na garantia do cuidado integral dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (1). Nesse sentido, espera-se, que a atenção aos usuários seja de forma integral, a partir de uma relação entre equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a equipe multiprofissional existentes em alguns municípios, bem como, fortalecimento de uma relação intersubjetiva com os usuários da unidade (2). Contudo, a efetividade desse processo, possui entraves que dificultam o exercício na prática de forma resolutiva. Entre as quais, evidenciou-se a carência de recursos e insumos dentro de uma lógica pautada na acessibilidade e na realidade apresentada na região.

Assim, apontou-se a falta de mobilidade da equipe em localidades mais remotas como questão a ser referenciada de maneira a impedir que haja o acolhimento àqueles usuários sem condições de visitar a unidade e/ou que residem em locais de difícil acesso. Ademais, o financiamento inadequado também inviabiliza a produção do cuidado integral, demonstrando a importância de discutir de forma permanente sobre esta questão que tem sido um obstáculo estrutural para os avanços no que tange o cuidado integral e resolutivo da população.

OBJETIVO

Compreender as barreiras existentes nos serviços de saúde para a efetividade do cuidado interprofissional, sob a ótica de profissionais como: enfermeiras, nutricionistas, psicóloga, agente comunitário de saúde, dentistas, fisioterapeutas, assistente social, técnicos de enfermagem, técnico em saúde bucal, além de possibilitar a criação de meios que alterem esse cenário de forma positiva.

1 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: myannadasilva.10@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório fundamentada no materialismo histórico-estrutural-dialético. O campo de estudo foi um município do centro norte da Bahia com a presença o antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família, atual equipe multiprofissional. Participaram 18 trabalhadores, dentre as quais, da equipe de Saúde da Família e da equipe multiprofissional com no mínimo seis meses de atuação. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas no aparelho móvel e transcritas no Microsoft Word 2013. A análise dos dados seguiu a Análise Temática com leitura exaustiva e identificação dos sentidos reunidos em núcleos temáticos, formando uma categoria empírica. Os resultados foram interpretados em uma planilha mediante a construção de uma síntese horizontal, observando convergências e divergências das entrevistas à luz do referencial teórico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), por meio do parecer consubstanciado no CAAE 72938923.7.0000.0057 conforme Resolução 466/2012 e a de nº 510/2016.

RESULTADOS

A experiência relatada nas entrevistas ilustrou os dilemas da escassez de recursos no atendimento integral, relacionando o desprever de transportes para o deslocamento de equipes e a carência de insumos financeiros. Nesse contexto, a unidade ao não possuir o meio adequado de transportar esses trabalhadores e garantir que de fato ocorra o atendimento regional em sua totalidade, seja nas unidades satélites ou em visitas domiciliares, nega a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), indo de encontro com os princípios doutrinários e organizativos. Logo, é preciso que haja recursos disponíveis para uma mobilidade concreta da equipe sem impasses, de modo que esse entrave seja superado e a integralidade do cuidado no contexto contemporâneo seja posto em evidência nas reuniões.

Outrossim, a interprofissionalidade além de técnica eficaz para a resolutividade na atenção integral, exercita também o planejamento organizacional em ato, na busca de cada vez mais, tornar a unidade um ambiente acolhedor e de construção de saberes para além do que já se aplica. Todavia, a carência de materiais impede a concretude dessa visão interprofissional, de modo a não contribuir com a permanência desse vínculo essencial e não despertar nos usuários o interesse de ser participativo em ações e campanhas contribuintes à saúde e ao conhecimento adquirido. Portanto, tem-se a necessidade em provocar a discussão da temática trazendo vistas às incongruências e garantindo que o investimento adequado seja disponibilizado para a compra de materiais e insumos fundamentais na fragilidade dos vínculos, assim como, nos planos para articulações interprofissionais em busca de aprimoramentos na unidade de saúde.

CONCLUSÃO

A existência de barreiras nos serviços de saúde é uma realidade que impossibilita a efetivação do cuidado integral, a partir da escassez de recursos essenciais para a completude da resolutividade,

princípio assegurado pelo SUS, que prevê soluções adequadas para as demandas de saúde de forma satisfatória. Nesse sentido, o estudo expõe os entraves encontrados, com o intuito de mitigá-las e fomentar a discussão, a fim de que haja a elaboração de estratégias e ações que viabilizem o acesso às unidades em relação às instâncias dos profissionais e dos trabalhadores. Por fim, a imprescindibilidade da pesquisa alberga os desafios que impedem a potencialidade de uma atenção interprofissional, com vistas a um futuro cuidado capaz de ser efetivamente integral.

REFERÊNCIAS

- (1) Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família: um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018;42(spe1):18-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
- (2) Sá SCM, Santos EAC, Silva NB, Chaves BSC, Lira SCS. Desafios e potencialidades da atuação da equipe multiprofissional na Atenção Primária em Saúde. *Saúde Colet (Barueri)*. 2021;11:4918-29. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i61p4918-4929>

“EXPERIENCIAS DE MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE LOS ANDES, RESPECTO AL EJERCICIO DE SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. CHILE, 2024”

Daisy Del Rosario Iturrieta Henríque¹

David Andrés Saavedra Cordero²

Antonia Valentina Mellado Vidal²

Alejandro Esteban Herrera Vergara²

Francisca Fernanda Arcaya Pérez²

Diego Ignacio Zaied Morales²

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

La cárcel ha sido definida, como todo aquello que nos mantiene alejados del goce pleno de nuestra libertad. En ella confluyen dimensiones de análisis, como la dimensión política, económica e ideológica-cultural, lo que sin duda permite transparentar este espacio como un subsistema social, en el cual los derechos han sido relegados a un plano de menor importancia (1). En este sentido, la investigación se sitúa específicamente desde el marco teórico de “Los Derechos Sexuales y Reproductivos”, el enfoque de género que propicia una reflexión en torno a las desigualdades y brechas que han sido construidas históricamente y que de manera hegemónica siguen aminorando el ejercicio de derecho de las mujeres y de manera particular de las que tienen mayores capas de vulnerabilidad y el enfoque de corresponsabilidad del cuidado, tensionando el rol del Estado y de los distintos actores sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en contexto de encierro (2). En este sentido, se puede dar cuenta que para garantizar el acceso a la salud de las mujeres privadas de libertad requiere, de la articulación multilateral de las reparticiones del Estado, debido a la naturaleza de las cárceles siempre habrá responsabilidades compartidas de los distintos actores y sectores que entran en juego en la protección y ejercicio de los Derechos Fundamentales (3).

OBJETIVO

Analizar la experiencia del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres privadas de libertad del Centro de Cumplimiento Penal de la ciudad de Los Andes (CCP LA) en el año 2024.

METODOLOGÍA

Dado el contexto de estudio (cárcel) y sus limitaciones en el acceso al trabajo de campo, este fue desarrollado desde un enfoque cualitativo con un diseño narrativo(4). Las técnicas de recolección

1 Académica- Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Chile. E-mail: daisy.iturrieta@uv.cl

2 Estudiante, Carrera de Medicina, Universidad de Valparaíso. Chile

de información utilizadas fueron la observación semiestructurada y entrevistas grupales desarrolladas a través de Círculos de reflexión, titulados “YO y mis Derechos Sexuales y Reproductivos”. Los instrumentos utilizados fueron: cuadernos de campo por cada investigador y una pauta de preguntas desarrolladas en una bitácora personal. Participaron un grupo de diecisiete mujeres privadas de libertad. Las categorías apriorísticas del estudio fueron: Ejercicio del Derecho a decidir de forma libre sobre el cuerpo y la sexualidad, a ejercer y disfrutar plenamente la vida sexual, a decidir con quien compartir la vida y la sexualidad, al respeto de la intimidad y la vida privada, a vivir libre de violencia sexual, a la libertad reproductiva, a los servicios de salud sexual y reproductiva. Se analiza el contenido temático de las categorías apriorísticas y emergentes. El estudio fue aprobado por el comité de ética del Servicio de Salud Aconcagua.

RESULTADOS

Las mujeres privadas de libertad en el CCP LA conciben sus derechos sexuales y reproductivos como parte de su dignidad y autonomía personal. En sus relatos afirman el derecho a decidir sobre sus cuerpos, a decir “no” a relaciones no deseadas y a ser madres o no según su voluntad, incluso dentro del encierro.

Sin embargo, emergen serias brechas entre esa conciencia de derechos y la realidad carcelaria.

En cuanto al ejercicio del Derecho a decidir de forma libre sobre el cuerpo y la sexualidad, las mujeres refieren la pérdida y vulneración de este derecho, al verse sometida su decisión y deseos al criterio de Gendarmería y sus funcionarios.

En las experiencias relatadas respeto de la intimidad y la vida privada se describe la escasa proximidad a la vida sexual, aludiendo a las vulneraciones de su intimidad. Solo una minoría accede a visitas íntimas; para lo cual describen criterios de selección y la mayoría enfrenta abstinencia forzada debido a la normativa vigente y prejuicios institucionales. Quienes no tienen pareja reconocida se ven doblemente limitadas. Incluso los vínculos entre internas sufren estigmatización y burlas del personal, coartando así su libertad sexual.

“aquí no puedo ejercer mis deseos sexuales; para tener pareja hay que cumplir requisitos que exige el penal” (Mujer participante)

Respecto del derecho al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Según las experiencias de las mujeres se relata la carencia o inaccesibilidad a atención en salud sexual y reproductiva como controles ginecológicos y métodos anticonceptivos, de forma permanente.

“... no hay matrona, no hay médico, no hay remedios[...]me hicieron mamografías y eco mamaria pero aún no me llegan los resultados, ya van 3 meses esperando” (Mujer participante)

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

Los hallazgos del estudio permiten visibilizar la necesidad de reformar las políticas penitenciarias con enfoque de género y derechos humanos. El Estado debe garantizar que, aún en prisión, las mujeres accedan a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva (controles ginecológicos periódicos, anticoncepción, higiene menstrual) y puedan ejercer su intimidad mediante visitas conyugales en condiciones dignas y sin discriminación. Igualmente, urge capacitar al personal penitenciario en este ámbito, con el fin de erradicar prejuicios y asegurar un trato respetuoso, protegiendo la privacidad, dignidad y derechos de las mujeres. La privación de libertad no puede traducirse en privación de derechos. Garantizar a las mujeres encarceladas una vida sexual y reproductiva digna es un deber ineludible del Estado y un imperativo ético-político. Lo anterior hace un llamado a humanizar las cárceles y reafirmar que la dignidad de cada mujer tras las rejas debe ser garantizada, cuidada y protegida.

REFERENCIAS

- (1) Antony C. Las cárceles femeninas en América Latina. Nueva Sociedad [Internet]. 2007 [citado 2025 maio 15]. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/las-carceles-femeninas-en-america-latina/>
- (2) Gutiérrez M. Salud sexual y reproductiva en contextos de encierro. Santiago de Chile; 1994.
- (3) Harp E. Estudio sobre el acceso a la salud sexual y reproductiva en cárceles de mujeres en Argentina. Buenos Aires; 2019.
- (4) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Plan de Mejoras Carcelarias: condiciones carcelarias de mujeres privadas de libertad. Buenos Aires; 2023.
- (5) Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender: recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.

GESTÃO EBSEH NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS - INDICADORES NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES NO ES

Leandra Maria Borlini Drago¹

Francis Sodré

INTRODUÇÃO

Sob a perspectiva que os hospitais universitários, como espaço de formação e serviço, atravessado pelas políticas de educação e saúde, se encontravam obsoletos na estrutura física, deficitários em recursos humanos e inábil na administração das fontes financeiras, o governo federal inicia em 2003 uma sequência de medidas em prol da reestruturação dos hospitais de ensino, modificando-os no processo de certificação, contratualização com a rede de serviços, pactuação junto ao governo federal e fonte de financiamento.

Em dezembro de 2011, a Lei 12.550 cria a empresa estatal EBSEH, com as atribuições de coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais; o apoio técnico na melhoria da gestão; e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para as filiais (1). A adesão das Universidades ocorreu de forma gradativa: em 2013, as primeiras 22 Universidades assinavam o contrato de gestão, e em 2024 chega-se ao total de 45 adesões de um total de 51 hospitais universitários federais.

OBJETIVO

Descrever as alterações que a gestão EBSEH apresenta sobre indicadores do HUCAM, passados mais de 10 anos de adesão entre Universidade e empresa estatal.

METODOLOGIA

Trata-se de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, por meio da estratégia de estudo de caso, numa pesquisa documental, a partir do levantamento de dados secundários e de domínio público. Foram selecionados indicadores que apresentem o cenário do HUCAM em 2013 na gestão direta e em paralelo com 2023, sob gestão da estatal EBSEH, como número de leitos, composição de recursos humanos e número de consultas/procedimentos. Utilizou-se de análise documental seguida da análise de conteúdo dos dados colhidos junto à página da empresa estatal, enquanto domínio público.

RESULTADOS

A EBSEH é hoje a maior estatal do Brasil em número de empregados. Soma uma força de 42078 empregados públicos e outros 16521 servidores estatutários atuantes nos hospitais. Ofertou em 2024 o total de 8,5 mil leitos, 6,1 milhões de consultas e 203,8 mil cirurgias (1) [2024].

1 Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: leandra.borlini@ufes.br

Sob a promessa de alcance de melhor eficiência na assistência e na formação, iniciou em abril/2013 o plano de reestruturação entre HUCAM e a empresa estatal. O organograma passou por remodelação substancial destacando uma cadeia hierárquica. Diferente da gestão anterior, fica demarcada a relação de compartimentação das decisões, com ampliação significativa de lideranças – uma mudança na estrutura organizacional que define as diferentes posições e níveis de poder dentro do hospital de ensino (2).

Dados secundários de 2023 apontam que em relação ao HUCAM de 2013 não houve aumento do número de leitos e manteve-se o número de consultórios, a despeito da reposição da força de trabalho no HUCAM, com a chegada de 1451 empregados públicos, que leva à extinção dos vínculos precários das atividades fim, como questionavam os órgãos de controle pré-criação da EBSEH. Entre 2013-2022 o HUCAM manteve reforma dos ambulatorios e da área hospitalar, criou espaços novos para o Hospital Dia, Farmácia, Ouvidoria, Refeitório, CTI, Unidade de Emergência, Banco de Leite e Unidade de Nutrição. Criou setores de apoio à assistência como serviço de Qualidade, Vigilância, Auditoria e Planejamento. Modernizou o parque tecnológico na assistência e equipou área específica para o ensino com salas de apoio, simulação e auditório. Manteve parcela de seus gestores sob capacitação e teve como produtos projetos como elaboração do planejamento estratégico institucional, gestão da alta, giro leito e circuito cirúrgico (2, 3).

CONCLUSÕES

Os dados pré e pós adesão permitem inferir a ampliação substancial de recursos humanos no HUCAM, ao passo da redução de leitos e consultas no mesmo período.

O HUCAM de 2013 cede lugar para uma nova instituição. Com a mesma estrutura física e inserido no sistema de saúde sob prerrogativas de formação em saúde, recebe novos profissionais, insere categorias profissionais antes não presentes, inicia o planejamento de seus processos de trabalho, inserindo novas práticas, sistematização e informatização dos dados, numa performance do mundo empresarial no âmbito da saúde pública.

Um processo lento (já passados 12 anos) dentro da perspectiva de eficiência e melhoria de gestão. A despeito das mudanças aqui descritas voltadas aos recursos humanos, aquisição de insumos e parque tecnológico institucional – como pontos considerados decisivos na justificativa de adesão a outro formato de gestão sobre os HUs públicos federais – observa-se que os números referentes à produtividade da assistência permanecem.

REFERÊNCIAS

- (1) Ministério da Educação (BR). Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Brasília: Ministério da Educação; 2022 [citado 2025 mar 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/sobre-os-hospitais-universitarios-federais>
- (2) Ministério da Educação (BR). Hospitais Universitários: HUCAM-UFES. Brasília: Ministério da Educação; 2022 [citado 2025 mar 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hucam-ufes>
- (3) Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (BR). Relatório gerencial dos HUFs 2019–2022. Brasília: EBSERH; 2022 [citado 2025 mar 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/publicacoes/relatorio-gerencial-dos-hufs-2019-2022.pdf>

IMPACTO DEL COVID-19 SOBRE LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DESDE LA VISIÓN DE LOS PRESTADORES DE SALUD EN MÉXICO 2019-2022

Irene Margarita Parada-Toro¹

Juan Filemón Maldonado-Hernández

Margarita Márquez-Serrano

INTRODUCCIÓN

A nivel global en 2020, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en mujeres en su etapa reproductiva, más de 800 mujeres y niñas mueren diariamente a causa de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, lo que se traduce en un total de 287,000 muertes maternas, el 95% se produjo en países de ingresos bajos y medios y el 8% de los partos hospitalarios presentaron complicaciones (1). En América Latina estudios señalan que para junio del 2020 en la región se produjeron más de 100 muertes maternas relacionadas al COVID-19 de un total de 2291 contagiadas con COVID-19. Para 2022 en la región de Latinoamérica demostró que a pesar de que al inicio de la pandemia los informes médicos reportaron que las mujeres embarazadas no tenían mayor riesgo de sufrir resultados adversos al COVID-19, los análisis posteriores han demostrado que las mujeres embarazadas e infectadas por el virus tenían más probabilidad de ser admitidas en cuidados intensivos que las no embarazadas (2). En México durante la pandemia del COVID-19, los sistemas de salud restringieron los recursos y servicios de salud a la prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles (ENT), lo que supuso un mayor riesgo de enfermarse por esta causa. Los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) no quedaron excluidos de esta reducción, se debilitaron los 4 pilares fundamentales de los servicios de SSR, (Disponibilidad, Recursos y Equipamiento, Demanda y Acceso a los servicios de salud), lo que trajo como consecuencia un aumento de las muertes maternas y embarazos no intencionales (3).

OBJETIVO

Presentar desde la percepción de actores políticos en salud ¿cómo afectó la pandemia al incremento de la mortalidad materna y cuál fue la respuesta del sistema de salud? Para ello se seleccionaron los estados con mayor porcentaje de muertes maternas en el 2022.

METODOLOGÍA

Estudio transversal, mediante un análisis secundario de datos de la Dirección General de la Secretaría de Salud (DGIS): Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna (4). El universo todas las muertes maternas (MM), presentadas de junio 2019 a junio 2020, unidad de análisis los estados de Chiapas, Estado de México, Veracruz, Jalisco y Guerrero.

1

Instituto Nacional de Salud Pública – Ciudad de Mexico. E-mail: ireneprd@gmail.com

Componente Cuantitativo: Se calculó la razón de mortalidad materna y porcentaje de muertes materna por COVID-19.

Componente Cualitativo: Estudio de caso que utilizó la perspectiva 'Framework'(5). Así como el modelo etnográfico (6), la selección de los entrevistados se utilizó la técnica de muestreo de caso crítico (7), el número de entrevista dado por el método de saturación teórica (8), se entrevistaron a: jefes de departamento de salud reproductiva y directivos: del Instituto Nacional de Perinatología y de la Dirección General de Salud Materna y Perinatal, pertenecientes a la Secretaría de Salud. Recolección de datos construcción construyeron entrevistas semiestructuradas, Las entrevistas se realizaron vía internet con una duración de aproximadamente 45 minutos, previo a obtener el consentimiento informado por escrito.

RESULTADOS

Cuantitativos: La RMM 2019-2021 aumento de 35.5 a 59.2 respectivamente la mayor cantidad de muerte ocurrió en el grupo etario de 19 a 34 años (64.5%), el 21.5% el grupo de 25 a 29 años y 0.5% de las muertes fueron en adolescentes de 10 a 14, el % de muertes en la población femenina indígena fue 12%. **Cualitativo:** Los todos los actores entrevistados consideraron que el COVID-19 aumento la mortalidad materna en relación con la reconversión hospitalaria fue una estrategia nacional que dejo expuesta a la población a la población con otras comorbilidades y a la población embarazada. Hubo desconocimientos de la enfermedad e inasistencia a los controles de embarazo debido a la reconversión de los centro, ausentismo y disminución de la plantilla laboral, déficit de equipo de protección. Muchos de los entrevistados coincidieron que el apoyo recibido a nivel federal fue escaso y sin una claridad para liderar la situación. Unas de las acciones que se realizaron a nivel institucional fue difusión de flujo gramas de atención. Otro de los comentarios fue que el país ni la Secretaría de salud tanto a nivel federal como estatal no estaba preparada para este tipo de evento y la participación a nivel federal fue poca para la atención de la M.M. Dentro de los cambios que les gustaría plantear fue La regionalización de los servicios de salud sobre todo en el segundo y tercer nivel, el uso de la telemedicina y la búsqueda intencionada de pacientes de alto riesgo obstétrico a través de brigadistas. Que elegirían líderes en salud materna con habilidades gerenciales y liderazgo, educación para la salud, enfocar la atención primaria a la salud y la prevención.

CONCLUSIONES

La pandemia tuvo un impacto en el aumento de las M.M La enfermedad cuenta con una alta velocidad de diseminación durante el embarazo y puerperio requiere atención especial por complicaciones en comparación con el grupo de mujeres no embarazadas. Las acciones que realizaron tanto las entidades federativas como en los niveles federales se basaron prácticamente en las reconversiones hospitalarias, difusión por medios masivos y redes sociales, elaboración de protocolos de atención. Falta de equipamiento, especialidades, personal y áreas de atención de emergencia obstétrica, de espacios para las mujeres embarazadas dado las reconversiones completas de los hospitales.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna [Internet]. Comunicado de prensa; febrero 2023 [citado 2024 jun]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- (2) Maza-Arnedo F, Paternina-Caicedo A, Sosa CG, Mucio B, Rojas-Suarez J, Say L, Cresswell JA, De Francisco LA, Serruya S, Pulido DC, Urbina L, Saint Hilaire E, Munayco CV, Gil F, Rousselin E, Contreras L, Stefan A, Velásquez Becerra A, Degraff E, Espada F, Conde V, Mery G, Alvarez Casta VH, Torres Umbarila AL, Talavera Romero L, Rodríguez Alfonso Y, Lovato Silva A, Calle J, Díaz-Viscensini C, Bataglia Frutos V, Vysokolan Laguardia E, Padilla H, Ciganda A, Colomar M. Maternal mortality linked to COVID-19 in Latin America: results from a multi-country collaborative database of 447 deaths. *Lancet Reg Health Am*. 2024 Mar;31:100705. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100705>.
- (3) Syed U, Kinney MV, Pestvenidze E, Vandy AO, Slowing K, Kayita J, *et al*. Advancing maternal and perinatal health in low- and middle-income countries: a multi-country review of policies and programmes. *Front Glob Womens Health*. 2022;3:909991. DOI: <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.909991>.
- (4) Secretaría de Salud (México). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Informe semanal de información epidemiológica 52 de notificación inmediata de muerte materna. 2021 [revisado dic 2024 10]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/690500/MM_2021_SE52.pdf
- (5) Mayernik M. Evaluating domain analysis as a philosophical framework for information science [Internet]. 2011 [citado 2024 dic 10]. Disponible en: http://polaris.gseis.ucla.edu/mmayerni/Birger_Hj%F8rland_Paper.pdf
- (6) Cotán Fernández A. El método etnográfico como construcción de conocimiento: un análisis descriptivo sobre su uso y conceptualización en ciencias sociales. *Rev Educ Univ Málaga*. 2020;1:83–103 [citado 2024 jul 12]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7246053>
- (7) Ortega-Bastidas A. ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. *Interciencia*. 2020;45(6):293–9.
- (8) Rhiry-Cherques RH. Satura: o em pesquisa qualitativa, estimativa empírica de dimensionamento [Internet]. *Rev PMKT*. 2009 [citado 2025 maio 10];4(8):20–7. Disponible en: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf

IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE FORMACIÓN DE PARES EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN BASURÚ, CHOCÓ, COLOMBIA

Jhon Sebastián Patiño Rueda¹

Honorio del Carmen Buendía Rengifo

Jovana Alexandra Ocampo Cañas

Edwin Mauricio Ospina Burbano

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

La comunidad afrocolombiana de Basurú, ubicada en el corregimiento de Istmina (Chocó, Colombia), enfrenta graves inequidades en salud sexual y reproductiva (SSR), reflejadas en altas tasas de embarazo adolescente (73/1000 en mujeres de 15-19 años), analfabetismo (14.46% en mayores de 7 años) y morbilidad perinatal (1). Estos desafíos se agravan por condiciones estructurales como el desplazamiento forzado (50.52% de la población), pobreza extrema (83.89% con necesidades básicas insatisfechas) y acceso limitado a servicios de salud (12.95% sin aseguramiento) (1). Estudios previos señalan que el conocimiento en derechos sexuales y reproductivos (DSDR) se asocia con mejoras en la SSR, y las Estrategias de Formación de Pares (EFP) han demostrado efectividad en este ámbito (2). Este estudio implementó una EFP co-construida con la comunidad, bajo el enfoque de Investigación Acción Participativa (IAP), para empoderar a las mujeres en DSDR, considerando su contexto cultural y las dinámicas del conflicto armado que históricamente han afectado la región.

OBJETIVO

Implementar y evaluar una estrategia de base comunitaria para la formación de pares en DSDR en mujeres afrocolombianas del corregimiento de Basurú (Istmina, Chocó) durante 2021-2022. La intervención priorizó la co-construcción participativa de materiales educativos adaptados al contexto local, con el fin de mejorar los conocimientos en SSR y fortalecer la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud.

METODOLOGÍA

El estudio empleó la Investigación-Acción Participativa (IAP) (3) como metodología para co-construir una Estrategia de Formación de Pares (EFP) en derechos sexuales y reproductivos (DSDR). Este proceso incluyó tres fases: investigación (identificación de líderes comunitarias y priorización de temas en talleres participativos), educación (diseño iconográfico validado en dos ciclos con la

¹ Línea de Investigación en Sistemas de Salud, Infancia, Género, Interculturalidad y Enfermedades Tropicales, Grupo de Investigación en Salud Pública, Educación Médica y Profesionalismo Médico, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Bogotá DC, Colombia. E-mail: js.patino155@uniandes.edu.co

comunidad) y acción (piloto de la estrategia con 36 mujeres). Se desarrolló un rotafolio pedagógico con 14 temas organizados en ejes transversales, derechos sexuales y reproductivos, acompañado de una guía para facilitadores con actividades lúdicas.

Al igual, se evaluó el impacto de la EFP mediante un diseño cuasi-experimental antes/después. Se aplicó una encuesta de conocimientos en DSDR (40 ítems, Alpha de Cronbach=0.83) a 67 mujeres antes de la intervención y a 36 después, analizando diferencias mediante regresión lineal.

RESULTADOS

Se realizaron cinco talleres participativos con 4 a 40 mujeres por sesión, priorizando 14 temas clave como acoso, métodos anticonceptivos, partería y diversidad sexual. Estos se organizaron en un rotafolio con tres ejes (transversales, derechos sexuales y reproductivos), validado en dos ciclos de ajustes gráficos y temáticos. Cada tema incluyó preguntas introductorias, definiciones comunitarias, recomendaciones y actividades lúdicas, como juegos de roles y dinámicas grupales, integradas en una guía del facilitador y en un rotafolio (ver rotafolio co-construido en el siguiente enlace).

El pilotaje de la con 36 mujeres mostró un aumento significativo de 1.85 respuestas correctas en DSDR ($p=0.001$), destacando mejoras en reconocimiento de derechos sexuales (p.ej., identificación de abuso sexual: +19.82%, $p=0.013$) y métodos no convencionales (calendario: +46.05%, $p<0.001$; temperatura basal: +22.05%, $p=0.020$). No obstante, hubo disminuciones en conocimientos sobre ETS, como la identificación errónea de candidiasis como ETS (-20.65%, $p=0.029$). La evaluación cuantitativa, con un instrumento de 41 preguntas (Alpha de Cronbach=0.83), reflejó limitaciones en la muestra no emparejada y en la focalización temática de la estrategia. La participación de líderes comunitarias en todas las fases aseguró la adaptación cultural y la apropiación del conocimiento, evidenciado en la validación iterativa de materiales y la integración de prácticas ancestrales como la partería.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

Las metodologías participativas, como la Investigación Acción Participativa (IAP), se destacan por incluir a los actores como investigadores activos en la construcción de intervenciones en salud pública. En Basurú, Istmina, Chocó, se desarrolló una Estrategia de Formación Participativa (EFP) sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (DSDR), co-construida con la comunidad y adaptada al contexto local. Los productos obtenidos (Rotafolio, Guía del Facilitador y Materiales Didácticos) lograron mejorar los conocimientos en DSDR.

La EFP mostró resultados positivos en la apropiación social del conocimiento sobre SSR. Se recomienda diseñar instrumentos específicos para evaluar efectivamente los conocimientos adquiridos y abordar temas no tratados en profundidad, como enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos, para optimizar futuros resultados.

REFERENCIAS

- (1) Alcaldía de Istmina. Análisis de la situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud: Municipio de Istmina–Chocó. Istmina; 2022.
- (2) Blanco Pereira ME, Padrón Jordán M, González Pachón L, Sánchez Hernández TB, Medina Robainas RE. Educación para la salud integral del adolescente a través de promotores pares. *Med Electrón*. 2011;33(3):349–59.
- (3) Balcázar FE. Investigación acción participativa (IAP): aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundam Humanid Univ Nac San Luis*. 2003;4(7–8):59–77.

INFLUÊNCIA DE FATORES SOCIOECONÔMICOS E RACIAIS NAS INTERVENÇÕES VIVENCIADAS POR PARTURIENTES DURANTE SEU TRABALHO DE PARTO E PARTO

Beatriz Machado Silva¹

Taís Fontoura de Almeida

Helene Nara Henriques Blanc

Cássia Quelho Tavares

Milena Batista Carneiro

INTRODUÇÃO

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expresse por meio de relações desumanizadoras e da patologização dos processos naturais, resultando em perda da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida delas (1). O uso de novas tecnologias e procedimentos na hora do nascimento veio de forma a tornar esse momento mais seguro, porém, no cenário obstétrico atual, as pessoas que parem estão vivenciando altas taxas de intervenções tais como: episiotomia, restrição alimentar e manobra de kristeller, que não deveriam ser usadas, mas tornaram-se práticas de rotina. Esse excesso de intervenções, nesses momentos, podem deixar marcas nelas para o resto da vida (2).

A desigualdade racial pode ser observada no contexto do trabalho de parto e nascimento, no qual pessoas pretas e pardas têm mais chances de serem submetidas a intervenções desnecessárias, influenciando na via do nascimento e na qualidade da assistência (3). Pessoas que gestam vão à maternidade em busca de um atendimento humanizado e qualificado, mas encontram, por muitas vezes, um cenário de violências e desigualdades. É preciso reconhecer o problema e implementar mudanças, com práticas mais benéficas e menos intervenções que possam ser prejudiciais para o binômio mãe-bebê (4).

OBJETIVO

Estabelecer a relação entre raça e renda com intervenções vivenciadas por parturientes durante trabalho de parto e parto que indicam violência obstétrica em um hospital público de uma cidade do norte fluminense.

1 Centro Multidisciplinar UFRJ Macaé. E-mail: beatrizmachados1009@gmail.com

METODOLOGIA

Este estudo, aprovado no comitê de ética no número CAAE: 58042822.3.000.5699, é quantitativo do tipo descritivo e transversal. A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2022 e junho de 2024, sendo a população analisada: pessoas com mais de 18 anos, no puerpério mediato que tenham parido na rede pública de Macaé. O instrumento de coleta de dados foi um questionário, contendo perguntas acerca das intervenções experienciadas no nascimento e sobre dados socioeconômicos e raciais, distribuído de maneira presencial, com questões de múltipla escolha.

Foram entrevistadas 383 puérperas, sendo que, 28,20% se autodeclararam pretas, 47,52% se autodeclararam pardas e 18,28% se autodeclararam brancas; 13,58% declaram ter a renda menor que um salário mínimo e 47,26% declaram ter a renda de 1 a 4 salários mínimos. Para avaliar a associação entre as intervenções e os fatores socioeconômicos e raciais será utilizado o teste qui-quadrado de independência seguido pela análise dos resíduos de Pearson.

RESULTADOS

Foram consideradas quatro intervenções presentes no questionário: Impedida de se movimentar; Realização de episiotomia; Livre acesso a alimentação e água e Realização da manobra de Kristeller que foram associadas a identificação racial e a renda familiar. Das associações feitas, foi constatado que oito mulheres foram impedidas de se movimentar, duas delas se autodenominam pretas, uma amarela, quatro pardas e uma indígena e mais da metade possui uma renda entre um e quatro salários mínimos. Nove mulheres relataram que sofreram episiotomia, sendo quatro delas pretas e quatro pardas. Além disso, mais da metade possui uma renda menor que quatro salários mínimos. Das mulheres entrevistadas, 184 (48,04 %) não tiveram livre acesso à alimentação e à água, sendo que mais de 50% se autodenominam como mulheres negras (pretas ou pardas) e possuíam uma renda menor que quatro salários mínimos. Por último, 22 mulheres passaram pela manobra de Kristeller, sendo que mais de 50% se autodenominam como mulheres negras (pretas ou pardas) e possuíam uma renda menor que quatro salários mínimos.

CONCLUSÕES

Portanto, a violência obstétrica contra pessoas pretas e pardas aumenta desigualdades históricas e reforça discriminações, desumanizando essas pessoas e evidenciando uma exclusão social que compromete sua saúde física e emocional. Como visto nos resultados, mais da metade das mulheres que sofreram alguma violência se autodenominavam como pretas ou pardas, e possuem uma renda familiar inferior ao necessário para seu sustento, isso mostra como o racismo e a desigualdade socioeconômica ainda se faz muito presente na realidade delas, que vão à maternidade em busca de um momento único e especial e acabam se deparando com essas violências.

A pesquisa visa entender sobre como a raça e a renda dessas gestantes podem influenciar nas intervenções vivenciadas, compreendendo quais ações podem ser tomadas para melhorar a experiência

dessas pessoas durante seu trabalho de parto e parto, gerando mais debate e conhecimento para um aprimoramento do cenário obstétrico atual.

REFERÊNCIAS

- (1) IFF/Fiocruz. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente [Internet]. Violência obstétrica: conceitos e evidências; [citado 2025 mar 13]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2025 mar 13]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretrizes/ddt_assistencia_partonormal.pdf
- (3) Alves G, Lopes R, Cabral J, Moreira A, Cecílio J, Batista A. Relação entre iniquidades raciais e violência obstétrica no parto. Rev Cien Esc Est Saúde Pública Goiás “Cândido Santiago” [Internet]. 2023 [citado 2025 mar 13]; 9(9d3):1–19. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/download/547/312>
- (4) Lima K, Pimentel C, Lyra T. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. Ciênc. saúde coletiva . 2021 nov; 26(Suppl 3):4909–18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>

INFORME DE LA EXPERIENCIA DE TRABAJO COLABORATIVO ENTRE UN SINDICATO Y UNA UNIVERSIDAD

Roselia Arminda Rosales Flores¹

María del Carmen Ortega²

Andrés Becerra³

INTRODUCCIÓN

Presentamos un informe acerca de la experiencia del trabajo colaborativo entre un sindicato y una universidad pública para el estudio de condiciones de salud con el propósito de desarrollar actividades y acciones orientadas a mejorar la salud de sus trabajadores^{1,2}. En este trabajo, se articulan los propósitos de los actores, por un lado, los de la universidad, que cumple con la función de vinculación/investigación para generar y transferir conocimiento; y por otro, los de los actores que pertenecen al gremio y buscan espacios de elección popular para llevar a cabo esos cambios. El trabajo colaborativo con los sindicatos permite plantear estrategias de acción encaminadas a lograr los cambios necesarios para mejorar las condiciones de salud de sus trabajadores. Estas colaboraciones permiten intensificar la investigación sobre la salud de los trabajadores con un enfoque que busca aprehender la complejidad del problema y realizar acciones integrales. Con este informe acerca de nuestra experiencia queremos proporcionar un instrumento a quienes —profesionales y trabajadores— se proponen participar en trabajos colectivos para generar conocimiento sobre la salud en el mundo del trabajo.

OBJETIVO

Describir la construcción colectiva del diseño y las técnicas de generación y análisis de información.

METODOLOGÍA

Inicio del Proyecto En el año de 2021, llegan a formar parte del sindicato un grupo de actores sociales surgido de un movimiento social progresista con el objetivo de hacer transformaciones desde esa organización. En ese año, se establece el contacto con la universidad y un grupo de profesores/investigadores. **Diseño y Planificación:** El trabajo de diseño y formulación del protocolo de investigación y cronograma consistió en cuatro fases. Esta propuesta se revisó y ajustó a partir de las mesas de trabajo realizadas con el sindicato. Al final, de esos trabajos quedó planteado de la siguiente forma: (1) Prueba piloto y evaluación diagnóstica, (2) Jornada de salud, Asesoría nutrición y promoción de la salud

1 Profesora investigadora Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Autor principal. E-mail: roselia.rosales@uacm.edu.mx

2 Titular de la cartera de Asuntos técnicos de la Asociación Sindical de Sobrecargos de Aviación de México.

3 Titular de la cartera de Comunicación social Asuntos técnicos de la Asociación Sindical de Sobrecargos de Aviación de México.

individuales, (3) Pláticas de especialistas, (4) Aplicación de encuesta larga y diseño de aplicativo, (5) Transferencia del conocimiento.

Implementación del Proyecto: A través de un convenio se formalizó la colaboración entre las autoridades de la universidad y el sindicato. Una vez establecido este vínculo, el proyecto dio inicio formal. **Prueba Piloto:** La encuesta de prueba piloto incluyó 86 preguntas divididas en 8 apartados, utilizando instrumentos validados que abarcan varios ítems (3). Los apartados indagaron sobre: (1) Datos sociodemográficos y condiciones materiales de vida (4), (2) Cuestionario de Burnout (21 reactivos)(5), (3) Condiciones laborales del puesto laboral (53 preguntas)(3), (4) Prácticas, conductas y hábitos relacionados con estilos de vida saludable e higiene del sueño, Inventario de Beck para Ansiedad(6) (21 reactivos), Inventario de Beck para Depresión (21 ítems)(7), Cuestionario de Fatiga Mental y Física de Yoshitake (30 reactivos)(9), Evaluación de trastornos de sueño: somnolencia, ingesta de sustancias, problemas al dormir, Antecedentes hereditarios, Antecedentes personales patológicos. **Encuesta Diagnóstica:** Se diseñó y difundió una encuesta llamada “Diagnóstica”, la cual estuvo conformado por: (1) Datos sociodemográficos (5 preguntas), (2) Percepción de salud (6 preguntas abiertas y cerradas), (3) Antecedentes hereditarios Antecedentes personales patológicos (13 preguntas dicotómicas), (4) Condiciones laborales (11 preguntas abiertas y cerradas), (5) Implicaciones de la fatiga en la vida cotidiana (8 preguntas tipo Likert), (6) Higiene de sueño (3 preguntas abiertas), (7) Crianza (2 preguntas abiertas). La encuesta se realizó en la plataforma de Google forms y se difundió por correos electrónicos. Se encriptaron los datos de correos electrónicos para guardar la confidencialidad y anonimato. **Jornada de salud:** En esta fase se realizaron medidas antropométrica y bioquímicas de los participantes. Se realizó trabajo colaborativo con el laboratorio de Biología Molecular de la universidad y pasantes de la licenciatura de promoción de la salud y nutrición de la salud. **Formulación y Diseño de aplicativo (en proceso).** Se realiza para que los agremiados tengan resultados de sus condiciones de salud en la perspectiva de real data. Utilizando la tecnología y en conjunto con la licenciatura en Ingeniería en Software de la Universidad se están realizando las pruebas para su implementación y transferencia del conocimiento. Estos cuestionarios permitirán a los participantes acceder a información personal sobre su salud y estrategias de prevención y promoción individuales.

RESULTADOS

Hasta el momento, se han completado tres fases que han permitido caracterizar el perfil sociodemográfico y laboral de los/las agremiados/as. Se entregaron resultados individuales y asesoría nutricionales a quienes lo solicitaran. La prueba piloto. En esta fase participaron 10 agremiados lo cual permitió obtener información sobre cómo continuar con el proyecto de investigación. Para los agremiados es útil activar un sistema de guardado ya que no tienen tiempo, formas de difusión del proyecto, adaptar preguntas al contexto específico de los trabajadores. mostró como resultado principal Fatiga mixta y relacionado estadísticamente con los vuelos 6x4. En la prueba diagnóstica la participación fue de 585. La preguntas abiertas mostraron la preocupación de los participantes por su salud y la problemática con las condiciones laborales, En la jornada de salud participaron 341 personas,

representando una muestra significativa y mostraron problemas con el metabolismo de las grasas. En el aplicativo las respuestas fueron de 75 personas. Empezamos la última fase con el sindicatos para entregar dos productos como transferencia de conocimiento: el software con la encuesta que podrán aplicar cuando lo deseen y un cuaderno de trabajo para reflexionar de manera colectiva e individual sobre sus condiciones laborales e implicaciones en su salud.

CONCLUSIONES

Desde una perspectiva colectiva, este informe detalla las condiciones de salud de la población estudiada. Es relevante destacar que la muestra obtenida es estadísticamente significativa, lo que refuerza la validez de los resultados obtenidos. Asimismo, se ha garantizado la confidencialidad y el anonimato durante todo el proceso de toma de muestras y recolección de datos, ya que los datos personales fueron vinculados a un folio único que se utiliza en la base de datos y seguirá siendo el identificador a lo largo del proyecto. Los datos personales solo se utilizaron para la entrega de los resultados individuales y no están accesibles ni para las responsables del proyecto ni para los representantes del sindicato.

REFERENCIAS

- (1) Noriega M. El trabajo, sus riesgos y la salud. En: Noriega M, editor. En defensa de la salud en el trabajo. México: SITUAM; 1989. p. 5-12.
- (2) Laurell AC. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1993. (Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000; n. 2).
- (3) Noriega M, Franco J, Martínez S, Alvear G, Villegas J, López J. Evaluación y seguimiento de la salud de los trabajadores. México: Serie Académico CBS/UAM; 2001.
- (4) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. México: INEGI; 2021 [citado 2025 out 30]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- (5) Gil-Monte PR, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*. 1999;11(3):679-89.
- (6) Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-7.
- (7) Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*. 2003;14(3):249-80.
- (8) Magán I, Sanz J, García-Vera MP. Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *Span J Psychol*. 2008;11(2):626-40. DOI:10.1017/S1138741600004637.
- (9) Moncada S, Llorens C, Kristensen TS. La evaluación de la fatiga laboral: adaptación del cuestionario de Yoshitake. Barcelona: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1998.

INSTRUMENTOS À LUZ DAS DIRETRIZES DA OMS

Gabriela Fabris¹

Felipa Rafaela Amadigi

INTRODUÇÃO

O aborto inseguro permanece como uma das principais causas evitáveis de morbimortalidade materna na América Latina, onde três em cada quatro procedimentos ocorrem em condições precárias (1). A criminalização do aborto não impede sua prática, apenas a torna clandestina e perigosa, o que compromete a saúde pública, dificulta a produção de dados e impede políticas baseadas em evidências (2). Nesse sentido, as legislações de aborto costumam ser ambíguas, confusas e carregadas de disputas morais e políticas, considerando a diversidade de contextos políticos, jurídicos e sociais, o que implica em diferentes níveis de acesso ao aborto seguro (3). Assim, este estudo propõe uma análise dos instrumentos das políticas de aborto — como fundamentos legais, limites gestacionais e requerimentos adicionais — à luz das diretrizes da OMS, a partir da abordagem da sociologia da ação pública, destacando como o desenho normativo influencia diretamente o acesso.

OBJETIVO

Analisar as políticas de aborto nos países sul-americanos a partir dos instrumentos de ação pública, com base nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde.

METODOLOGIA

Este trabalho analisa comparativamente as legislações de aborto de países sul-americanos, à luz da abordagem por instrumentos de políticas públicas e das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre aborto seguro (4). Com base em dados do Global Abortion Policies Database (GAPD/OMS) (5), foi realizada uma análise documental de 12 países, considerando três dimensões principais: 1. Fundamentos legais para a autorização do aborto; 2. Limites gestacionais; e 3. Requerimentos adicionais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, comparativa e documental, de modo que o estudo não aborda a implementação ou os efeitos das políticas, focando exclusivamente no seu desenho jurídico e normativo. Com base no cruzamento dessas variáveis, os países foram classificados conforme o grau de alinhamento às recomendações da OMS e de acesso ao aborto seguro.

RESULTADOS

Os resultados revelam diferenças significativas entre os países da América do Sul quanto ao grau de acesso jurídico ao aborto seguro. Argentina, Colômbia e Uruguai são os únicos países que

1

Mestranda do PPGSC/UFSC. E-mail: gabriela-fabris@hotmail.com

legalizaram ou descriminalizaram o aborto a pedido da mulher, com prazos distintos: 14 semanas na Argentina, 12 no Uruguai e 24 na Colômbia. Apesar disso, apresentam diferenças importantes quanto às barreiras normativas. O Uruguai impõe diversos requerimentos adicionais, como tempo de espera obrigatório, autorização de terceiros e apresentação de relatório policial, enquanto a Colômbia não exige nenhum desses procedimentos (5). Guiana, Bolívia e Equador apresentam legislações intermediárias, permitindo o aborto com base em quatro ou cinco fundamentos legais, como risco à vida, saúde e estupro, embora mantenham exigências que limitam a autonomia das mulheres. Já Brasil, Peru, Paraguai, Chile e Venezuela possuem legislações restritivas, permitindo o aborto em apenas uma ou duas situações específicas, geralmente risco à vida e gravidez resultante de estupro. O Suriname, por sua vez, mantém uma legislação proibitiva, não permitindo o aborto em nenhum caso. A análise e o cruzamento dos instrumentos — fundamentos legais, limites gestacionais e requerimentos adicionais — permitiram classificar os países conforme o grau de convergência normativa com as diretrizes da OMS: facilitadores, intermediários, restritivos e proibitivos. A maioria dos países encontra-se nos dois últimos grupos, revelando um cenário regional de acesso limitado e desalinhamento com os parâmetros internacionais de saúde reprodutiva (1,4,5).

CONCLUSÕES

A análise demonstrou que os instrumentos legais das políticas de aborto influenciam diretamente o acesso ao procedimento seguro. A classificação dos países em níveis de acesso permitiu uma compreensão mais refinada das barreiras normativas, evidenciando que a categorização legalizado/proibido é insuficiente. Leis com múltiplos fundamentos, sem limites gestacionais rígidos e livres de requerimentos adicionais estão mais alinhadas às recomendações da OMS e garantem melhor acesso [4]. A abordagem por instrumentos permitiu desagregar os elementos normativos das legislações e identificar configurações jurídicas que dificultam ou viabilizam o cuidado em saúde reprodutiva. A pesquisa aponta a necessidade de revisão dos marcos legais à luz das diretrizes internacionais, promovendo maior responsabilização dos Estados latino-americanos e fortalecendo políticas públicas baseadas em justiça social, equidade e evidências.

REFERÊNCIAS

- (1) Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390(10110):2372–81. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext)
- (2) Uberoi D, De Bruyn M, Galli B. Using human rights to address consequences of criminal laws on sexuality and reproductive autonomy. *Int J Hum Rights*. 2012;16(7):1023–39. DOI: <https://doi.org/10.1080/13642987.2011.652366>

- (3) Lipsky M. Burocracia em nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (ENAP); 2019.
- (4) Organização Mundial da Saúde. Abortion care guideline. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022.
- (5) Organização Mundial da Saúde. Global Abortion Policies Database [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2024 [citado 2025 abr 14]. Disponível em: <https://abortion-policies.srhr.org/>

INTERSETORIALIDADE E SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA PROMOÇÃO DA EQUIDADE E GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS NA POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO – PPC/UERJ

Elaine Locan¹

APRESENTAÇÃO

Este artigo resulta de um Trabalho de Conclusão de Residência em Serviço Social que investiga a intersectorialidade como um princípio fundamental à promoção e garantia dos direitos sociais na saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, composto por revisão bibliográfica e pesquisa de campo, que analisou a percepção e a aplicação dessa abordagem por assistentes sociais da PPC. Os achados mostram que a articulação entre políticas é essencial para buscar a integralidade do cuidado, dada a complexidade das expressões da questão social. Foram identificados desafios como a ausência de canais institucionais intersectoriais, a falta de indução técnica e política voltadas para ações integradas e os impactos da reestruturação do mundo do trabalho nas políticas sociais, particularmente entre os trabalhadores da saúde. Nesse contexto, a intersectorialidade configura-se como uma estratégia de gestão para fortalecer a proteção social e enfrentar a fragmentação das políticas, visando à redução das iniquidades sociais. No entanto, sua efetividade ainda depende de mudanças estruturais na gestão pública, de modo que as políticas sociais atuem de forma integrada e assegurem a equidade no acesso à saúde. Para tanto, é fundamental o compromisso dos gestores e profissionais no enfrentamento das barreiras institucionais, consolidando a intersectorialidade como um eixo estruturante das políticas sociais.

OBJETIVO

Este trabalho apresenta de forma sucinta como as assistentes sociais da Policlínica Piquet Carneiro compreendem e podem contribuir para a construção da intersectorialidade entre as políticas sociais na saúde, promovendo a garantia dos direitos sociais e a equidade no acesso aos serviços. Identifica-se a percepção das profissionais sobre o tema, os desafios enfrentados e as estratégias adotadas no cotidiano profissional, com ênfase na proteção social e no conceito ampliado de saúde.

METODOLOGIA

Utilizamos a pesquisa qualitativa para compreender significações e relações dialéticas entre sujeito e objeto (1). O estudo ocorreu na Policlínica Universitária Piquet Carneiro (UERJ), com 13 assistentes sociais do Departamento de Serviço Social, entre servidoras e residentes. Foram incluídas assistentes sociais em atividade e residentes do segundo ano, excluindo-se profissionais afastadas e residentes do primeiro ano sem experiência prévia. No total, participaram 11 servidoras e 2 residentes.

1 Assistente Social residente / Serviço Social – UERJ/Brasil E-mail: elainelocan@gmail.com

A pesquisa combinou revisão bibliográfica e pesquisa de campo. A primeira etapa analisou categorias como Estado, política social, intersetorialidade e integralidade. A segunda etapa envolveu entrevistas semiestruturadas e dois grupos focais para aprofundamento dos dados. A análise incluiu com ordenação, classificação e interpretação crítica (1). Foram identificados temas emergentes das entrevistas, categorizados para relacionar teoria, depoimentos e observações de campo, garantindo coerência entre resultados e objetivos do estudo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RESULTADOS

A intersetorialidade é essencial para a equidade em saúde, pois a efetivação dos direitos sociais depende da articulação entre políticas públicas e sociais. Os resultados indicam que, embora assistentes sociais reconheçam sua importância para ampliar o acesso a direitos e reduzir iniquidades, sua implementação enfrenta desafios estruturais, como a fragmentação das políticas, insuficiência de recursos e falta de articulação entre setores. As demandas em saúde ultrapassam a esfera biomédica, exigindo políticas que contemplem determinantes sociais como moradia, renda e trabalho, conforme o conceito ampliado de saúde do SUS (2).

Apesar dessas dificuldades, a pesquisa destaca a importância das ações intersetoriais na garantia de direitos e promoção da equidade. O Serviço Social, elo entre usuários e serviços, é fundamental na construção de redes de proteção social (3), devendo integrar políticas sociais, superar práticas imediatistas e atender integralmente às necessidades dos usuários (4). O estudo também aponta a necessidade da criação de espaços formais para discussão, capacitação contínua e sensibilização dos gestores, além de estabelecer de protocolos e fluxos institucionais que visem a intersetorialidade.

A unidade docente-assistencial aparece como um espaço estratégico para projetos de extensão intersetoriais e pesquisas que aprimorem as práticas no setor. As participantes enfatizaram a urgência de investimentos adequados, apontando a necessidade de decisão política e alocação de recursos para garantir infraestrutura e pessoal qualificado. Por fim, a pesquisa reforça a importância de cobrar do Estado o compromisso com a proteção social, contrapondo-se à lógica de privatização e focalização, que limita a capacidade do SUS de oferecer um cuidado integral e articulado.

CONCLUSÕES

A conquista da Seguridade Social foi um marco histórico, fruto da luta dos trabalhadores e assegurada na Constituição de 1988. Integrando previdência, assistência social e saúde como direitos fundamentais, sua implementação foi fragilizada pelo avanço do neoliberalismo e políticas de austeridade. Os dados da pesquisa apontam que a proteção social exige articulação técnica, política e orçamentária permanente, bem como a participação social para enfrentar conflitos de interesse (5). Diante das expressões da questão social na saúde, a intersetorialidade é essencial para promover a

equidade. Para isso, o Estado deve atuar ativamente na formulação e gestão de políticas públicas e sociais, garantindo o acesso a serviços e direitos, tanto individuais quanto coletivos. Assim, é possível organizar a prestação dos serviços sociais por meio de uma gestão intersetorial (5), ainda que limitada pela ordem do capital.

REFERÊNCIAS

- 1) Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 9–29.
- (2) Miotto RCT, Schütz F. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. Pelotas: Diprosul; 2011.
- (3) Costa MDH. Serviço social e intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
- (4) Miotto RCT, Nogueira VMR. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais na saúde. In: Mota AE, organizadora. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. 2ª ed. São Paulo: OPAS; 2007. p. 87–104.
- (5) Monnerat GL, Souza RG. Intersetorialidade. In: Matos MC, Bernardo MHJ, organizadores. Dicionário crítico do serviço social na saúde. Uberlândia: Navegando Publicações; 2024. p. 112–8.

MOVIMENTOS DE GRUPOS SOCIAIS: CAMINHOS PARA A SOCIALIZAÇÃO E INCLUSÃO DE POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Gabriella Miranda dos Santos Barrozo¹

Camilla Reis Silva Clara Silva Santos Lucas

Larissa Soares dos Santos Maria

Clara de Souza Cherem

Yan de Oliveira Pires

Heloisa Helena Ferraz Ayres

INTRODUÇÃO

A humanidade assiste ao deslocamento de migrantes à procura de melhores condições de vida, e de refugiados “forçados a abandonar tudo para preservar sua liberdade, garantir sua segurança e assegurar sua vida. Não se trata de uma escolha, mas sim da única opção possível” (1). Ao se depararem com uma nova realidade, tais grupos defrontam-se com repertórios culturais e normas sociais distintas, havendo uma implicação na capacidade de identificarem-se com os elementos constituintes da comunidade local, o que, para além de causar um estranhamento sobre si próprios e suas realidades, dificulta a socialização e inserção nos contextos sociais aos quais estão inseridos. Neste sentido, o projeto de extensão “Socialização e Inclusão Social - movimento dos grupos sociais” do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IP/UERJ), vem se consolidando como uma relevante iniciativa do Laboratório Trabalho, Inclusão Social e Sustentabilidade – Movimento dos Grupos Sociais (LaTIS), com foco nos processos de socialização de refugiados e solicitantes de refúgio, bem como de outros grupos vulneráveis como trabalhadores em situação análoga à escravidão. A proposta é um olhar psicossocial, integrando estudos sobre as relações sociais, os movimentos dos grupos, o trabalho e as organizações, propiciando meios de ampliação do espaço de pesquisa-intervenção.

OBJETIVO

O objetivo é possibilitar ações de suporte emocional e promoção da inclusão social a populações vulneráveis, considerando o trabalho como dispositivo fundamental para o processo de socialização. Busca-se, então, oferecer um espaço de escuta e compartilhamento de vivências, sentimentos, expectativas e perspectivas futuras, no contexto da migração, do refúgio e do trabalho em condições análogas à escravidão, favorecendo a construção de planos de ação e a manutenção de redes de apoio.

METODOLOGIA

A metodologia do projeto tem como base teórica o campo da Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, partindo de uma visão complexa, integrada e interdependente do trabalho, das

1 Gabriella Miranda dos Santos Barrozo - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: Gabriella.barrozo@institutodepsicologiauerj.org

organizações e da sociedade (2). O referencial teórico-metodológico baseia-se na Concepção Psicossocial Integrada (3), ancorada no pensamento complexo de Morin (2) e estruturada nos processos grupais (3) e na pesquisa-ação [4], tendo quatro orientações metodológicas essenciais para o seu desenvolvimento: contrato psicológico, comunicação, processo de feedback e decisões coletivas. A partir disso, busca-se a construção coletiva de sentidos e a elaboração de planos de ação voltados ao enfrentamento das dificuldades vividas pelos participantes. Neste sentido, o modelo teórico/metodológico baseia-se no Ciclo Vivencial de Aprendizagem (3), cujo foco principal é o processo de cada sujeito e do grupo. Por fim, o projeto se alinha aos princípios da Agenda 2030, que representa um marco decisivo para a erradicação da pobreza, indicando ser o trabalho um requisito fundamental para o desenvolvimento sustentável nas dimensões econômica, social e ambiental.

RESULTADOS

O projeto opera com uma abordagem interdisciplinar e interprofissional, com parcerias institucionais como PARES Cáritas RJ, PARTE Cáritas RJ, Aldeias Infantis SOS, Núcleo de Atendimento à Família (NAF), Toti Diversidade, Cátedra Sérgio Vieira de Mello/UERJ e o projeto “Mulheres Migrantes Negras em Diáspora no Brasil”/CNPq, produzindo dados empíricos e reflexões teóricas que fortalecem ações de promoção de direitos e inclusão social. Os resultados apontam a criação de espaços de troca de experiências, escuta e planejamento de ações para inserção no mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, as atividades promovem o desenvolvimento pessoal e profissional do grupo de estudos, fortalecendo sua formação teórica, prática e ética. O projeto atendeu, em 2024, 169 pessoas — sendo 18 da comunidade interna e 151 da externa — e, desde 2020, contemplou 1.118 migrantes e refugiados. Destacam-se atividades como rodas de conversa, oficinas formativas e acolhimento psicológico, com temas como currículo, entrevista de emprego, empreendedorismo e diferenças culturais. A escuta ativa dos participantes revela desafios de adaptação e enfrentamento de desigualdades, além da necessidade de potencializar redes de apoio. No campo da pesquisa, foram realizados dois estudos: um sobre as representações sociais de migrantes e refugiados acerca do trabalho, do mercado de trabalho e do futuro; e outro baseado em histórias de vida com mulheres venezuelanas. Ambos têm como objetivo a produção de conhecimento científico articulada a uma devolutiva social. O projeto também participou de eventos científicos e produziu materiais formativos e artigos, promovendo o diálogo entre universidade, sociedade civil e políticas públicas, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da ONU.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Dessa forma, com o intuito de promover ações que facilitem o processo de socialização dessas populações em situações vulneráveis, destaca-se como fundamental a articulação entre parcerias que ampliem o alcance do projeto. Conforme apontado nos relatos dos participantes a vivência em grupo e o compartilhamento de histórias são experiências significativas. Espaços como rodas de conversa e acolhimentos psicológicos, favorecem a reflexão, o aprendizado e a formação de vínculos sociais. A

partir dessas atividades e do levantamento sociodemográfico realizado é possível identificar demandas e dificuldades relacionadas à inserção na cultura, no mercado de trabalho brasileiro. No campo científico, ressalta-se a relevância desses estudos para aprofundar a compreensão sobre essas populações e subsidiar políticas públicas de apoio. Desse modo, as ações coletivas coordenadas pelo projeto possibilitam desdobramentos para uma sociedade mais justa e digna para todos.

REFERÊNCIAS

- (1) ACNUR. Protegendo refugiados no Brasil e no mundo [Internet]. 2019 [citado 2025 out 30]. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/02/CARTILHA-ACNUR2019.pdf>
- (2) Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2007.
- (3) Ayres HHF. Conselhos de gestão de parques: grupos sociais em movimento? [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.
- (4) Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 15ª ed. São Paulo: Cortez; 2015.

O IMPOSTO SOBRE GRANDES FORTUNAS COMO SOLUÇÃO CONSTITUCIONAL AO SUBFINANCIAMENTO DO SUS

Jarbas Ricardo Almeida Cunha¹

APRESENTAÇÃO

Diante do subfinanciamento da política pública de saúde, agravado pela pandemia de Covid-19, propôs-se a imediata regulamentação do Imposto sobre Grandes Fortunas (IGF), respeitando a conformidade com o art. 153 da Constituição Federal (CF/88) (1). O resultado constatado foi que a regulamentação do IGF, com consequente realocação de verbas para a política pública de saúde, pode ser concretizada por meio de impetração de Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão (ADO) perante o Supremo Tribunal Federal (STF), vide omissão do Congresso Nacional. Para esse intuito, precisaremos de muita mobilização popular.

De todos os sete impostos federais previstos na Constituição, o IGF é o único que necessita ser regulamentado por meio de lei complementar, o que, até o presente momento – passados quase 40 anos da promulgação da CF/88 –, não ocorreu, apesar da propositura de inúmeros projetos de lei a respeito do assunto (2).

Analisando a questão sob um prisma sociológico, tem-se que é imprescindível a regulamentação do IGF em um país como o Brasil, de estrutural desigualdade social e concentração de renda, agudizadas pelo impacto gerado pela crise econômico sanitária da ainda persistente Covid-19 (3). Esse contexto de urgência social torna a implementação de tal imposto premente para a efetivação do direito à saúde via Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVO

Objetiva-se apresentar o Imposto sobre Grandes Fortunas (IGF) como alternativa ao histórico desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentando-o com o fito de tentar equilibrar os anseios de um sistema universal de saúde em um país do Sul Global com suas expectativas de efetivação integral baseadas em seus objetivos, princípios e diretrizes, principalmente os da universalidade, equidade e integralidade.

METODOLOGIA

Utiliza-se um plano metodológico baseado nas relações entre: I) totalidade, analisando as várias totalidades que compõem o objeto pois, como assinalou Lukács (4), todo objeto de estudo é

1 Doutor em Direito, Estado e Constituição (Universidade de Brasília – UnB). E-mail: jarbas.ricardo@yahoo.com.br

constituído por um complexo formado por vários outros complexos; II) contradição, analisando os limites e sua abrangência, evitando que o trabalho tenha como foco uma totalidade inerte, presa a uma conjuntura dada; e, III) sistemas de mediação, que nos auxiliam na compreensão das relações existentes no conjunto das totalidades. (5).

O principal desafio é desvendar a pseudoconcreticidade (6) em uma análise juspolítico-econômica que, tendo como ponto de partida a aparência, objetiva alcançar a essência do objeto, ou seja, elaborar uma análise concreta sobre uma situação concreta (7).

Deste modo, realizou-se análise dos Projetos de Lei que tramitaram ou tramitam sobre a pauta da regulamentação do Imposto sobre as Grandes Fortunas no Brasil nos sites das duas Casas do Congresso Nacional – Câmara e Senado Federais no período entre 1989 e 2020 e também sobre as Ações Diretas de Inconstitucionalidade por Omissão (ADO's) 31, de 2015 e 55, de 2019, impetradas perante o Supremo Tribunal Federal (STF).

RESULTADOS

Em uma busca nos sítios eletrônicos das casas legislativas federais, foi encontrado um total de 49 proposições sobre o tema, entre projetos de lei do Senado e da Câmara entre 1989 e 2020, sendo 25 deles somente no ano legislativo de 2020 – ano da eclosão da pandemia. Apesar do expressivo quantitativo, nenhum projeto foi aprovado durante todos esses anos (2).

Na análise de mérito, constatou-se que conceituam, em sua maioria, grandes fortunas como a soma de bens e direitos. As proposições limitam a tributação a valores atualizados entre dois e cinquenta milhões de reais.

No STF, a discussão em torno do IGF tem sido proposta por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão (ADO), prevista pelo artigo 103 da CF/88. Até o momento, foram propostas duas ADO's com o intuito de obter reconhecimento, por parte do STF, de omissão inconstitucional do Congresso Nacional em instituir o IGF, pois já se passaram mais de três décadas sem a regulamentação legislativa desse imposto de competência federal. As ADOs impetradas no STF foram: ADO n. 31, de 16 de março de 2015, pelo governador em exercício do estado do Maranhão (7); e, recentemente, a ADO n. 55, de 2 de outubro de 2019, protocolada por partido político com representação no Congresso Nacional (8).

Em 2018 a ADO n. 31/2015 foi julgada improcedente pelo ministro Alexandre de Moraes, sem resolução do mérito, por não apresentar pertinência temática, um dos requisitos para a impetração.

Já a ADO n. 55/2019 – que ainda se encontra em trâmite - compreende três pressupostos para o ajuizamento da ação: (i) ratificação da omissão, quando só se aplica mediante lei; (ii) edição de normas legais impróprias ou deficientes; e (iii) omissão do legislador em relação a uma norma declaratória de direito fundamental.

CONCLUSÕES

O SUS confronta-se com uma severa restrição orçamentária, comprometendo a efetivação de uma política pública universal, integral e equânime. Tal situação agrava-se pelo contexto pós-pandemia, somando-se ao combate às arboviroses, fornecimento de medicamentos de alto custo, transplantes e atendimentos de atenção básica, média e de alta complexidade.

Advoga-se, dessa forma, pela urgente regulamentação do Imposto sobre Grandes Fortunas – seja por meio de ADO's no STF, seja por meio de aprovação de proposições legislativas no Congresso Nacional – e que os recursos auferidos sejam imediatamente depositados no Fundo Nacional de Saúde (FNS), respeitando o mandamento de relevância constitucional (art. 197, CF/88) dessa importante política pública.

Precisamos limitar a riqueza extrema, fornecendo uma virada ética que tenha responsabilidade social e democrática em prol de um sistema universal de saúde que orgulha o nosso país.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 2025.
- (2) Canado VR, coordenador. Vale a pena instituir o IGF? Uma análise dos efeitos econômicos do imposto a partir de experiências internacionais. São Paulo: Insper; 2021.
- (3) Oxfam Brasil. Nós e as desigualdades. São Paulo: Oxfam Brasil; 2022.
- (4) Lukács G. Para uma ontologia do ser social. São Paulo: Boitempo; 2018.
- (5) Netto JP. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular; 2011.
- (6) Kosik K. Dialética do concreto. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2010.
- (7) Supremo Tribunal Federal (BR). Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão n. 31, de 2015.
- (8) Supremo Tribunal Federal (BR). Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão n. 55, de 2019.

O QUE SIGNIFICA ESCOLHER QUANDO SE É MULHER E NEGRA?

DIREITOS REPRODUTIVOS EM PERSPECTIVA INTERSECCIONAL

Hevelyn Rosa¹

Cristiane da Silva Cabral

APRESENTAÇÃO

O direito à autonomia e à autodeterminação reprodutiva integra a luta de mulheres no Brasil desde meados da década de 1970. No cenário internacional, o principal marco referencial reside na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada pela Organização das Nações Unidas, no Cairo, em 1994, onde se cunhou o termo “direitos reprodutivos” no âmbito dos direitos humanos e ficou estabelecido que a coerção, os incentivos ou desestímulos a se reproduzir ou não são contrários aos princípios dos direitos. O direito de ter ou não ter filhos e quando tê-los mantêm-se como uma das principais agendas nos movimentos sociais de mulheres e feministas até hoje. Em muitos contextos, essa luta é também traduzida como o direito de decidir. É justamente neste debate que as críticas oriundas do ativismo de mulheres negras iluminam o caráter profundamente coletivo das condições de exercer com mais ou menos segurança e dignidade os direitos reprodutivos. Com isso, destaca-se o papel central das condições sociais de vida para as trajetórias reprodutivas, uma vez que estas são permeadas por questões de raça, gênero, classe, entre outras categorias de diferenciação social (1,2).

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa consiste em sistematizar e visibilizar trajetórias de atuação de mulheres negras ativistas na interface entre movimentos sociais e Estado na luta por direitos à saúde, em especial direitos reprodutivos.

METODOLOGIA

Elaborada por meio de uma composição entre entrevistas individuais e análise documental de perspectiva antropológica (3), a pesquisa busca recuperar e analisar narrativas de mulheres negras militantes em conjunto com documentos de movimentos sociais e de políticas públicas de saúde da mulher. As interlocutoras da pesquisa são mulheres negras cuja trajetória de ativismo pelos direitos das mulheres remonta à década de 1980, tendo participado de processos de debate e elaboração de políticas de saúde da mulher, especialmente no âmbito federal brasileiro.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (nº 78803024.9.0000.5421) e é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (nº 2023/13347-0).

1

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. E-mail: hevelynconceicao@gmail.com

RESULTADOS

Resultados parciais da pesquisa apontam uma perspectiva crítica acerca do conceito de direitos reprodutivos na área da saúde. As entrevistas e a pesquisa documental demonstram a presença marcante de uma compreensão segundo a qual as decisões reprodutivas tomadas por mulheres são indissociáveis do contexto social e político no qual estão inseridas. Sendo, nesse contexto, o racismo e a desigualdade de gênero apontados como fatores determinantes. Uma das entrevistadas relata: “Para você tomar decisões sobre a sua trajetória reprodutiva, você precisa de muitos elementos. E para mulheres que não têm tantos recursos materiais e imateriais, tomar decisões nunca vai estar da ordem do individual, por mais que isso seja apresentado como tal”. Sobre isso, Edna Roland (4) questiona: “O que significa o direito a escolher quando não se tem poder para determinar as condições sociais em que a escolha é feita?”. Para ela, as mulheres fazem suas escolhas reprodutivas em diálogo com uma série de limitações que lhes é imposta. Por isso, mais do que concentrarmos na ideia de escolha em si, é urgente transformar as condições sociais que moldam as decisões relacionadas à reprodução. Com isso, observa-se que reconhecer a existência de relações sociais, econômicas e culturais racistas e machistas torna-se essencial para compreender trajetórias reprodutivas de mulheres negras e atuar na ampliação e garantia de direitos reprodutivos (5).

CONCLUSÃO

A pesquisa possibilita analisar a articulação entre raça e gênero em torno do debate sobre direitos reprodutivos das mulheres. O mapeamento das tensões e críticas concernentes a uma acepção mais individualista da noção de direitos reprodutivos oferece uma mirada capaz de abarcar uma perspectiva histórica e politicamente situada que possa colocar-se de modo mais sensível à pluralidade das mulheres. Em um contexto no qual tais direitos têm sido sistematicamente atacados e vilipendiados, trata-se de um esforço de compreender as trajetórias de luta no ativismo de mulheres negras.

REFERÊNCIAS

- (1) Carneiro S. Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. Rio de Janeiro: Zahar; 2023. 432 p.
- (2) Xavier L. Superar o racismo também é um problema de saúde pública. In: Ministério da Saúde; Fiocruz, organizadores. Saúde e direitos humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- (3) Vianna A. Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais. In: Castilho S, Souza Lima A, Teixeira C, organizadores. Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2014. p. 43–70.
- (4) Roland E. Direitos reprodutivos e racismo no Brasil. *Rev Estud Fem*. 1995;3(2):506–14.
- (5) Lopes F. Justiça reprodutiva: um caminho para justiça social e equidade racial e de gênero. *Organicom*. 2022 [citado 2025 maio 20];19(40):216–27. Disponível em: <https://dspace.almg.gov.br/handle/11037/47744>

POTENCIALIDADES DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA SAÚDE PÚBLICA: A EXPERIÊNCIA NA POLICLÍNICA UNIVERSITÁRIA PIQUET CARNEIRO/ PPC/UERJ

Bárbara Cristina Filgueiras Rossi¹

Karinna Loubach

Laura Lordello

Nayara J.do Rosario Cezar

Raquel Fernandes

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho visa apresentar a experiência do projeto de extensão “Repensando as estratégias para a prevenção e promoção da saúde em ISTs e HIV”, desenvolvido, desde 2008, na PPC/UERJ.

As ações do projeto buscam contribuir para a relação entre Universidade – Sociedade, através da realização de atividades de ensino-pesquisa-extensão, pautadas nas discussões acerca dos determinantes sociais do processo saúde-doença, com ênfase na prevenção e promoção da saúde em ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e HIV.

Para a consecução desse objetivo os discentes percorrem uma TRILHA PEDAGÓGICA com: “Oficinas Temáticas”, com debates teóricos-metodológicos e éticos-políticos; “Oficinas de Instrumentos e Técnicas” para a apreensão do manejo de técnicas de trabalho com grupos e de comunicação dialógica; “Oficinas de Vivências”, com “dramatizações” de situações do cotidiano profissional. O percurso pela trilha visa propiciar aos discentes a qualificação para a realização das atividades práticas voltadas à população (1), como os GRUPOS DE SALA DE ESPERA/GSEs. Os GSEs são parametrados por uma metodologia que privilegia a interação dialógica, a horizontalidade das relações, valorizando a vivência dos sujeitos. As ações também se espraiaram para as mídias digitais, o que vem exigindo da equipe qualificação e manejo de novas habilidades que tem resultado na ampliação do alcance do projeto.

OBJETIVO

A fim de contribuir para o debate acerca das potencialidades da experiência da extensão universitária na saúde pública, o trabalho em tela irá apresentar como a inserção dos discentes na TRILHA PEDAGÓGICA do projeto e nas atividades práticas voltadas para a população impactou na formação profissional, na produção de conhecimento no campo da saúde, Serviço Social, direitos sexuais e reprodutivos, e na difusão de ações de prevenção e promoção da saúde em ISTs e HIV (2), ao longo dos 16 anos do projeto.

1

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Policlínica Piquet Carneiro. E-mail: barbarasurcin@gmail.com

METODOLOGIA

A experiência da extensão universitária em curso é desenvolvida através de uma metodologia que buscou dinamizar o processo de ensino-aprendizagem através da criação de uma TRILHA PEDAGÓGICA que estimula a capacidade criativa do aluno com: OFICINAS TEMÁTICAS (com discussões teórico-metodológicas); OFICINAS DE VIVÊNCIAS, que desafiam o aluno a criar “situações sociais” (a partir das observações iniciais desenvolvidas) e experimentar vivenciá-las (através da dramatização) ora na qualidade de “usuário”, ora como profissional. Após a participação nas oficinas o aluno passa a realizar a VIVÊNCIA PRÁTICA COM GRUPOS DE SALA DE ESPERA – momento em que o aluno passa a atuar (sob supervisão) diretamente com a população. A introdução desses elementos propicia, aos discentes, a oportunidade de vivenciarem o momento de ensino-aprendizagem como um constante processo de “ação-reflexão-nova ação”, ou seja, como um processo em que é necessário garantir, constantemente, a retroalimentação do fazer profissional através da reflexão crítica-propositiva das atividades realizadas. Ao longo de todo percurso são realizadas atividades pesquisa quali-quantitativa, que subsidiam a produção de conhecimento.

RESULTADOS

Desde sua implementação em 2008 até a presente data, muitos foram os resultados alcançados pelo projeto. Ao longo dos dezesseis anos de sua existência o projeto disponibilizou um treinamento específico desenvolvido para trinta e cinco alunos de graduação em Serviço Social, sendo que dezesseis desses contaram com uma bolsa de extensão, financiada pela Universidade Pública, durante o período em que permaneceram inseridos no projeto. Considerando o conjunto de alunos (bolsistas e voluntários), estes permaneceram, em média, dois anos vinculados ao projeto. A partir do extenso rol de ações desenvolvidas através do projeto, foram produzidos, pelos alunos, inúmeros trabalhos acadêmicos, além de quinze Trabalhos de Conclusão de Curso/TCC. Foram apresentados trabalhos em eventos científicos regionais e nacionais. O projeto recebeu ainda uma importante premiação pela Universidade na qual está vinculado. Por fim, mas não menos importante, foram publicados quatro artigos resultantes do projeto.

Recentemente (março/24 a março/25), os discentes também imergiram em estudos acerca do uso das Tecnologias da Informação e Comunicação/TICs (3), que levou a criação e gerenciamento das mídias digitais do projeto, que resultou na criação e produção de 13 vídeos – que alcançaram 29.718 visualizações.

Com isso o projeto vem colaborando tanto para a socialização reflexiva das informações em ISTs e HIV/AIDS, quanto na formação de profissionais competentes, críticos, comprometidos e sintonizados com o manejo de novas formas de linguagem (entendida como instrumento do Serviço Social) para prestar uma assistência cada vez mais qualificada à população usuária (4).

CONCLUSÕES

O trabalho, brevemente apresentado, visa fortalecer o campo crítico dialético, produzindo conhecimento e experiências vivas e pulsantes nesse campo. Apontamos ainda que, para além de contribuições nas dimensões teórico-metodológica, prático-operativa e ético-política o projeto tem sido um importante canal de fruição da dimensão que carinhosamente ousamos chamar de “**dimensão afetiva do Serviço Social**”, construída a partir de uma estratégia de ação que sempre buscou manter relações respeitadas e horizontais e que, apesar da defesa do trabalho coletivo, se mantém atenta e cuidadosa em relação às particularidades de cada um que passou pelo projeto. Buscamos sempre fomentar e alimentar um espaço agregador, de acolhimento sem a qual, tenho certeza, não teríamos resistido até aqui. Foi através do afeto genuíno e transversal, preservado ao longo desses 16 anos, que procuramos construir uma rede de apoio, respeito e solidariedade em oposição ao clima bélico que insiste em nos rodear.

REFERÊNCIAS

- (1) Mendonça EAP. Tematizando gênero e sexualidade nas práticas educativas. In: Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ; 2004.
- (2) Rossi BCF, Teixeira ETN. Elementos propulsores para repensar as práticas educativas em DST e HIV/AIDS. Conexão UEPG. 2005;7(1).
- (3) Rodrigues R. Novas tecnologias da informação e da comunicação. Recife: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia; 2016.
- (4) Silva WMF. Dialogando sobre direitos sexuais com os usuários do SUS nos espaços de atendimento da Policlínica Piquet Carneiro. Interagir (UERJ). 2020;30:1–15. DOI: <https://doi.org/10.12957/interag.2020.50020>

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL: CONTINUIDADES E MUDANÇAS

Mônica de Castro Maia Senna¹

Lucas de Souza Carvalho²

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A identificação da saúde como um processo social permite não só reconhecer os múltiplos determinantes que incidem nas desiguais condições de vida e de saúde das populações, como também exige a construção de políticas públicas de proteção social que ultrapassem o próprio setor saúde. Sob essa perspectiva, o Programa Bolsa Família (PBF), instituído no Brasil em 2003, tem sido importante iniciativa estatal voltada à garantia de bem-estar social para os grupos sociais em situação de pobreza e extrema pobreza.

Diversos estudos têm evidenciado saldos positivos do PBF no aumento da capacidade de consumo das famílias, redução dos níveis de insegurança alimentar e nutricional e ampliação do acesso a ações de imunização, crescimento e desenvolvimento infantil e pré-natal, além de contribuir para a redução das desigualdades de renda e promover o acesso de amplos segmentos sociais a políticas públicas (1-4).

Entretanto, o programa vem, desde sua implantação, sofrendo reveses que afetam sua capacidade de garantir proteção social aos grupos mais vulneráveis. Cortes nos gastos e ampliação dos mecanismos de fiscalização do PBF se dão em conjunto com atritos causados pelas pressões fiscais em contexto de austeridade, limitando o desenho e alcance do programa. Acompanhar as mudanças que vêm sendo implantadas no PBF em termos de suas continuidades e alterações é o que move o presente trabalho.

OBJETIVO

O trabalho objetiva analisar as continuidades e mudanças no PBF a partir de 2014, ano em que o país mergulha em forte recessão econômica e instabilidade política, agravada ainda pela pandemia de Covid-19 e pela ascensão de governo de ultradireita. A análise considera o contexto nacional, a institucionalidade e o conteúdo do programa, buscando identificar as estratégias adotadas e como as alterações promovidas contribuem para o alargamento ou retração das concepções de proteção social.

METODOLOGIA

O estudo, de natureza exploratória e qualitativa, parte da combinação de diferentes procedimentos metodológicos para coleta de dados, a saber: a) revisão da literatura sobre o tema, com buscas em repositórios como BVS, Scielo, periódicos CAPES e biblioteca digital de teses e

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: monica_senna@id.uff.br

2 Universidade Federal Fluminense. E-mail: souza_carvalho@id.uff.br

dissertações (BDTD/ IBICT), com os descritores programas de transferência condicionada de renda (PTRC), programa bolsa família, proteção social; b) levantamento documental, por meio de consultas a legislações e documentos oficiais do governo federal e notícias veiculadas em mídias digitais; e c) pesquisa de dados sobre o PBF disponíveis na página virtual do Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). A partir da triangulação dessas fontes, o estudo analisa os resultados considerando os elementos contextuais que afetam o PBF; o desenho institucional do programa e seu conteúdo propriamente dito.

RESULTADOS

O PBF configura o principal programa social do governo federal brasileiro para enfrentamento da pobreza, sendo também o maior programa de transferência monetária com condicionalidades do mundo em termos de abrangência. Dados recentes do MDS indicam que o programa atinge cerca de 20,5 milhões de famílias (março 2025). A implantação do PBF em 2003 foi favorecida pela chegada à Presidência da República de uma coalizão progressista com compromisso prioritário à agenda social assumido durante a campanha eleitoral, ao mesmo tempo em que, do ponto de vista econômico, o país vivia um cenário mais favorável com o boom das commodities. O PBF valeu-se de experiências pretéritas de PTCR e da nova institucionalidade para a área social com a criação do MDS, ao mesmo tempo em que contribuiu para fortalecimento das estruturas da política de assistência social nos municípios, ainda que com tensões e conflitos. O desenho e conteúdo do PBF partiam de uma concepção de inclusão social a uma rede mais ampla de proteção social. A partir de 2014, com o cenário de instabilidade política, recessão econômica e mudanças na coalizão no poder após o Golpe de Estado de 2016, o PBF sofre um processo de desidratação, com desmonte da estrutura ministerial do MDS, congelamento dos valores pagos pelo programa, cortes e impedimentos de novos ingressos, até sua extinção em 2022, quando o país ainda vivia os efeitos sociais da pandemia. Longe de ação isolada, essas medidas integram o rol de desmonte do sistema constitucional de proteção social construído no pós-88.

Com o retorno da coalizão progressista ao poder, por meio de uma frente ampla, o PBF é retomado, mas esbarram em constrangimentos estruturais, das correlações de forças no cenário atual e dos limites do próprio desenho e institucionalidade do PBF.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A última década assistiu ao recrudescimento de forças conservadoras no país, cuja ascensão ao poder implicou em ataques contundentes à democracia, às políticas públicas, aos direitos humanos e sociais e aos próprios marcos civilizatórios que orientaram as relações sociais no pós-88.

O retorno de setores progressistas ao poder representou um refrigério diante de tantos retrocessos. Mas o novo governo enfrenta uma série de desafios, tais como a sustentabilidade política de uma coalizão tão diversa, o cenário de crise econômica e fiscal e as restrições postas pelo contexto de austeridade permanente.

Esforços para reconstrução e avanços no campo dos direitos sociais são urgentes e exigem papel ativo do Estado no fortalecimento de políticas públicas enquanto parte dos direitos de cidadania. A retomada do PBF e seu aperfeiçoamento são, de fato, iniciativas importantes, mas não podem ser as únicas nem descoladas de ações públicas que incidam, de fato, nos problemas sociais existentes no país.

REFERÊNCIAS

- (1) Almeida ATC, Mesquita SP, Silva MVB. Impactos do Programa Bolsa Família sobre a diversificação do consumo de alimentos no Brasil. *Pesquisa Planej Econ*. 2016 [citado 2025 maio 10];46(1). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/357af9d6-854e-4b87-9a69-49466108d2f8>
- (2) Lucas ADP, Queiroz BL, Turra CM. The intergenerational relationship between conditional cash transfers and newborn health. *BMC Public Health*. 2022;22:201. DOI:10.1186/s12889-022-12565-7.
- (3) Peña CR, Machado AF, Picchetti P. A eficácia das transferências de renda: as tendências da desigualdade antes e depois do Programa Bolsa Família. *Rev Adm Pública*. 2015;49(4):889-914. DOI:10.1590/0034-7612134327.
- (4) Santos MCS, Fiaccone RL, Barreto ML, Hartz ZMA. Programa Bolsa Família e indicadores educacionais em crianças, adolescentes e escolas no Brasil: revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(6):2233-2247. DOI:10.1590/1413-81232018246.19952017.

PROTECCIÓN EN RIESGOS LABORALES PARA POBLACIÓN RURAL VULNERABLE. PROPUESTA DESDE COLOMBIA

Jairo Ernesto Luna-García¹

Mauricio Hernando Torres-Tovar

Oneys De Arco Canoles

Juan Manuel Arango Soler

INTRODUCCIÓN

La salud en el trabajo ha sido reconocida como un elemento clave de la determinación social de la salud, en su doble dimensión: desde el punto de vista de la garantía de condiciones dignas de trabajo y empleo, así como desde el punto de vista de la cobertura en seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales. Sin embargo, la garantía de derechos para la población trabajadora en la ruralidad ha tenido un desarrollo más limitado y se reconoce que los niveles de pobreza son mayores en estos territorios que en las ciudades (1).

En el ámbito internacional se han desarrollado diferentes modelos de cobertura frente a los accidentes de trabajo y enfermedades laborales, desde aquellos de responsabilidad directa de los empleadores, pasando por seguros privados, hasta modelos de seguros sociales obligatorios y seguridad social, pero la mayoría de ellos se han originado y desarrollado para sectores de la industria y los servicios concentrados en las ciudades con limitada cobertura para la población rural (2).

Con el fin de diseñar una propuesta de modelo de ampliación de cobertura en riesgos laborales para población rural vulnerable en Colombia, se suscribió un contrato entre el Ministerio de Trabajo y la Facultad de Medicina de la Universidad de Colombia, del cual se presentan los principales resultados en esta ponencia.

OBJETIVO

Esta investigación se planteó revisar experiencias internacionales frente a la cobertura de riesgos laborales en la ruralidad y realizar la caracterización de la población rural vulnerable del país, junto con la realización de un análisis epidemiológico y de costos frente al perfil de accidentalidad y enfermedades de esta población, con base en lo cual formular una propuesta de modelo de ampliación de cobertura.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio multi método, que incluyó la revisión sistemática de literatura, el análisis de información presente en bases de datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO y del Sistema General de Riesgos Profesionales, así como el diseño y

¹ Profesor titular Departamento de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá. E-mail: jelunag@unal.edu.co.

aplicación de una encuesta a 3.110 familias, junto con la realización de 10 grupos focales, especialmente con trabajadores rurales vinculados con actividades agropecuarias, artesanías, pesca y minería.

La propuesta de modelo se acompañó de una evaluación de costos, a partir de estimar la población a cubrir con base en datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares administrada por el Departamento Nacional de Estadísticas, y los resultados del estudio epidemiológico y de costos.

El proceso se acompañó de la habilitación de escenarios de Debate de Política Pública con actores relevantes del orden internacional y nacional, y la realización de un evento de socialización en diez ciudades del país.

RESULTADOS

La revisión de experiencias y literatura internacional permitió identificar una mayor presencia de cobertura en países europeos, con un desarrollo más limitado en América Latina, Asia y África. En todo caso, es de resaltar la presencia de modelos orientados a la población campesina en Ecuador y Brasil, que sin ser específicos en riesgos laborales de todas formas posibilitan un acceso a los servicios de salud (3,4).

Frente a la caracterización de la población rural vulnerable, se pudo constatar las transformación que se han venido presentando en estos territorios, que para el caso de Colombia han sido el principal escenario del conflicto armado, donde persiste una alta proporción de la población de origen étnico (indígena y afrodescendiente) y campesina, vinculados a actividades tradicionales de la agricultura; sin embargo también se han venido presentando nuevas formas de ruralidad (5), debido al incremento en algunas regiones de conjuntos de vivienda y la transformación hacia una economía de servicios. También se pudo constatar la persistencia del asentamiento de economías ilegales vinculadas con los cultivos de uso ilícito y la minería criminal, principales fuentes de la persistencia de altos niveles de violencia en algunas zonas del país.

En relación con el estudio epidemiológico y de costos, se encontró un perfil de enfermedad y accidentalidad de desventaja para la población rural, vinculado con las precarias condiciones de sanidad e inseguridad alimentaria, acompañado de una menor disponibilidad de servicios de salud, aspectos comunes a otros países de América Latina y El Caribe, lo cual conlleva a impactos importantes que afectan también a la población trabajadora de las áreas rurales.

CONCLUSIONES

La propuesta de modelo de ampliación de cobertura permitió identificar tres grupos de población trabajadora en la ruralidad colombiana: en primer lugar, las personas vinculadas con la agricultura familiar y comunitaria, frente a las cuales se propone el desarrollo de un régimen subsidiado en riesgos laborales; en segundo término, los trabajadores y trabajadoras atípicos, que laboran por días al servicio de diferentes empleadores, el desarrollo de mecanismos de aseguramiento compartido

entre estos empleadores y el Estado; finalmente, un tercer grupo relacionado con la población rural vinculada a la agricultura y ganadería comercial, así como a la agroindustria, pero que no siempre se les garantiza su afiliación a la seguridad social integral, frente a lo cual se requiere fortalecer la inspección laboral para garantizar sus derechos.

La implementación de este modelo requiere una adaptación a diferentes configuraciones productivas en el territorio, y el impulso de mecanismos para favorecer la asociatividad, que permitan fortalecer el control social. De igual forma, para garantizar su viabilidad se requiere la articulación con la Atención Primaria en Salud frente a la cual de manera reciente se promulgó un Plan Nacional de Salud Rural.

REFERENCIAS

- (1) Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Ruralidad, hambre y pobreza en América Latina y el Caribe [Internet]. Documentos de Proyectos (LC/TS.2018/119). Santiago de Chile: CEPAL; 2018 [citado em 16 out. 2025]. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44371-ruralidad-hambre-pobreza-america-latina-caribe>
- (2) Organización Internacional del Trabajo (OIT). Global Programme Employment Injury Insurance and Protection – GEIP [Internet]. 2016 [citado em 16 out. 2025]. Disponível em: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_emp/@emp_ent/documents/publication/wcms_573083.pdf
- (3) Durán-Valverde F, Contingui L. El caso del Seguro Social Campesino: Ecuador [Internet]. Ginebra: Departamento de Protección Social de la OIT; 2018 [citado em 16 out. 2025]. Disponível em: <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=16575>
- (4) Caetano M. Recent history, perspectives and challenges to social insurance: the Brazilian case [Internet]. Ginebra: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD); 2009 [citado em 16 out. 2025]. Disponível em: <https://www.unrisd.org>
- (5) Giarracca N, compiladora. ¿Una nueva ruralidad en América Latina? Buenos Aires: CLACSO; ASDI; 2001 [citado em 16 out. 2025]. Disponível em: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20100929125458/giarracca.pdf>

QUANTAS MAIS VÃO MORRER? O SILÊNCIO BRANCO DIANTE DOS ALTOS ÍNDICES DE MORTES MATERNAS NO BRASIL

Carolina Magalhães Heringer¹

Tatiana Vargas Faria Baptista²

INTRODUÇÃO

Este trabalho discute o impacto do racismo e da branquitude na saúde reprodutiva das mulheres negras no Brasil, problematizando a mortalidade materna. A saúde reprodutiva, enquanto direito humano, é atravessada por desigualdades estruturais que comprometem o acesso das mulheres negras ao cuidado gravídico-puerperal. Desde o período colonial, suas experiências reprodutivas têm sido marcadas pelo racismo, refletindo um processo contínuo de desumanização e morte materna.

A branquitude, construída e perpetuada desde a colonização, sustenta privilégios e reforça desigualdades raciais (1), influenciando as políticas e práticas de saúde. Atualmente, a falta de acesso adequado ao pré-natal, as violências obstétricas – como a negação da analgesia e a manobra de Kristeller – e a omissão institucional refletem como a desigualdade racial impacta negativamente a gestação das mulheres negras.

Diante da estimativa de que 90% dessas mortes poderiam ser evitadas (2) e de que elas atingem, principalmente, as mulheres negras, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade indicam que, entre 2015 e 2022, o risco de óbito materno entre mulheres pretas foi duas vezes maior do que entre as brancas (3). Esse cenário expõe a urgência de enfrentar o racismo nos serviços de saúde e de garantir o direito à vida. A equidade reprodutiva só será alcançada com a cisão do silêncio branco e da desigualdade racial.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo debater como o racismo e a branquitude impactam cotidianamente a saúde reprodutiva das mulheres negras, problematizando, brevemente, a relação entre a desigualdade racial e a mortalidade materna no Brasil.

1 Doutoranda em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Fonte de financiamento: Bolsa de Doutorado fornecida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). E-mail: heringer.carolina@hotmail.com

2 Professora e Pesquisadora do Programa de Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). E-mail: twargas@gmail.com

METODOLOGIA

Em diálogo com Lélia Gonzalez, bell hooks e outras intelectuais negras, este caminho de pesquisa se fundamenta no conhecimento das que vieram antes, reconhecendo práticas racistas que persistem nas instituições e nas relações cotidianas, especialmente no que se refere aos direitos reprodutivos e à saúde da mulher.

A partir de cenas e relatos do cotidiano, que ganham repercussão na mídia, discutiremos como o racismo atravessa esse debate. Tomaremos como referência dois casos divulgados em 2023 e 2024: o de Queli Santos Adorno e o de Raquel Pedro da Silva. Por meio desses casos, problematizaremos as narrativas construídas em torno da mortalidade materna, examinando como essas mulheres são retratadas, as questões institucionais levantadas e os desdobramentos gerados.

Esta investigação se insere na perspectiva da análise dos sentidos produzidos no cotidiano (4) sobre morte materna, direitos reprodutivos e racismo. Assim, o estudo busca romper com a naturalização da mortalidade materna, denunciando que a morte de mulheres negras não é natural, mas sim resultado da manutenção do racismo estrutural e do pacto de privilégios brancos em nossa sociedade.

RESULTADOS

O racismo atravessa a saúde reprodutiva das mulheres negras desde a Colônia, quando eram consideradas reprodutoras de mão de obra escravizada e vítimas de estupros. O cenário persistiu refletindo-se na esterilização compulsória (5) e nos altos índices de morte materna (3).

Em resistência a essas violações, mulheres negras construíram redes de cuidado e protagonizaram lutas pelos direitos reprodutivos. Mas a branquitude segue perpetuando privilégios e desigualdades raciais, impactando o acesso de mulheres negras a uma assistência de qualidade e respeitosa durante a gestação, o parto e o puerpério (6).

O caso Alyne Pimentel se tornou emblemático na luta contra o racismo obstétrico e se materializou em denúncia levada à ONU. Alyne, mulher negra, faleceu em 2011 devido à negligência na assistência ao parto (7).

As denúncias se atualizam. Em 2023, Raquel da Silva, morreu, grávida de 41 semanas, ao sofrer traumatismo craniano após uma queda da maca sem proteção lateral. Em 2024, Queli Adorno, grávida de nove meses, foi orientada a voltar para casa apesar do agravamento das contrações, vindo a ter seu parto no chão da recepção da maternidade.

Esses casos revelam que a mortalidade materna de mulheres não é um fenômeno isolado, mas parte de um sistema que desumaniza mulheres negras. As narrativas que se apresentam reforçam a perspectiva de problemas na assistência sem localizar quem são essas mulheres e porque poderiam ter sofrido tais negligências. Configuram-se, assim, como estratégias de silenciamento, eximindo-se de responsabilidade.

CONSIDERAÇÕES

A branquitude e o racismo impactam cotidianamente a saúde reprodutiva das mulheres negras, comprometendo o acesso e a garantia de seus direitos reprodutivos. A pergunta segue ecoando: quantas mais vão morrer?

A mortalidade materna, apesar de evitável, segue em níveis alarmantes no Brasil, atingindo majoritariamente as mulheres negras (3). Esse cenário é consequência da má qualidade da assistência, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e das violências institucionais durante o ciclo gravídico-puerperal — expressões concretas do racismo sustentado pela branquitude.

Superar a mortalidade materna exige a garantia da equidade em saúde e o enfrentamento do racismo que perpetua essas desigualdades. O combate ao racismo não pode ser uma pauta secundária, mas sim um compromisso contínuo, coletivo e inadiável. Portanto, romper com o silêncio branco e responsabilizar ativamente a sociedade são passos fundamentais para transformar esse cenário.

REFERÊNCIAS

- (1) Bento C. O pacto da branquitude. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
- (2) Ministério da Saúde (BR). Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- (3) Bittencourt SDA, Leal MC, Ayres AR, Rattner D, Moreira MRC, Domingues RMSM, et al. Mortalidade materna segundo cor da pele. In: Leal MC, et al., organizadores. Nacer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022–2023. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023.
- (4) Menegon VM. Por que jogar conversa fora? In: Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Edição Virtual; 2013.
- (5) Góes EF. Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2018.
- (6) Góes EF, Menezes GM, Lopes F, Silva JPS. Racismo antinegro e morte materna por COVID-19. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2023 [citado 2025 jul. 14];28(2):411–20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.03202022>
- (7) Catoia CC, Góes EF, Mendonça MHM. Caso “Alyne Pimentel”: violência de gênero e interseccionalidades. Rev Estud Fem [Internet]. 2020 [citado 2025 jul. 14];28(1):e61794. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n161794>

RACISMO COMO DESAFIO PARA A UNIVERSALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Marcus Vinícius Santos Nascimento¹

Fernanda de Oliveira Sarreta²

INTRODUÇÃO

O racismo é um determinante social que estrutura as desigualdades em saúde no Brasil, comprometendo a efetivação do direito universal à saúde previsto na Constituição Federal de 1988 (1). Apesar do SUS representar um avanço democrático, sua implementação plena enfrenta limites estruturais, institucionais, políticos e orçamentários. A população negra continua vulnerabilizada no acesso aos serviços de saúde, devido a processos históricos de exclusão (2). A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2009, surge como resposta às demandas do movimento negro e ao enfrentamento do racismo no SUS (3).

Este trabalho analisa os limites e as possibilidades da PNSIPN (3), a partir de uma perspectiva crítica, alinhando os marcos teóricos da determinação social da saúde, equidade no SUS e críticas ao racismo institucional. A pesquisa visa destacar os entraves para a implementação efetiva da política, contribuindo para o fortalecimento de práticas antirracistas e para um SUS verdadeiramente universal, integral, equânime e comprometido com a justiça social.

OBJETIVO

Analisar o racismo como um desafio à universalização do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) como resposta institucional às desigualdades raciais em saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa é de natureza qualitativa, vinculada a uma dissertação de mestrado em Serviço Social. Utiliza como procedimentos a revisão bibliográfica (4) e a análise documental, de marcos legais e institucionais da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), como portarias, diretrizes, manuais e relatórios oficiais. Também considera a produção acadêmica e política dos movimentos negros brasileiros, incluindo manifestos, livros, cartilhas e outras produções no campo da saúde coletiva. A abordagem se ancora nos referenciais da determinação social da saúde, nas noções de racismo estrutural e institucional, e na concepção de equidade em saúde.

1 Assistente Social. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Estadual Paulista, UNESP, Campus de Franca/SP, Brasil. Membro do Grupo QUAVISSS e do NUPE. E-mail: snascimento.marcus@gmail.com

2 Assistente Social. Professora Associada da Universidade Estadual Paulista, UNESP, Campus de Franca/SP, Brasil. Curso da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Líder do Grupo QUAVISSS - Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social. E-mail: fernanda.sarreta@unesp.br

Parte do reconhecimento do racismo como determinante social da saúde, tal como preconizado pela PNSIPN e propõe uma análise crítica sobre os limites e desafios da universalização do SUS, em contextos marcados por desigualdades raciais históricas e estruturais.

RESULTADOS

A análise revela que o direito à saúde no Brasil foi historicamente estruturado em bases seletivas e excludentes, nas quais a população negra permaneceu à margem das políticas públicas e dos marcos legais. Fruto das lutas sociais, o SUS representa um avanço ao propor um modelo universal e equânime, mas sua implementação ainda é atravessada pelas estruturas racistas do Estado. A PNSIPN, conquista do movimento negro, avança ao reconhecer o racismo como determinante social da saúde e propor diretrizes específicas de enfrentamento (5).

Estudos (6) apontam que, diferente de políticas focalizadas nos moldes neoliberais, essa Política opera como estratégia de fortalecimento da universalidade do SUS, utilizando seus próprios instrumentos de gestão para promover a equidade racial. Nesse sentido, os estudos evidenciam que sua transversalidade não fragmenta, mas aprofunda o princípio da universalidade, ao exigir respostas concretas às desigualdades raciais em saúde (2).

Entretanto, sua efetividade é comprometida por fatores como ausência de financiamento, desconhecimento técnico, lacunas formativas e ausência de monitoramento (6). Tais limites revelam a urgência de ações estruturantes e doengajamento político-institucional com a equidade racial, condição indispensável para que o SUS avance como um projeto democrático e antirracista.

CONCLUSÕES

Conclui-se que o racismo compromete a efetivação do SUS como política universal e equitativa. A PNSIPN (3) constitui uma resposta institucional relevante, mas sua baixa implementação revela a fragilidade do compromisso estatal com a equidade racial. O enfrentamento do racismo institucional exige investimento político, financeiro e técnico, além da valorização do protagonismo negro na formulação e controle social das políticas públicas. É fundamental ampliar a institucionalização da PNSIPN (3), fortalecer a educação permanente com enfoque antirracista e garantir que a equidade seja um princípio operante, e não apenas normativo, no SUS. Ao reconhecer o racismo como um determinante social da saúde, contribui-se para a construção de um modelo de cuidado que respeite os direitos da população negra e promova justiça social.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2024 [citado em 2025 mar 18]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- (2) Nascimento MVS, Abrahão ALB. Racismo institucional e cuidado em saúde mental da população negra. In: Discursos, memórias negras e esperança na América Latina. Anais. Rio de Janeiro: UNIRIO; 2024.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União. 2009 maio 14; Seção 1.
- (4) Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
- (5) Gallo Farias Oliveira L, Magalhães M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. Rev Bras Est Popul. 2022;39:1–13. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0214>
- (6) Batista LE, Monteiro RB. Política de Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde? Bol Inst Saúde (São Paulo). 2010 [citado 2025 maio 10];12(2):172–8. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33783>

RIESGO INHERENTE EN EL TRABAJO DOMÉSTICO Y DERECHOS DE PROTECCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES TRABAJADORAS: UNA MIRADA DESDE COLOMBIA

Mauricio Torres-Tovar¹

Jairo Ernesto Luna-García

Oneys De Arco Canoles

Bibiana Suarez-Morales

INTRODUCCIÓN

El trabajo doméstico es una labor muy antigua, ligada a los oficios de cuidado en el ámbito familiar, hecho por décadas como trabajo esclavo y servil, con niveles muy altos de discriminación y maltrato hacia las mujeres, que son quienes principalmente lo han ejercido.

Estimaciones recientes plantean la existencia de alrededor de 75,6 millones de trabajadores domésticos de 15 años y más, 23% en las Américas, que representa el 2,3% del empleo total y 4,5% de los asalariados. Las mujeres constituyen la mayoría en el sector (76,2%) y esta actividad representa una proporción mayor en el empleo femenino, que para el masculino. La OIT estima que se espera un crecimiento de la demanda de trabajo doméstico en relación con los cambios demográficos, el envejecimiento y el incremento de necesidades de cuidado de larga duración (1).

En Colombia, para 2022 se estimó que de los 635.000 empleados domésticos del país solamente uno de cada cinco se encontraba afiliado a riesgos laborales, cerca de 123.000 (2). De esta forma, se ha puesto de presente las dificultades para una garantía del trabajo decente en el sector (3).

Aunque actualmente el contexto del trabajo doméstico sigue siendo precario, los niveles organizativos de las mujeres trabajadoras han ido forzando al reconocimiento de las dignidades y derechos que le corresponden.

En el marco de este contexto y actividad laboral se desarrolló una investigación en Colombia, que tuvo como propósito caracterizar las tareas y oficios del trabajo doméstico, establecer sus condiciones de trabajo y las exposiciones que derivan de estas, que pueden afectar la salud de las trabajadoras, a partir de un contrato suscrito entre el Ministerio de Trabajo y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, del cual se presentan en esta ponencia los principales resultados.

1 Profesor asociado Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá. E-mail: mhtorrest@unal.edu.co

OBJETIVO

Identificar las tareas y oficios del trabajo doméstico, así como caracterizar su siniestralidad laboral y establecer el riesgo inherente de su actividad como la definición de la clase de riesgo en la cual debe estar ubicada esta ocupación para el contexto normativo colombiano.

METODOLOGÍA

Esta investigación se realizó a través de un estudio multi método, que incluyó la revisión de literatura para reconocer las actividades y oficios del trabajo doméstico y los niveles de siniestralidad laboral de este grupo laboral, así como la implementación de la metodología de análisis de riesgo inherente para caracterizar las exposiciones y el grado de riesgo en relación con las afectaciones a la salud de las trabajadoras que pueden producir el trabajo doméstico remunerado.

El proceso se acompañó de la realización de un evento de socialización del análisis y la propuesta hecha, en el que participaron actores relevantes del nivel nacional, uno de ellos el intersindical que agrupa a las organizaciones sindicales de trabajadoras domésticas.

RESULTADOS

Los resultados mostraron que el espectro de tareas y oficios del trabajo doméstico es muy amplio, que incluye las tradicionales tareas de aseo y cuidado en las casas, pero que incorporan un conjunto más amplio de actividades que tradicionalmente no se visibilizan. Esto se relaciona adecuadamente con el Convenio 189 de la OIT que lo define como el trabajo realizado en un hogar o para los mismos, en el marco de una relación de trabajo y como ocupación profesional o de carácter permanente (4).

La literatura evidenció en América Latina, que la tasa de cotización o nivel de riesgo laboral del trabajado doméstico se realiza a partir de la estimación del nivel de riesgo y este trabajo en la mayoría de países de la región se considera de manera limitada nivel de riesgo bajo, asociado con la baja accidentalidad reportada, la baja mortalidad y de manera general, la baja siniestralidad.

Así mismo, la revisión de literatura evidenció el bajo número de publicaciones específicas sobre las dinámicas de siniestralidad laboral que sufren estas trabajadoras, descripciones generales con énfasis en accidentes y poca en relación a las prevalencias por enfermedades laborales.

El análisis de riesgo inherente permitió constatar que las condiciones de este trabajo establecen un espectro amplio de riesgos, que representan un riesgo intermedio en la probabilidad de tener un accidente de trabajo o una enfermedad laboral.

Por último, es de mencionar que la investigación permitió evidenciar que se ha venido establecido un debate público centrado en la informalidad del trabajo doméstico y el cumplimiento pleno del Convenio 189 de la OIT en los últimos años, así como identificar que la discusión sobre siniestralidad laboral en el contexto internacional es un debate que está emergiendo.

CONCLUSIONES

Esta investigación concluye en ratificar la necesidad de que se establezcan protecciones específicas a las trabajadoras domésticas, reconociendo adecuadamente sus derechos laborales, de seguridad social y salud, para lo cual los Estados deben tomar medidas con el fin de que se avance en establecer un trabajo digno y decente para estas trabajadoras, en el marco de la implementación del Convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo.

En relación con los hallazgos se identifica que el trabajo doméstico va más allá del trabajo de cuidado y de tareas de limpieza y hechura de alimentos, incluyendo nuevas actividades mucho más recientes como el paseo de animales domésticos. En relación al ejercicio de riesgo inherente se identifica que la clasificación de riesgo actual que tiene Colombia en el nivel I es insuficiente para reconocer el conjunto de riesgos y peligros de esta ocupación, por lo cual se propone llevarla a clase III, que es un nivel de riesgo intermedio.

REFERENCIAS

- (1) Organización Internacional del Trabajo (OIT). Hacer del trabajo doméstico un trabajo decente: avances y perspectivas una década después de la adopción del Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm 189) [Internet]. Ginebra: OIT; 2021 [citado 2025 out 30]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_802556.pdf
- (2) Ministerio de Trabajo. Quemaduras y desórdenes musculares, mayores riesgos a los que están expuestos los trabajadores del servicio doméstico en Colombia [Internet]. Bogotá: Ministerio de Trabajo; 2022 [citado 2025 out 30]. Disponible en: <https://www.mintrabajo.gov.co/prensa/comunicados/2022/junio/quemaduras-y-desordenes-musculares-mayores-riesgos-a-los-que-estan-expuestos-los-trabajadores-del-servicio-domestico-en-colombia>
- (3) Granados-Soler D, Jaramillo-Morales JD. Actualización del estado de situación en el cumplimiento de los derechos humanos y laborales de las trabajadoras remuneradas del hogar en Colombia y propuestas de incidencia para el cumplimiento del Convenio 189 en el marco de políticas públicas locales o regionales [Internet]. Bogotá: UTRASD; Mujeres, Dignidad y Trabajo; CARE; Fundación Bien Humano; THEMIS; AFD; 2020 [citado 2025 out 30]. Disponible en: <https://bienhumano.org/wp-content/uploads/2023/01/Cumplimiento-del-Covenio-189-de-la-OIT-1.pdf>
- (4) Organización Internacional del Trabajo (OIT). C189 - Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos [Internet]. 2011 [citado 2025 out 30]. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NO_RMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C189

SAÚDE E ECONOMIA NOS PAÍSES DO BRICS: TRAJETÓRIAS DE FINANCIAMENTO E DESAFIOS À EQUIDADE

BARRETO, A. A. M.;

LARRATEA, L. F. G.;

ANUNCIAÇÃO, D. S. G.;

SILVA, A. J. R.;

OLIVEIRA, G. L. A.

INTRODUÇÃO

Os países do BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) apresentam um crescimento econômico expressivo, permitindo maiores investimentos em saúde. Entretanto, enfrentam desafios comuns, como desigualdades no acesso aos serviços, mudanças demográficas e o aumento das doenças não transmissíveis. A pandemia de COVID-19 destacou a importância de sistemas de saúde resilientes e levou a um aumento nos gastos com saúde nesses países. Contudo, a sustentabilidade desses níveis de investimento a longo prazo permanece incerta.

A melhoria dos sistemas de saúde nos BRICS depende de uma abordagem integrada dos determinantes sociais da saúde, incluindo educação, renda e condições de moradia. Estratégias como o programa Brasil sem Miséria evidenciam como a integração entre políticas sociais e de saúde pode gerar impactos positivos. A relevância dos países do BRICS para o estudo se justifica por sua representatividade econômica, demográfica e geopolítica, abrangendo cerca de 40% da população mundial e desempenhando papéis fundamentais no desenvolvimento global e na saúde pública.

OBJETIVO

Analisar as tendências dos gastos com saúde nos países do BRICS, com ênfase na comparação entre investimentos públicos, privados e desembolsos diretos das famílias no período de 2019 a 2022.

METODOLOGIA

Foram extraídos dados de gastos com saúde dos países do BRICS para os anos de 2019, 2020 e 2021, a partir do banco de dados do Banco Mundial, bem como para o ano de 2021 e 2022, a partir do Global Health Expenditure Database (GHED) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esses dados acompanham os gastos governamentais com saúde provenientes de fontes domésticas, incluindo apoio orçamentário geral e seguros de saúde sociais, gastos privados pré-pagos, com planos e seguros de saúde de organizações não governamentais, despesas diretas (out-of-pocket), que consistem em todos os custos no ponto de serviço, incluindo copagamentos. As estimativas de gastos são relatadas em dólares correntes.

RESULTADOS

A China possui o maior PIB absoluto entre os países do BRICS, com 17.848.341,69 milhões de dólares, refletindo sua destacada força econômica no grupo. Em contraste, a África do Sul apresenta o menor PIB, totalizando 405.270,81 milhões de dólares, enquanto o Brasil ocupa a terceira posição, com 1.951.923,70 milhões de dólares.

Em 2022, a Rússia manteve a liderança, com um gasto per capita de 1.078,23 dólares, seguida pelo Brasil, com 848,57 dólares, e pela China, com 672,45 dólares. No contexto proporcional, o Brasil situou-se bem acima da média dos BRICS, com uma diferença de +3 pontos percentuais. A África do Sul, com 8,7%, também superou a média do grupo, posicionando-se como o segundo maior percentual. A Rússia, com 7,4%, permaneceu próxima à média, mas ligeiramente acima. Esses dados evidenciam variações significativas entre os países, tanto em termos absolutos quanto proporcionais, refletindo as diferentes estruturas de financiamento e prioridades em saúde.

As despesas privadas em saúde como proporção do PIB mantiveram-se estáveis, em média 3,1% nos BRICS, com o Brasil apresentando os maiores percentuais. A Índia destacou-se pelo maior percentual de gastos diretos do bolso, que reduziu de 52,0% em 2019 para 49,8% em 2021, enquanto a Rússia registrou os menores percentuais, diminuindo significativamente em 2020 devido ao incremento de investimentos públicos durante a pandemia. Em 2022, a Índia manteve a maior participação de gastos privados (59,7%), seguida pelo Brasil (55,0%). A Rússia teve a menor participação do setor privado (29,4%). Apesar da redução, a Índia continuou liderando nos gastos diretos do bolso (46,0%), apontando desafios na cobertura de saúde pública, acompanhada por China (33,6%) e Brasil (27,4%).

CONSIDERAÇÕES

Entre 2019 e 2021, os países do BRICS ampliaram os investimentos em saúde, sobretudo em gastos públicos e per capita, impulsionados pela pandemia. Persistem, porém, desigualdades: a Índia mantém baixos indicadores e alta dependência de gastos privados; Rússia e Brasil exibem maior equilíbrio. O Brasil lidera em percentual do PIB destinado à saúde, reflexo do SUS, mas ainda com forte peso de despesas privadas (1). Índia e China enfrentam desafios na cobertura universal, com altos gastos diretos das famílias. A falta de seguros públicos na Índia perpetua desigualdades e causa impactos financeiros adversos, como apontado na literatura (2). A Rússia lidera em financiamento público. As diferenças entre os países refletem prioridades e estruturas distintas. Projeções até 2030 indicam aumento dos gastos per capita, mas também desafios de sustentabilidade e eficiência (3). Avançar requer ampliar o financiamento público, fortalecer a atenção primária e implementar políticas equitativas (4). A cooperação entre os BRICS pode impulsionar sistemas de saúde mais justos, sustentáveis e inclusivos.

REFERÊNCIAS

- (1) Marten R, McIntyre D, Travassos C, et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). *The Lancet*. 2014;384:2164–71. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60075-1
- (2) Rao KD, Petrosyan V, Araujo EC, et al. Progress towards universal health coverage in BRICS: translating economic growth into better health. *Bull World Health Organ*. 2014;92:429–35. DOI: 10.2471/BLT.13.127951
- (3) Jakovljevic M, Lamnisos D, Westerman R, et al. Future health spending forecast in leading emerging BRICS markets in 2030: health policy implications. *Health Res Policy Syst*. 2022;20:23. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00822-5>
- (4) Kickbusch I. BRICS' contributions to the global health agenda. *Bull World Health Organ*. 2014;92:463–4. DOI: 10.2471/BLT.13.127944.

SISTEMAS DE SAÚDE NA DEPENDÊNCIA: REFLEXÕES A PARTIR DOS CASOS DO BRASIL E DA ARGENTINA

Arthur Lobo Costa Mattos¹

Valentina Sofía Suárez Baldo²

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues³

Cláudia Regina de Andrade Pereira⁴

Daiane Carvalho de Oliveira⁵

INTRODUÇÃO

De um ponto de vista marxista, a dependência se define como uma dupla articulação entre uma situação imperialista no sistema mundial e estruturas sociais de uma formação econômico-social dependente. A situação externa condiciona a conformação da estrutura socioeconômica; essa estrutura condicionada leva ao limite leis econômicas capitalistas, apresentando tendências particulares de desenvolvimento: a transferência de valor como intercâmbio desigual, a superexploração da força de trabalho e a cisão do ciclo de capital; seu desenvolvimento reage à situação condicionante, reforçando laços hierárquicos político-econômicos entre países centrais e periféricos (1).

O sistema de saúde, incluindo o papel do Estado nele, também encontra-se submetido à condição de dependência. Procurando desvendar suas formas concretas, pode-se considerar a história do sistema de saúde de Brasil e Argentina.

Tradicionalmente organizados seguindo o modelo de seguros sociais, os dois países tentaram reformar seus sistemas de saúde durante a segunda metade dos anos 1980, em direção à implementação de sistemas nacionais de saúde. Enquanto no Brasil o processo foi exitoso, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com manutenção de um subsistema de seguros privados, na Argentina o projeto de reforma decantou a divisão em três subsistemas (público, de seguros sociais e privado) (2).

OBJETIVO

Apresentar uma reflexão acerca das particularidades dos sistemas de saúde de países do capitalismo dependente, a partir dos casos do Brasil e da Argentina. O trabalho se inscreve em pesquisa mais ampla desenvolvida pelo Grupo Saúde, Sociedade, Estado e Mercado (SEM), do Instituto de Medicina Social (IMS), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. E-mail: artu00@gmail.com

2 Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. E-mail: valentinassb@hotmail.com

3 Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. E-mail: pharodrigues@gmail.com

4 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fiocruz), Brasil. E-mail: c.r.andrade@hotmail.com

5 Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. E-mail: daycarvalho21@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa bibliográfica e estatística. As particularidades dos sistemas de saúde dependentes são observadas pelos elementos comuns identificados no processo histórico normativo frente aos seguros e à prestação de serviços de saúde privados, e a partir de seus resultados em termos das trajetórias das coberturas populacionais.

A escolha dos casos se justifica pela existência de semelhanças entre os dois países em termos de formação econômico-social, a despeito das diferenças de escala: ocupam posições geopolíticas similares, têm economias apoiadas na exportação de produtos primários, são relativamente industrializados, têm uma renda per capita parecida e uma estrutura social profundamente desigual. Ambos são países dependentes do mesmo tipo, caracterizados pelo início antigo de industrialização, prévio à Segunda Guerra Mundial e ao começo de uma nova fase do processo de integração dos países da América Latina ao sistema capitalista monopolista mundial, conforme tipologia de Vânia Bambirra (3).

RESULTADOS

Apesar das diferenças em relação ao modelo de financiamento e prestação de serviços de saúde entre os dois casos, um elemento comum é o caráter segmentado (estratificado) dos sistemas de saúde, que espelha a desigualdade própria das formações dependentes e expressa um aspecto da cisão do ciclo do capital, no qual o consumo amplo de bens e serviços de saúde fica limitado, como bens de luxo, para a parcela da sociedade que acessa o mercado. Um indicador dessa segmentação é a alta cobertura de seguros privados de saúde em ambos países: no Brasil é de 24% (4), enquanto na Argentina é de 14,4% (5).

Outro elemento comum entre os sistemas de saúde brasileiro e argentino é o papel fundamental do Estado no estímulo à formação e ao crescimento do capital privado no setor, com uma significativa aceleração a partir dos anos 1960 e 1990.

No Brasil, a oferta de serviços públicos vem sendo historicamente estruturada por meio da contratação de clínicas e hospitais privados. Nas décadas de 1990 e 2000, observa-se a ampliação da prestação privada, incluindo o capital estrangeiro (6). Na Argentina, na década de 1970, a institucionalização da cobertura médico-assistencial dos seguros sociais canalizou recursos destes para a contratação de serviços e estabelecimentos privados (7, 8).

Medidas favoráveis aos seguros privados de saúde foram sucessivamente implementadas nos dois países: no Brasil, o desconto das mensalidades dos seguros do imposto de renda, aprovado em 1964 e ampliado na década de 1990, além de significativas desonerações tributárias (9); na Argentina, na década de 1990, a autorização de convênios entre seguros sociais e privados derivou contribuições e a atenção de seus filiados a empresas (8).

CONSIDERAÇÕES

A segmentação e o estímulo estatal ao crescimento do mercado privado de saúde são características dos sistemas de saúde na dependência que atentam contra a universalidade e a efetivação do direito à saúde. Este trabalho procurou produzir uma reflexão crítica no marco de pesquisa mais ampla que busca identificar as formas concretas em que a estrutura econômico-social dependente dos países se configura no setor saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Luce MS. Teoria marxista da dependência. São Paulo: Expressão Popular; 2018.
- (2) Alonso G. Transiciones desde el bismarckismo. Desarrollo Económico. 2020 [citado em 01 out. 2025];59(229). Disponível em: <https://revistas.ides.org.ar/desarrollo-economico/article/view/13>
- (3) Bambirra V. O capitalismo dependente latino-americano. Florianópolis: Insular; 2015.
- (4) Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS). [Internet]. [citado em 16 out. 2025]. Disponível em: <https://iessdata.iess.org.br/home>
- (5) Ministério da Saúde da Nação (MSN). Coberturas de salud en Argentina. Buenos Aires: MSN; 2023.
- (6) Rodrigues PHA, et al. Estado e acumulação de capital na saúde brasileira sob a ótica da Teoria Marxista da Dependência. Cad Saúde Pública. 2023;39(12):e00082923. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-3111XPT082923>
- (7) Isuani E, Mercer H. La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988.
- (8) Fidalgo M. Adiós al derecho a la salud. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2008.
- (9) Alves CGSL. Estrutura tributária no Brasil: padrões para as empresas de planos e seguros de saúde [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva; 2018.

SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE: ALTERNATIVA PARA O ACESSO UNIVERSAL E EQUITATIVO A CUIDADOS INTEGRAIS EM SAÚDE

Leonardo Mattos^{1,2}

Ligia Giovanella^a

Alicia Stolkiner³,

Carolina Tetelboin Henrion⁴

Matheus Zuliane Falcão⁵

Leonardo Castro^a

José Carvalho de Noronha^a

INTRODUÇÃO

A estratégia denominada Cobertura Universal de Saúde (CUS) propõe a construção de sistemas de saúde equitativos por meio da ampliação do financiamento, da cobertura de serviços, e da proteção financeira. Promovida internacionalmente desde 2005 pela OMS (1), a CUS vem orientando políticas e reformas em todo o mundo. Mas, com resultados decepcionantes (2).

Embora os gastos com saúde tenham crescido, mais de quatro bilhões de pessoas não estão cobertas por serviços de saúde e mais de um bilhão enfrentam gastos catastróficos². A promoção de esquemas segmentados de asseguramento produziu disparidades de acesso, qualidade e alocação de recursos, além de fragmentação dos cuidados. Modelos de atenção integral foram desestimulados. Reformas institucionais promoveram o setor privado e abriram espaços para a acumulação e a financeirização. Barreiras financeiras, comerciais e tecnológicas internacionais seguem limitando o acesso a bens e serviços de saúde (3,4).

Apesar dos fracassos na pandemia de Covid-19, a CUS tem sido reafirmada como horizonte. Visões alternativas (3,4) defendem a promoção de Sistemas Universais de Saúde (SUS) públicos como cerne de uma nova estratégia de universalização da cobertura, que conceba a saúde como um bem comum e um direito social, redefinindo o papel do Estado na provisão de cuidados integrais em saúde a partir de valores como solidariedade, cooperação, participação e justiça social.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivos 1) analisar criticamente a estratégia de universalização do acesso à serviços de saúde baseada na Cobertura Universal de Saúde (CUS), 2) apresentar a abordagem

1 Pesquisador, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. E-mail: leovmattos@gmail.com

2 Professor, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

3 Professora, Universidad Nacional de Lanús, Argentina

4 Professora, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, México

5 Pesquisador, Universidade de São Paulo, Brasil

dos Sistemas Universais de Saúde (SUS) como alternativa estratégica e 3) fornecer recomendações de políticas de saúde para países e governos.

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho adaptado a partir do resumo de políticas intitulado: “*Universal Health Systems: a better pathway to achieving universal and equitable access to comprehensive healthcare*”, publicado no contexto das atividades relacionadas à realização do encontro do G20 no Rio de Janeiro, Brasil, em 2024 (3). Realizou-se uma revisão da literatura destacando os fundamentos, resultados e limites da CUS. Apresenta-se o conceito de SUS e discute-se porque esta estratégia é uma alternativa mais adequada para a promoção do acesso universal à sistemas de saúde equitativos e integrais. Os resultados são apresentados como recomendações para políticas públicas e ações governamentais, a partir de dimensões como financiamento, provisão, atenção primária à saúde (APS), preparação e respostas a emergências sanitárias. Por fim, cenários futuros para os sistemas de saúde são explorados, considerando a adoção de diferentes estratégias de universalização e distintos cenários políticos e econômicos internacionais.

RESULTADOS

Os sistemas de saúde são superiores em resultados, qualidade, eficiência e equidade quando financiados por impostos, geridos por governos, com serviços ofertados pelo setor público. A opção política pelos SUS afirma este caminho para alcançar o acesso universal a cuidados de saúde integrais, englobando promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde em todo o ciclo de vida, independentemente de status social.

A implementação dos SUS exige a redefinição e fortalecimento do papel Estado. Fundos públicos e privados devem ser unificados e administrados pelos governos, eliminando intermediários e gastos privados. A ampliação do financiamento público da saúde passa por políticas econômicas redistributivas que garantam ampliação da oferta pública, investimentos permanentes e sustentabilidade financeira.

Rever a opção por seguros segmentados e serviços básicos é crucial para lidar com a fragmentação, ineficiência, altos custos, baixa qualidade e desigualdades nos sistemas de saúde. Os SUS devem alocar recursos e organizar os cuidados com base nas necessidades de saúde, a partir de uma rede de serviços públicos, integrados e regionalizados, com APS abrangente como porta de entrada, forte liderança das autoridades de saúde e participação social. Serviços privados devem ser moldados e controlados pelos SUS, priorizando o valor de uso e eliminando barreiras de acesso.

CONSIDERAÇÕES

Os resultados e limites da CUS indicam a necessidade de novas estratégias para a efetiva universalização do direito à saúde, sob risco de novo fracasso da promessa de *Saúde para Todos*.

Considerando a história, a experiência internacional e as evidências científicas, a construção de sistemas de saúde públicos e universais mostra-se alternativa mais promissora frente aos desafios políticos, sociais e sanitários do século XXI, como as emergências sanitárias.

A construção de SUS, todavia, não é trivial. Trata-se de processo de longo prazo, conflituoso, dependente de um conjunto mais amplo de reformas sociais e ações intersetoriais coordenadas sobre os determinantes da saúde. Processo que exige a reformulação do Estado e da ordem política e econômica internacional para que prevaleçam relações de cooperação e solidariedade entre povos, governos, instituições, profissionais e pacientes. E que depende de mobilização social permanente pela defesa da saúde como bem comum.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Mundial da Saúde (OMS). The world health report: health systems financing – the path to universal coverage. Genebra: OMS; 2010.
- (2) Organização Mundial da Saúde (OMS); Banco Mundial. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Genebra: OMS; Banco Mundial; 2023.
- (3) Mattos LV, Giovanella L, Stolkiner A, Tetelboin Henrion C, Falcão MZ, Castro L, Noronha JC. Universal health systems: a better pathway to achieving universal and equitable access to comprehensive healthcare. T20 Brasil Policy Brief; 2024 [citado 2025 jul 10]. Disponível em: <https://www.global-solutions-initiative.org/publication/universal-health-systems-a-better-pathway-to-achieving-universal-and-equitable-access-to-comprehensive-healthcare/>
- (4) Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar A, et al. Sistemas universais de saúde e cobertura universal de saúde: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):1763–76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>

“SÓ PUDE BEIJAR O MEU FILHO CINCO DIAS APÓS ELE NASCER”: REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 NO PARTO E NASCIMENTO”

Andressa da Silva Melo¹

Daniela Campelo Batalha Cox Moore

Karla Gonçalves Camacho

Corina Helena Figueira Mendes

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 trouxe profundas mudanças nas experiências gestacional, do parto e do nascimento num cenário de extrema cautela e preocupação, permeado por incertezas e medos (1). Além das apreensões com sua própria saúde e a do bebê, muitas gestantes e puérperas tiveram que lidar com restrições no acompanhamento pré-natal, mudanças nos protocolos hospitalares e a possibilidade de vivenciar o parto sem a presença de acompanhantes (2). Este trabalho é parte de uma dissertação de Mestrado, desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, cujo objetivo foi analisar as repercussões da pandemia de COVID-19 na experiência gestacional e nas decisões das gestantes sobre vacinas e imunização. Neste recorte, apresentamos análise sobre as repercussões na experiência do parto e do nascimento, considerando as dimensões físicas, emocionais e sociais que permeiam esses processos, especialmente durante o contexto pandêmico.

OBJETIVO

Compreender os impactos da pandemia da COVID-19 nas experiências do parto e nascimento de pessoas que gestaram e pariram no período entre março de 2020 e novembro de 2023.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, descritivo e qualitativo por meio de questionário *on-line* com 1230 respondentes. Esse instrumento possuía 04 perguntas fechadas e 05 abertas. No estudo foi utilizado o software IRaMuTeQ (versão 7.2) para análise textual de relatos de 440 gestantes, por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Essa classificação tem a função de obter segmentos de texto, que apresentam vocabulário similar e a diferenciação de outras classes. Foram destacadas as palavras com maior associação estatística (qui-quadrado) e identificadas correlações com variáveis sociodemográficas. Os resultados obtidos através das análises lexicais e multivariadas realizadas com o software IRaMuTeQ são baseados nas respostas dos participantes à pergunta aberta “comente se a

1 Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – FIOCRUZ; E-mail: andressa.dsmelo@gmail.com

pandemia da COVID-19 tornou a sua gravidez mais difícil do que você esperava” do questionário *online*. As informações foram organizadas em classes temáticas, neste trabalho apresentamos os resultados da análise da denominada Classe 3 dedicada às repercussões da pandemia na experiência de parto e nascimento, sendo nela agrupados vocábulos fortemente associados ao contexto do parto e suas implicações durante a pandemia: “parto”, “dia”, “semana”, “filho”, “nascer”, “gestacional”, “cesárea”, “diabetes”, “UTI” e “pressão”.

RESULTADOS

As narrativas analisadas enunciam experiências de medo, insegurança e desamparo decorrentes, especialmente pela ausência de acompanhantes em função da rigidez dos protocolos hospitalares e o risco de infecção. Em um contexto de crise sanitária, os corpos de pessoas gestantes foram marcados por múltiplas vulnerabilidades: biológica, emocional, institucional e social. O parto, que foram desse contexto poderia ser uma experiência de potência e transição, surge em muitos relatos, como experiência de ruptura de expectativas de cuidado e de violação do direito. Em diversos relatos, sobressaem elementos característicos da violência obstétrica, que se manifesta tanto em práticas coercitivas quanto na negligência institucionalizada. O distanciamento afetivo, a medicalização excessiva, o impedimento de escolhas sobre o próprio corpo e a ausência de escuta ativa por parte dos profissionais emergem como marcas de um modelo biomédico centrado na racionalidade técnica e na gestão do risco, em detrimento do cuidado integral e da subjetividade da parturiente que foi fortemente valorizado na oferta de cuidados perinatais durante a pandemia (3,4). A análise lexical aponta a relação entre impactos negativos no parto e determinantes sociais, como baixa renda e escolaridade. As desigualdades estruturais — de classe, território e acesso a informações e serviços — ampliaram a rede de opressões e as vulnerabilidades gestacionais. Além das complicações clínicas, destacam-se efeitos psíquicos e simbólicos, como solidão, frustração e quebra de expectativas, que ressaltam a necessidade de práticas de cuidado sensíveis aos direitos reprodutivos, especialmente em situações excepcionais.

CONCLUSÕES

A pandemia impactou profundamente a experiência gestacional, acentuando desigualdades no acesso à assistência e gerando efeitos emocionais e clínicos significativos. As medidas sanitárias, embora necessárias, limitaram a presença de acompanhantes e comprometeram a humanização do parto, intensificando o sofrimento psicológico. O estudo evidencia medos, incertezas e repercussões da COVID-19 no parto e nascimento, marcados pela ausência de apoio, precarização do atendimento, risco de contaminação e complicações de saúde. Os relatos evidenciam a urgência de consolidar práticas de cuidado que superem a racionalidade biomédica hegemônica, reconhecendo a autonomia das gestantes como fundamento ético-político da atenção obstétrica. Tal processo requer o enfrentamento das desigualdades estruturais que atravessam o acesso à saúde reprodutiva, bem como a reconfiguração das relações de poder no cuidado, pautada na escuta qualificada, no consentimento informado e no reconhecimento das singularidades gestacionais, especialmente em contextos de crise como a pandemia de COVID-19.

REFERÊNCIAS

- (1) Alfaraj SH, Al-Tawfiq JA, Memish ZA. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) infection during pregnancy: report of two cases and review of the literature. *J Microbiol Immunol Infect.* 2019 Jun;52(3):501–3. DOI: 10.1016/j.jmii.2018.04.005
- (2) Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica: orientações para gestantes e puérperas no contexto da COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado em 14 abr 2025]. Disponível em: <https://profsaudeabrasco.fiocruz.br/sites/default/files/publicacoes/notatecnicagestantes72020cocamcgcividapessapsms03abr2020covid-19.pdf>
- (3) Yassa M, Birol P, Yirmibes C, Usta C, Haydar A, Yassa A, et al. Near-term pregnant women's attitude toward, concern about and knowledge of the COVID-19 pandemic. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020 19;1–8.DOI: 10.1080/14767058.2020.1763947
- (4) Ruiz MT, Angotti HFT, Silva JA, Borges ÉBO, Wernet M, Fonseca LMM, et al. Gestações e nascimentos em tempos de COVID-19. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2024 [citado em 14 mai 2025];37:eAPE01381. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0001381>

TODO MUNDO TEM QUE FAZER TERAPIA? DESAFIOS DA UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE MENTAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Gabriela Andrade da Silva¹

INTRODUÇÃO

Nas redes sociais, expressões como “todo mundo tem que fazer terapia” e exigência de “terapia em dia” reforçam a valorização da psicoterapia e sugerem sua necessidade universal. Contudo, segundo a Lei 8.080/1990 (1), se a psicoterapia for imprescindível à saúde mental, deveria ser garantida a todos pelo SUS, obedecendo ao princípio de universalidade.

No entanto, a literatura mostra que ambulatorios de saúde mental e outros serviços públicos de psicologia apresentam longas filas de espera. Observam-se tendência à medicalização, com alta frequência de prescrições de psicofármacos, e itinerários terapêuticos constituídos por diversos encaminhamentos, pois é comum que profissionais de saúde não se sintam capacitadas/os para atender demandas de saúde mental, ou estejam sobrecarregadas/os (2).

OBJETIVO

Este ensaio teórico discute a inviabilidade da oferta universal de psicoterapia e propõe estratégias para ampliar o acesso a serviços psicológicos no SUS, respeitando os princípios doutrinários de integralidade e universalidade.

DESENVOLVIMENTO

Tomando como exemplo o estado de São Paulo, a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) foi estimada em cerca de 20% na capital (3). Generalizando esse resultado para todo o estado, isso corresponderia a aproximadamente 9,2 milhões de pessoas com TMC, considerando-se a população indicada pelo Censo do IBGE de 2022 (4). Com 160.511 psicólogas/os registradas/os no Conselho Regional de Psicologia em janeiro de 2025 (5) e apenas 29.314 psicólogas/os clínicas/os atuando no SUS em fevereiro de 2025 (6), há um desequilíbrio entre demanda e capacidade de atendimento, chegando a 314 pessoas com TMC por profissional no SUS.

A organização tradicional da psicoterapia, com sessões semanais de cerca de 50 minutos e outras demandas associadas, tais como atualização de prontuários, estudos de caso, supervisão clínica e elaboração de documentos psicológicos, torna inviável atender esse volume populacional. Além disso,

¹ Professora Adjunta do Centro de Formação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Professora Permanente Externa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS) do Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: gabriela.silva@ufsb.edu.br

esse cálculo não considera outras situações que demandam atenção psicológica, embora não preencham critérios para psicopatologias. A contratação de mais profissionais é limitada por fatores orçamentários e distribuição desigual de psicólogas/os no Brasil, além da necessidade de atuação dessas/es profissionais em outras políticas públicas, como educação e assistência social.

Assim, a forma de organização do trabalho em saúde mental, baseada em tecnologias leves, mas com grande empenho de tempo e necessidade de vinculação entre profissionais e usuárias/os, é um desafio para a universalização do acesso preconizada pelo SUS. A solução deve ser a busca de estratégias alternativas, também efetivas, mas que demandem menos tempo de cada profissional com cada usuário/a.

Essa situação tem desencadeado uma crise na psicologia, evidenciando a necessidade de repensar a atuação profissional, a partir da concepção e validação da efetividade de novas práticas. Porém, ainda há barreiras a transpor, como o financiamento do SUS organizado por sessão/atendimento; a perspectiva das/os psicólogas/os de que a fila de espera não seria indicador de baixa resolubilidade, mas de demanda reprimida, sinalizando a alta necessidade da clínica psicológica, para a qual deveriam ser contratadas/os mais profissionais; e tendências ideológicas que direcionam a triagem de usuárias/os, priorizando pessoas que se enquadram nos modelos mais clássicos das teorias psicológicas e negligenciando as que têm problemas mais graves e/ou maior vulnerabilidade socioeconômica (7).

CONSIDERAÇÕES

A psicoterapia individual universal é inviável, tornando necessário abandonar a ideia de que “todos precisam de terapia”. Em vez disso, devemos investir na promoção da saúde mental, por meio de intervenções intersetoriais nos determinantes sociais, com foco na melhoria das condições de vida e no combate às opressões, reduzindo a prevalência de transtornos mentais.

Atenção especial deve ser dada à atenção básica, por sua ampla inserção territorial, incluindo psicólogas/os nas equipes de saúde ou viabilizando o matriciamento, para fortalecer a promoção e a assistência à saúde mental. Além disso, serviços de saúde mental devem investir em práticas coletivas e/ou emergentes, como atendimentos em grupo, oficinas, terapias integrativas, plantões psicológicos e abordagens online, garantindo maior alcance das/os profissionais. A psicoterapia, por sua vez, não precisa ser banida do SUS, mas deve ser reservada a situações que possam se beneficiar de abordagens de curta duração.

Entendemos que são necessárias mais pesquisas empíricas sobre práticas emergentes e a incorporação dessas discussões na formação em psicologia, em que ainda predominam abordagens individualizantes.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1990 [citado 2025 mar 25]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- (2) Paiano M, Maftum MA, Haddad MCL, Marcon SS. Ambulatório de saúde mental: fragilidades apontadas por profissionais. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(3):e0040014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000040014>
- (3) Santos GBV, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(11):e00236318. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>
- (4) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). São Paulo [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2023 [citado 2025 mar 25]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp.html>
- (5) Conselho Federal de Psicologia (CFP). Quantos somos? [Internet]. Brasília (DF): CFP; 2025 [citado 2025 mar 25]. Disponível em: <https://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/>
- (6) Ministério da Saúde (BR). DataSUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – São Paulo [Internet]. Brasília (DF): DataSUS; 2025 [citado 2025 mar 25]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02sp.def>
- (7) Senne WA. Psicologia e saúde: formação e profissão. *Mnemosine.* 2011 [citado 2025 mar 25];7(2):89–103. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41476>

TRATO Y ATENCIÓN PRENATAL A GESTANTES ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN URUGUAY: UN ANÁLISIS DESDE LA EQUIDAD EN SALUD

Andrea Akar¹

INTRODUCCIÓN

La equidad en salud implica garantizar que todas las personas accedan a servicios de calidad sin discriminación, asegurando el respeto por sus derechos. Es clave destacar que las instituciones de salud cumplen con funciones de control y vigilancia; teniendo relaciones específicas de poder y produciendo discursos (éticos, científicos, jurídicos) que dominan la vida social y la moldean¹. En el caso de las adolescentes gestantes, el acceso a una atención prenatal respetuosa y de calidad es fundamental para su bienestar físico y emocional². No obstante, los sistemas de salud enfrentan desafíos para adaptar sus modelos de atención a las necesidades de esta población, quienes frecuentemente experimentan barreras en el acceso y trato inadecuado en los servicios de salud.

Este estudio indaga en las experiencias de gestantes adolescentes en la consulta prenatal dentro del Primer Nivel de Atención (PNA) del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay³. A través de un enfoque cualitativo, se analizaron los testimonios de adolescentes gestantes con el objetivo de identificar elementos clave en el trato profesional, barreras en la atención y la presencia de violencia obstétrica institucional. Se busca visibilizar las prácticas no respetuosas en el PNA, que puedan incluso configurar violencia obstétrica, para proponer cambios que mejoren la atención y las trayectorias de jóvenes gestantes, consolidando sus derechos sexuales y reproductivos.

OBJETIVO

Conocer las experiencias y el trato vivido por gestantes adolescentes en el contexto de la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio cualitativo de tipo exploratorio. La investigación cualitativa permite al investigador acercarse al problema desde la comprensión del contexto⁴. Este estudio es exploratorio dado el escaso conocimiento existente sobre el tema⁵, con antecedentes bibliográficos limitados a nivel nacional e internacional sobre el trato materno en la consulta prenatal desde la experiencia de las gestantes adolescentes.

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, guiadas por preguntas abiertas. Se aplicó un muestreo intencional teórico no probabilístico. La población objetivo fueron

1 Obstetra Partera, Magister en Derechos de Infancia y Políticas Públicas. Profesora Adjunta de Unidad Académica de Partería y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de la República. E-mail: andreaakar@fmed.edu.uy

adolescentes primigestas del segundo al cuarto mes de puerperio que asistieron al menos a una consulta prenatal. Los criterios de inclusión incluyeron adolescentes de 15 a 19 años, que recibieron atención en el PNA del SNIS en el área Metropolitana y Costa de Oro. El tamaño muestral se determinó por saturación de datos, logrando un total de 12 entrevistas entre agosto y diciembre de 2023. Las entrevistas fueron grabadas con consentimiento previo, transcritas íntegramente y complementadas con datos sociodemográficos. El análisis se llevó a cabo mediante el método analítico inductivo, segmentando la información en unidades de significado y estableciendo categorías basadas en los discursos.

RESULTADOS

Los hallazgos evidencian que las adolescentes gestantes enfrentan múltiples desafíos en su atención prenatal. Se identificó una atención predominantemente adulto céntrica, con dificultades en la comunicación entre las usuarias y los equipos de salud. Muchas adolescentes refirieron sentir que sus preocupaciones no eran tomadas en cuenta y que la información recibida sobre el embarazo, parto y puerperio era limitada o poco comprensible. Esta falta de accesibilidad comunicacional impacta directamente en la adherencia a los controles y en su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud.

Además, se evidenciaron prácticas de violencia obstétrica, expresadas en un trato deshumanizado y en la falta de sensibilidad del personal durante los procedimientos clínicos. Algunas adolescentes manifestaron sentirse juzgadas o infantilizadas, lo que generó experiencias negativas en su proceso gestacional. La ausencia de espacios de atención diferenciados para adolescentes dentro del PNA contribuye a la brecha en la calidad del servicio, reforzando desigualdades en el acceso y en el trato recibido.

Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de una transformación en los modelos de atención prenatal, promoviendo un enfoque centrado en la usuaria que garantice su derecho a una atención digna y libre de violencia. Se destaca la importancia de fortalecer la formación del personal de salud en enfoques de derechos, equidad y comunicación efectiva, asegurando que la consulta prenatal sea un espacio de contención y acompañamiento integral.

CONCLUSIONES

Garantizar la equidad en la atención prenatal de gestantes adolescentes requiere adaptar los servicios de salud con un enfoque inclusivo y libre de violencia. Es esencial promover la capacitación continua del personal de salud en comunicación efectiva y trato respetuoso, así como asegurar la participación activa de las adolescentes en la toma de decisiones, en línea con la Convención sobre los Derechos del Niño. La violencia obstétrica debe abordarse como una problemática estructural desde el inicio del embarazo, implementando estrategias que favorezcan la accesibilidad y la continuidad en la atención. Finalmente, integrar la consulta prenatal en espacios especializados para adolescentes dentro del PNA contribuirá a reducir las inequidades y a garantizar una experiencia de atención positiva y segura para todas las jóvenes gestantes.

REFERENCIAS

- (1) Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2015.
- (2) del Risco O, Zambrano E, Guerrero N, Surita F. Buenas prácticas en la atención prenatal a adolescentes embarazadas: perspectivas de profesionales de la salud. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2021;72(3):244. DOI: 10.18597/rcog.3695.
- (3) Akar Moreno, A. Experiencias de gestantes adolescentes sobre el trato profesional en la consulta prenatal en el Primer Nivel de Atención. [Internet]. 2024. [citado: 2025 febrero] 109 p. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/47050/1/Akar%2c%20Andrea.pdf>
- (4) Palacios J. Las técnicas cualitativas de investigación social en la medición de calidad de los servicios públicos: una aproximación teórica y metodológica. *Rev Castellano-Manchega Cienc Soc.* 2001;(4):85-100. DOI: 10.20932/barataria.v0i4.270.
- (5) Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Mc Graw Hill; 2020.

UNIVERSIDADE PROMOTORA DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ACESSO A SAÚDE

Maurício Caetano Matias Soares¹

Ewelín de Araujo Silva

Mariana Santos de Souza

Mariana dos Santos Gouveia

Samara Cortes Pereira

APRESENTAÇÃO

Trata-se da resultante de uma pesquisa sobre os desafios e potencialidades da Rede Brasileira de Universidades Promotoras da Saúde (Rebraups) na construção e efetivação das propostas de Universidades Promotoras de Saúde (UPS) pelo Brasil. As UPS “tem a responsabilidade de criar uma cultura de Promoção da Saúde (PS) em seu campus, no ambiente social e comunitário externo” (1), e instituir novas condições sanitária para a população interna e adjacente das Instituições de Ensino Superior (IES). E, a Rebraups é uma iniciativa que reúne as IES comprometidas em desenvolver políticas e práticas que promovam a saúde de forma integrada em suas comunidades acadêmicas, evidenciando o elo educação-saúde, no tocante não restrito a concepção de formação, mas de promoção da saúde. Todavia, essa iniciativa se depara com as profundas transformações societárias ocorridas, por consequência, do processo de reestruturação do capital pós-crise dos anos 1970. (2). A proposta neoliberal alinhada as ideias neoconservadoras e a reestruturação produtiva reverberaram no assoreamento das universidades; na precarização das relações trabalhistas; no desprezo ao bem-estar coletivo, entre outros fenômenos promotores da sobrecarga de trabalho e aumento de doenças físicas e mentais nas universidades e nos espaços de trabalho, chamando a atenção para os setores de saúde (3).

OBJETIVOS

Identificar nos debates das oficinas temáticas do 3º Encontro da Rebraups as particularidades, potencialidades e os desafios na construção e manutenção de uma UPS no contexto da Educação Superior no Brasil forjado pelo capitalismo contemporâneo. E, com isso, destacar a importância de redes de apoio, como a Rebraups na construção de uma nova cultura de saúde na comunidade acadêmica.

¹ Assistente Social, Professor Adjunto do Curso de Serviço Social da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e coordenador do Núcleo de Pesquisa e Extensão sobre Meio Ambiente, Assistência Social Saúde e Serviço Social (NUPEMASS). E-mail: mcaetanosoares@ufrrj.br

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de Pós-graduação Lato Sensu, que utilizou a relatoria das oficinas temáticas (gestão, ensino, pesquisa e extensão) ocorridas nos dois dias do 3º Encontro da Rebarups, que aconteceu em 21 e 22 de outubro de 2024, na Biblioteca Parque Municipal, na cidade do Rio de Janeiro, como fonte primária. Ela foi construída por 4 estudantes e um professor da graduação do curso de Serviço Social da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), que atuaram como observadores participantes. O desenvolvimento da análise foi subsidiado pelas fontes secundárias elencadas a partir de um levantamento bibliográfico tendo como direção as categorias principais desse trabalho: Ensino Superior no Brasil, Promoção da Saúde, UPS e Rebraups. A base da interpretação foi pautada no Método crítico dialético de Marx. Toda a pesquisa foi estruturada em 4 etapas. 1- Planejamento e construção da proposta; 2- levantamento e estudo sobre as categorias em debate; 2- participação-observante no 3º Encontro da Rebraups (2024) e construção da relatoria do evento; 3- compilação dos dados, análise dos dados e construção do relatório final.

RESULTADOS

Particularidades:

A Rebraups é pouco conhecida; baixa legitimação e reconhecimento de seus protagonismos nas lutas coletivas; não possui suporte de financiamento permanente e pessoal para a realização de suas atividades; baixo entendimento das universidades sobre a importância e existência das UPS; possível rejeição da proposta de UPS pela gestão das universidades, devido ao cenário de mercantilização da educação superior; neoliberalismo na política de educação; focalização do gestão das universidades na extensão e na aquisição de recursos; ênfase no modelo de EaD; universidade produtivista e fragmentada; divergências sobre o conceito de Promoção da Saúde; divergência sobre as responsabilidades das universidades e da Rebraups no que tange as ações.

Potencialidades:

A Rebraups pode auxiliar na produção de uma reforma curricular que atenda o protagonismo da saúde; construir estratégias para o envolvimento da gestão e servidores; capacitar e preparar comunidade acadêmica; criar fóruns; elaborar políticas; mapear diagnóstico sanitário das universidades; construir agenda nacional de UPS; formar de GTs; articular a ampliação da política de assistência estudantil.

Desafios:

Integrar Rebraups – MEC; ampliar a abrangência de comunicação da Rebraups; criar banco nacional de práticas em PS; protagonizar a construção de proposta de implantação de divisão de saúde nos Institutos Federais; mapear o perfil dos alunos da universidade; reconhecer a realidade da universidade e seus efeitos epidemiológicos; estabelecer manejo com a política institucional; buscar junto ao MEC orçamento para a UPS; conhecer e divulgar os programas institucionais em PS; informar sobre metas em PS; combater a desinformação; criar comitê intersetorial; e, elaborar indicadores comuns.

CONSIDERAÇÕES

O debate sobre UPS se constitui como desafio para as universidades e para Rebraups e o seu reconhecimento como estratégia de ampliação ao acesso a saúde pública. Todavia, os impactos das propostas capitalistas de desmonte e recondução da Educação Superior aos moldes do Protocolo de Bolonha agudiza os desafios de se estabelecer a saúde e a educação como direitos sociais universais. (3). A dinâmica do produtivismo acirra a competitividade e as oportunidades de bolsa definem os interesses de professores e alunos, alinhando-os a lógica empresarial, que determina o que se deve e como deve ser estudado. Na área da saúde, múltiplas pesquisas são direcionadas pela indústria farmacêutica enquanto nas demais a saúde é pouco evidenciada. Assim a proposta de construir uma UPS significa criar formas de lidar com essas contradições e promover qualidade de ensino e de vida, reconhecendo a comunidade acadêmica como um conjunto de trabalhadores em execução e formação dignos de cidadania. (4).

REFERÊNCIAS

- (1) Arroyo HV. El movimiento de universidades promotoras de la salud. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018;31(4):1–4.
- (2) Netto JP. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. *Serv Soc Soc*. 1996;17(50):87–132.
- (3) Tuão RS. Estratégias do Banco Interamericano de Desenvolvimento para educação em tempos de pandemia. In: Lamosa R, organizador. *Classe dominante e educação em tempos de pandemia: uma tragédia anunciada*. Parnaíba: Terra Sem Amos; 2020. p. 23–34.
- (4) Damasceno DL, Pimental AM. A promoção da saúde no ensino superior e o movimento de universidades promotoras da saúde: conceitos, construção e desafios. In: Rezende FF, Borges CS, organizadores. *Educação: pesquisa, aplicação e novas tendências*. São Paulo: Editora Científica Digital; 2022. v. 1. p. 285–308.

VALORES QUE SUSTENTAN LA MORAL DE ADULTOS EN UNIONES TEMPRANAS CON MENORES DE EDAD

Melissa Lebrón Herrera¹

INTRODUCCIÓN

Matrimonio infantil y uniones tempranas en la República Dominicana: datos estadísticos y contexto legislativo.

El matrimonio y las uniones tempranas se definen como todo matrimonio formal o unión informal entre una persona menor de 18 años de edad que convive con otra persona que puede o no ser adulta (1). Es necesario distinguir entre el matrimonio legalmente establecido, y el matrimonio de hecho, establecido por medios informales. El primero se conoce como Matrimonio Infantil (MI) y el segundo como Unión Temprana (UT)(2).

Las UT y el MI son una práctica actualmente presente en nuestra sociedad y culturalmente normalizadas, dichas prácticas impactan negativamente la vida de las niñas y adolescentes, perpetuando el ciclo de la pobreza debido al exponerlas a violencia económica, física, mental y al considerarse factores de riesgo para las agresiones sexuales y embarazos no planificados en adolescentes(3).

República Dominicana tiene una de las tasas más altas de América Latina y el Caribe de MI y UT. El 36% de las dominicanas se casó o se unió por primera vez antes de los 18 años y el 12% antes de los 15.

En República Dominicana, los estudios realizados hasta el momento no han tenido como sujeto de estudio al hombre en este tipo de relaciones. Haciendo necesarias las investigaciones que aborden esta problemática desde el enfoque de la masculinidad y sus valores.

OBJETIVO

Objetivo general:

Analizar los valores de hombres adultos que están o han estado unidos con menores de 18 años.

Objetivos específicos:

Identificar el tipo de unión más frecuente.

Determinar los tipos de familia del cual provienen los sujetos de la investigación.

Conocer la preferencia al momento de elegir parejas.

1 Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset.
E-mail: dralebronzherrera@gmail.com

Determinar los motivos de la justificación o no de la violencia entre pareja.

Identificar la edad adecuada en el imaginario de los sujetos para iniciarse sexualmente.

METODOLOGÍA

Se recolectaron los datos utilizando un cuestionario compuesto por una primera sección donde se recogen datos sociodemográficos, su criterio respecto a la iniciación sexual de los adolescentes, la violencia de género y una segunda sección de un cuestionario de valores.

En El Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina durante el período de junio a julio de 2024 se seleccionaron los sujetos del estudio de manera aleatoria, hasta alcanzar el tamaño muestral de 30 participantes, siendo un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. El tamaño muestral se compuso por quienes decidieron participar en el estudio durante el levantamiento de datos, pues el dato de los hombres que acompaña a sus parejas y cuántas son menores de edad no es un registro del centro de salud. Utilizamos como criterio de inclusión hombres que le lleven 5 años o más a sus parejas menores de edad, que se encuentran actualmente en una relación con esa diferencia de edad o que haya sido esa la diferencia de edad al momento de formalizar la relación.

Se utilizó como herramienta de tabulación y análisis de datos Google Form y se elaboraron gráficos propios para agrupar los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Los hombres de la muestra tenían entre 20 y 67 años de edad. El 93,1% afirmó estar en unión libre y solo 6,9% confirmó estar casado por la oficialía civil, ninguno afirmó estar casado por la iglesia. Aun siendo sujetos que están unidos o han estado unidos con menores de edad, el 63,3% considera que un chico menor de edad no es responsable de su vida sexual, pero 73,3% considera que una chica menor de edad tampoco es responsable de su vida sexual.

Respecto a la iniciación temprana de las relaciones sexuales, las respuestas para los chicos iniciaron en los 13 años de edad, hasta los 22 años, siendo el pico de edad con mayor respuesta los 18 años (36%). Al momento de realizar la misma pregunta, pero en el caso de chicas, las respuestas sobre la edad que consideran apropiada que inicien su vida sexual empieza en los 15 años hasta los 25 años, siendo la respuesta más frecuente los 18 años (50%).

Sobre la justificación de la violencia hacia su pareja, el 86,7% afirmó que la violencia del hombre hacia su pareja no está justificada, mientras que el resto justificó la violencia bajo circunstancias de “infidelidad”, si su pareja “lo provoca” o “si hay sucio o reguero en la casa”. Sobre si la violencia de la mujer hacia su pareja es justificable, el 73,3% afirmó que no, a diferencia del resto que lo justificó “si existen faltas de respeto”, “si la mujer se cree el hombre de la relación”, “si hay infidelidad”, “si la mujer encuentra algo raro en el celular”, “cuando el hombre se bebe el dinero de la casa”, “si enamora a otras mujeres”, o por “celos”.

Del listado de valores, el valor más seleccionado como *más importante* fue la seguridad familiar (33,3%), y el segundo más escogido fue la igualdad (10%).

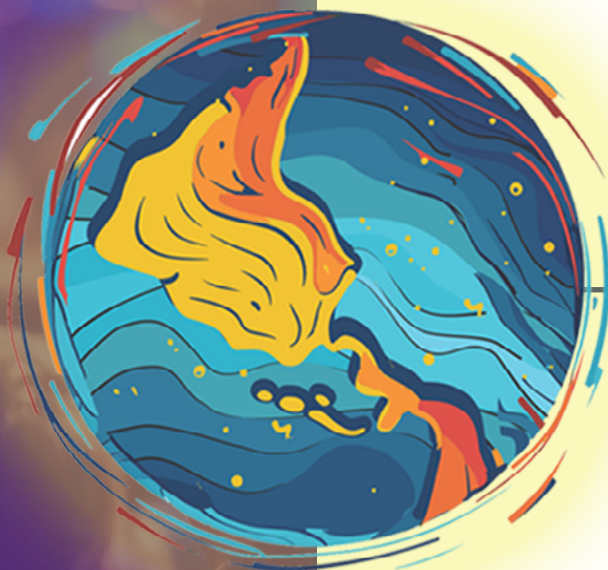
CONCLUSIONES

La construcción heteronormativa de la masculinidad en la sociedad dominicana tiene un gran impacto en el MI y las UT debido a que en el imaginario de los hombres es vista como buena y válida la iniciación temprana de la relaciones sexuales más en el sexo masculino que en el femenino, pero al momento de los hombres iniciar prematuramente su vida sexual también iniciaran a otras adolescentes o niñas en edades similares o menores que ellos, y la iniciación sexual precoz es una de las actitudes de riesgo para el MI y las UT.

Que los hombres perciban como valor más importante para sí mismos la seguridad y protección familiar, si bien es un rol relevante dentro de la dinámica familiar, en cuanto a MI y UT se refiere puede desencadenar actitudes paternalistas al momento de vincularse con menores de edad debido a que las mismas buscan seguridad y protección financiera en muchos casos, creando dependencia económica hacia sus parejas que puede desarrollar actitudes machistas y violencia.

REFERENCIAS

- (1) UNICEF. Prevención del matrimonio infantil y uniones tempranas [Internet]. [citado 2024 jun 24]. Disponible en: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/prevencion-del-matrimonio-infantil-y-uniones-tempranas>
- (2) Alvarez GAO, Ruitiña CV, Pacheco GMM. Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas del matrimonio infantil y género en cuatro comunidades de la provincia San Cristóbal. Santo Domingo: UNICEF República Dominicana; 2021
- (3) NICEF DATA. Child marriage [Internet]. [citado 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>
- (4) Disla N. *Las masculinidades y su impacto en el matrimonio infantil y las uniones tempranas*. Santo Domingo: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); marzo de 2020 [citado 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/media/3261/file/Las%20masculinidades%20y%20su%20impacto%20en%20el%20matrimonio%20infantil.pdf>
- (5) Taylor AY, Murphy-Graham E, Van Horn J, Vaitla B, Del Valle Á, Cislighi B. Child Marriages and Unions in Latin America: Understanding the Roles of Agency and Social Norms. *J Adolesc Health*. abril de 2019 [citado 2025 maio 10];64(4):S45-51. Disponible en: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(19\)30007-2/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(19)30007-2/fulltext)



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

EJE 4: SALUD Y DEMOCRACIA

EIXO 4: SAÚDE E DEMOCRACIA

Comunicación Oral/Comunicação Oral

EJE 4: SALUD Y DEMOCRACIA/ EIXO 4: SAÚDE E DEMOCRACIA

Comunicación Oral/Comunicação Oral

AFETO E COLETIVIDADE EM AÇÃO: A PRÁTICA EXTENSIONISTA COMO APRENDIZADO COPARTICIPATIVO	385
ANTI-DEMOCRÁTICAS, ANTI-SUS E ANTI-GÊNERO?: NOTAS SOBRE ESTRATÉGIAS POLÍTICAS DE RECONHECIMENTO DE “MULHERES CONSERVADORAS” NO BRASIL CONTEMPORÂNEO	387
BASE DE DADOS TRILÍNGUE DE MEDICINA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA LATINO-AMERICANA	390
CATEGORIZAÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO EM MACAÉ: ESTRATÉGIA DEMOCRÁTICA QUE TRAZ A TRANSPARÊNCIA DA QUALIDADE SANITÁRIA DOS ALIMENTOS SERVIDOS À POPULAÇÃO	393
CICLO DE FORMAÇÃO CRÍTICA: A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE EM PERSPECTIVAS GLOBAIS E BRASILEIRAS	396
DE LA EDUCACIÓN POPULAR A LA ACCIÓN COLECTIVA: PRÁCTICAS COMUNITARIAS QUE DISPUTAN LA CONSTRUCCIÓN DE TERRITORIOS SALUDABLES	399
DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO MÚLTIPLOS EM TRÊS MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA.....	402
EN DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD: LA PARTICIPACIÓN DEL COLEGIO MÉDICO DOMINICANO Y LA COBERTURA MEDIÁTICA DE SUS LUCHAS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA	405
ENFERMERÍA COMUNITARIA, JUSTICIA SOCIAL Y DISPUTA DE SENTIDO: UNA EXPERIENCIA SITUADA EN EL BARRIO FÉLIX U. CAMET	407
GOVERNANÇA CRIMINAL NA SAÚDE EM DIFERENTES CONTEXTOS ARMADOS NO RIO DE JANEIRO, 2024.....	409
HERRAMIENTAS INTERCULTURALES PARA PROCESOS PEDAGÓGICOS, PARTICIPATIVOS E INVESTIGATIVOS SOBRE BUEN VIVIR DE UN PUEBLO INDÍGENA NASA, COLOMBIA	412
JORNADAS JURÍDICAS POR LA VIDA DIGNA: INCIDENCIA POPULAR FRENTE AL MODELO NEOLIBERAL Y LA VULNERACIÓN SISTEMÁTICA DEL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA.....	415
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE, DIÁLOGO INSTITUCIONAL E DEMOCRACIA: UMA ANÁLISE DA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM PETRÓPOLIS/RJ.....	418
MODELO DE GOBERNANZA EN SALUD RURAL DESDE LA SANOLOGÍA EN LA PLATA HUILA, COLOMBIA	421
NIÑECES, TERRITORIO Y SALUD: RESIGNIFICANDO LA FONOAUDIOLOGÍA EN CONTEXTOS RURALES	424
O ENGAJAMENTO DE MULHERES DE FAVELA NA LUTA PELA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE.....	427
PEDAGOGÍA PARA LA IGUALDAD: UNA EXPERIENCIA A TRAVÉS DEL ARTE.....	430
PERFIL DOS MINISTROS DA SAÚDE LATINOAMERICANOS EM 2025.....	433
PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AO <i>STEALTHING</i> : DESAFIOS AO CUIDADO.....	436

PROPUESTAS EDUCATIVAS COMO ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD EN TERRITORIO: FORMACIÓN DE PROMOTORAS/ES DE SALUD POR LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA EN PUNTA LARA.....	439
RELAÇÕES DO DESIGN COM A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE ATRAVÉS DA DIVULGAÇÃO E POPULARIZAÇÃO DA CIÊNCIA.....	442
¿RESILIENCIA O RESISTENCIA PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD?	445
SAÚDE, CIÊNCIA E PARTICIPAÇÃO POPULAR: TECENDO REDES EM DEFESA DO SUS	448
UMA NOVA NOMENCLATURA, A MESMA BARBÁRIE: UMA ANÁLISE CRÍTICA AO PAPEL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DOS DOENTES MENTAIS E DOS TOXICÔMANOS NO BRASIL.....	451

AFETO E COLETIVIDADE EM AÇÃO: A PRÁTICA EXTENSIONISTA COMO APRENDIZADO COPARTICIPATIVO

Camille Ramalho Fonteneles¹

Gleicielly Zopelaro Braga²

INTRODUÇÃO

Ao discutir uma educação amorosa, bell hooks (1) sublinha que a verdadeira pedagogia emerge de um espaço de reciprocidade, onde há troca de afeto e respeito entre educadores e educandos. Esse novo paradigma de educação não colonizadora está alinhado com a proposta da eletiva “Ação Extensionista: Uma Experiência Sentipensante”, unidade curricular do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto, em Petrópolis, RJ, que integra o sentir e o pensar como elementos complementares no processo de aprendizagem.

Minha experiência com essa eletiva foi marcada por uma transformação gradual, à medida que fui imersa nos princípios dessa prática contracolonial e afetiva. As aulas foram conduzidas de maneira a respeitar e refletir a essência da experiência sentipensante, ou seja, não houve imposições, mas convites à reflexão, à vivência e ao entendimento de que o aprendizado é um processo coletivo e contínuo. Só se resolve um problema quando o identificamos verdadeiramente sob a ótica de quem o vivencia.

OBJETIVO

O objetivo da eletiva é criar um espaço de construção conjunta, em que o saber e o sentir se complementam, ressignificando práticas de saúde e educação. Inspirada na pedagogia do afeto de bell hooks (1), essa prática promove um ambiente acolhedor, com diálogos horizontais que integram saberes populares e acadêmicos. Krenak (2), em *Ideias para adiar o fim do mundo*, reforça essa visão, ao defender uma educação que valoriza as relações e a diversidade de saberes e experiências.

METODOLOGIA

Nos encontros semanais da eletiva, participávamos de rodas de conversa e jogos teatrais para discutir textos de autores como Paulo Freire, bell hooks, Conceição Evaristo, Ailton Krenak, Luiz Rufino e outros, de forma coletiva e dialógica. Os encontros começavam com a dinâmica de “chegança”, conduzida por um aluno, permitindo que nos desconectássemos de outros compromissos e mergulhássemos na proposta do encontro. Através dessa prática, nos conhecíamos melhor por meio de experiências sensoriais, corporais e musicais. Esse momento também foi essencial para que professores e alunos se colocassem lado a lado, em uma vivência comum, refletindo a proposta de uma educação que valoriza a troca e a construção conjunta.

1 Discente UNIFASE. E-mail: camillerf@alu.unifase-rj.edu.br

2 docente orientadora UNIFASE

Após a “chegança”, seguíamos para momentos de sensibilização com filmes, imagens e leituras, que nos provocavam a refletir e debater. O conteúdo surgia de forma fluida e coletiva, conectado ao que vivíamos e sentíamos. O processo de aprendizagem, embora espontâneo, era profundamente alinhado com nossas experiências e sentimentos.

RESULTADOS

Nos encontros da eletiva, refletiu-se profundamente sobre os papéis na sociedade. A partir dessa interação, o que Nego Bispo define como saber orgânico e saber sintético tornou-se central. O saber orgânico advém das experiências vividas, enraizadas no cotidiano das comunidades e na natureza, enquanto o saber sintético refere-se ao conhecimento sistematizado, característico da academia e das ciências formais. Para Bispo, ambos os saberes devem coexistir em harmonia, sem que um se sobreponha ao outro. Essa integração respeitosa é crucial para um envolvimento real com os territórios e suas demandas. Reconhecer o valor do saber popular no processo de co-construção do conhecimento ressignifica a prática acadêmica, criando um espaço de partilha onde os saberes se complementam e enriquecem mutuamente (3).

Essa reflexão foi essencial para que todos compreendessem que, na área da saúde, as soluções não podem ser impostas unilateralmente. É necessário um olhar sensível para os saberes comunitários, fundamentais para um cuidado integral e contextualizado. Ao nos entregarmos à experiência de cada um, legitimamos tanto a caminhada coletiva quanto a individual.

CONCLUSÕES

A eletiva pode ser entendida como um exemplo significativo de educação contracolonial, onde o afeto e o respeito estão no centro das relações de aprendizagem. O que mais me impactou foi a horizontalização do conhecimento. Cada dinâmica e vivência proposta foi um convite à partilha e ao aprendizado mútuo. As diferentes experiências de cada aluno foram acolhidas, e ao longo dos encontros, comecei a perceber a “mágica” da prática sentipensante acontecer: todos passaram a se sentir mais à vontade para se expressar, o que facilitou o crescimento individual e coletivo.

Ailton Krenak (2) também nos lembra que a educação deve ser como as raízes de uma árvore: profunda, conectada ao chão, aos sentimentos e à realidade da comunidade. A extensão sentipensante se alinha a esse pensamento, valorizando a co-construção do conhecimento com base nas experiências vividas, em uma pedagogia enraizada no território e nas pessoas. Ela traça o caminho de uma extensão que não ensina, mas partilha.

REFERÊNCIAS

- (1) hooks b. Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade. São Paulo: Martins Fontes; 2013.
- (2) Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.
- (3) Bispo N. A terra dá, a terra quer. 1ª ed. Rio de Janeiro: Mórula Editorial; 2022.

ANTI-DEMOCRÁTICAS, ANTI-SUS E ANTI-GÊNERO?: NOTAS SOBRE ESTRATÉGIAS POLÍTICAS DE RECONHECIMENTO DE “MULHERES CONSERVADORAS” NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Júlia Freire de Alencastro¹

Elaine Reis Brandão²

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Ao menos desde a última década temos acompanhado o fortalecimento de uma complexa ecologia de mobilizações políticas vinculadas à direita e extrema direita com amplitude global e no Brasil não tem sido diferente. O país tem enfrentado instabilidades fundamentais e múltiplos processos de desestabilização em suas dinâmicas institucionais com efeitos importantes na construção e manutenção de políticas sociais. Contrastantemente, é também na última década que observamos a ampliação da presença de grupos até então pouco presentes em posições de liderança política, como é o caso das mulheres no Brasil, que elegeu, para cargos decisórios, a maior representação histórica desse grupo em 2024. No entanto, notamos que muitas dessas mulheres se posicionam como “conservadoras” e “de direita”, se mobilizando em torno de uma série de pautas importantes relacionadas ao gênero e à saúde. Este é o caso da plataforma PL Mulher (PPLM) que inaugurou o intitulado “movimento feminino” estabelecido institucionalmente a partir da “célula feminina” do Partido Liberal (cujo “padrinho” é Jair Bolsonaro). A partir de março de 2023, Michelle Bolsonaro assume a presidência nacional da PPLM, plataforma que reúne uma série de ações de cunho político, comunicacional, informativo e eleitoral direcionadas particularmente às mulheres.

OBJETIVO

O objetivo geral ora proposto é o de analisar a atuação política do “movimento feminino”, componente da cena pública do Brasil contemporâneo, de modo a dissecar os elementos discursivos, morais e políticos basilares difundidos em conteúdo digital produzido pela plataforma, com foco nas disputas de poder relacionadas às políticas do corpo particularmente relacionados às acepções de gênero e saúde.

METODOLOGIA

A partir de análise documental em âmbito digital considerando registros de acesso público particularmente, o conteúdo a ser analisado está agrupado em três principais plataformas digitais: (a) o website da Plataforma PL Mulher, onde são publicadas notícias sobre a atuação de suas integrantes

1 Doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ) e bolsista Capes. E-mail: freirealencastro@gmail.com

2 Professora titular do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). E-mail: brandao@iesc.ufrj.br

e “notas oficiais” (geralmente, de “repúdio” e de “esclarecimento”); (b) o youtube do PL Mulher, onde são transmitidos ao vivo os encontros estaduais do “movimento feminino” e; (c) a Academia Brasileira de Política Conservadora, onde foram disponibilizadas as aulas do I Workshop de Formação Política do PL Mulher. Após tal levantamento bibliográfico, a segunda frente é a classificação dos documentos e “artefatos de documentalização” (1), de acordo com o conteúdo elaborado no âmbito da PPLM. E, finalmente, a terceira fase será dedicada à análise qualitativa do material empírico reunido na fase anterior considerando particularmente as acepções de gênero e saúde.

RESULTADOS

A partir dos três grupos de dados apresentados na seção anterior, agrupamos os resultados a partir de duas “vinhetas etnográficas” (2,3). São elas: a atuação de Amália Barros (PL/MT) no sentido da aprovação de projeto de lei para reconhecimento de pessoas monolares como pessoas com deficiência de modo que o Sistema Único de Saúde pudesse oferecer próteses oculares. A construção de hospitais públicos com utilização de recursos originários de emendas parlamentares pela deputada federal Silvia Cristina (PL/RO). A partir destas duas vinhetas a seguir, identifiquei alguns dos pilares discursivos do “movimento feminino”, a partir da atuação política de algumas das lideranças do PL Mulher, os quais resalto preliminarmente como questões relacionadas a: a) o modo com que construções de gênero são mobilizadas por participantes do “movimento feminino”, notadamente aquelas relacionadas aos significados, sentidos e valores atribuídos à “mulher” a partir de atributos relacionados ao cuidado e a defesa da saúde em aparente paradoxo com a reivindicação de que são liberais e defensoras da propriedade privada; b) o papel político atribuído à “mulher” conservadora, na extensão de suas funções tidas como naturais à esfera pública, com especial atenção às iniciativas voltadas à saúde e ao cuidado. É importante mencionar que Amália Barros faleceu em 2024 e Silvia Cristina migrou para o Progressistas no mesmo ano, passando a integrar a bancada feminina do partido na Câmara Federal. Ambas deixaram contribuições importantes para a pesquisa e um volume de dados considerável permitindo a continuidade das análises.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Considerando a ascensão da extrema direita, multiplicam-se as produções acadêmicas e de movimentos sociais comprometidos com noções de justiça social e equidade às quais este trabalho pretende somar. A partir dos resultados rapidamente expostos em seção anterior, bem como do reconhecimento dos recuos severos empreendidos pelo governo Bolsonaro no campo da saúde pública – do qual a gestão da pandemia de Covid-19 é o maior exemplo – a racionalidade política em processo de consolidação a partir do “movimento feminino” parece desestabilizar, de certa forma, o argumento comum de que os atores políticos posicionados à extrema direita brasileira seriam necessariamente anti-SUS. No caso a seguir, procuro sinalizar como o SUS é acionado discursivamente de forma bastante específica como uma pauta do “movimento feminino”. Este acionamento estratégico das políticas públicas, indica a necessidade de observação mais atenta dessa mobilização conservadora.

REFERÊNCIAS

- (1) Freire LDM. A gestão da escassez: uma etnografia da administração de litígios de saúde em tempos de “crise” [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional; 2019. 388 p.
- (2) Almeida RA. “Eles nos dizem tudo o que estão fazendo”: ciência e conspiração nos discursos terraplanistas. *Anuário Antropológico* [Internet]. 2023[citado 2025 maio 6];48(2):102–22. Disponível em: <http://journals.openedition.org/aa/11095>
- (3) Das, V. Vida e Palavras: a violência e sua descida ao ordinário. Gambarotto, B, translator. São Paulo: Editora Unifesp; 2020. 312 p.

BASE DE DADOS TRILÍNGUE DE MEDICINA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA LATINO-AMERICANA

Sebastian Fonseca¹

Howard Waitzkin

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Apresentamos uma visão geral da Base de Dados em Medicina Social e Saúde Coletiva Latino-Americana (MSSCLA). Este recurso on-line, atualmente sediado na Universidade do Novo México (UNM), contém centenas de resumos estruturados para publicações clássicas e contemporâneas. Os resumos estão disponíveis em português, espanhol e inglês. Uma equipe na Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, México e EUA desenvolveu os resumos estruturados e colaborou na criação do banco de dados (1,2) O objetivo desta sessão é explorar a futura manutenção, melhoria e expansão do banco de dados com os camaradas do Congresso do MSSCLA.

OBJETIVO

A apresentação descreverá a estrutura do banco de dados, o acesso aos seus componentes on-line e seus usos na educação popular, pesquisa e ativismo político. Por meio de demonstrações em tempo real e atividades on-line, os participantes aprenderão como usar e contribuir para o banco de dados, à medida que obtêm benefícios por seu trabalho e ativismo. Após o Congresso, os participantes poderão coordenar o uso do banco de dados e fortalecê-lo por meio de suas próprias contribuições de resumos sobre publicações atuais.

METODOLOGIA

Visão geral. Um banco de dados e site trilingue teve como objetivo melhorar o acesso internacional a esse campo. Uma equipe colaborativa de participantes nos EUA e na América Latina identificou publicações clássicas e contemporâneas no MSSCLA. Os membros da equipe prepararam resumos estruturados; traduziu os resumos para o inglês, espanhol e português; Cabeçalhos de Assunto Médico (MeSH) atribuídos; e carregou os resumos em um banco de dados baseado na web para pesquisa pública. O projeto também testou publicações baseadas na web para dois periódicos do MSSCLA. As avaliações incluíram medidas de uso e conteúdo. A Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA forneceu algum financiamento.

Processo de trabalho. Como os artigos e livros foram obtidos de editoras latino-americanas, um resumo estruturado foi criado para cada fonte. Após extensas verificações de qualidade, os resumos traduzidos foram inseridos no banco de dados e publicados no site (<http://digitalrepository.unm.edu/lasm/>; https://digitalrepository.unm.edu/lasm_hslc/). Trabalhamos com um Comitê de Seleção

1 University of Exeter, England. E-mail: S.F.Fonseca@exeter.ac.uk

de Pares (CSP) para compilar uma lista de aproximadamente 25 livros importantes no MSSCLA; 50 capítulos de livros de outras obras latino-americanas conceituadas; e 100 artigos de periódicos importantes. Esses trabalhos abrangeram a história da MSSCLA, grupos nacionais e internacionais que trabalham em medicina social, análise de políticas de saúde, saúde trabalhista e ambiental, classe social e resultados de saúde, questões de gênero, epidemiologia social, saúde mental e reforma educacional. Os membros da equipe realizam conferências pela Internet pelo menos duas vezes por ano.

Formato dos resumos e capacidade de busca. O uso de resumos estruturados confere uma semelhança de formato e conteúdo a cada resumo traduzido. Quando apropriado, cada resumo contém os seguintes elementos descritivos: objetivo, delineamento, cenário, sujeitos, intervenção, principais medidas de desfecho, resultados e conclusões. Ao desenvolver padrões para o resumo estruturado, a equipe considerou as recomendações dos principais periódicos. Quando os padrões para resumos estruturados convencionalmente se mostraram muito restritivos (como análises teóricas ou políticas), foi utilizado um formato alternativo de resumo estruturado usado para artigos de revisão e para artigos de ciências sociais. Nestes casos, são utilizados os seguintes elementos: objetivo, metodologia, resultados e conclusões. Resumos estruturados facilitam uma recuperação bibliográfica mais precisa ao oferecer mais pontos de acesso on-line (MeSH e palavras de texto) e aumentam a capacidade dos leitores de avaliar de forma mais rápida e precisa a aplicabilidade, importância e validade das descobertas. As pesquisas podem usar palavras-chave, títulos MeSH, título do periódico, volume e local ou data de publicação.

Repositório de periódicos e livros. O projeto também desenvolveu um repositório de periódicos e livros importantes para acesso físico ou eletrônico nos mesmos três idiomas. Aproximadamente 20 textos clássicos e 15 novas assinaturas de periódicos foram adicionados. Livros, capítulos, artigos, periódicos e resumos estruturados podem ser pesquisados.

Avaliação. Um processo formal de avaliação é realizado anualmente. Um estudo de usuário orientou o refinamento dos mecanismos de recuperação. As estatísticas de uso foram geradas por meio de contadores no site. Membros do CSP participaram das avaliações. O software de rastreamento da Web identificou os assuntos pesquisados com frequência.

RESULTADOS

O site contém aproximadamente 360 resumos estruturados de livros, capítulos e artigos clássicos e contemporâneos, todos disponíveis em inglês, espanhol e português e totalmente pesquisáveis.

O projeto produziu resumos de artigos em 12 periódicos do MSSCLA. Até agora, o Medline indexou dois desses periódicos.

Os dois periódicos selecionados para publicação em formato eletrônico, *Saúde em Debate* (Brasil) e *Boletín SaluCO* (Rede Cubana de Gênero e Saúde Coletiva), destacam-se por suas contribuições ao MSSCLA. Ambos os periódicos desenvolveram posteriormente seus próprios procedimentos independentes de publicação eletrônica.

A avaliação do projeto e das relações de trabalho dos membros da equipe revelou realizações substanciais, bem como certos desafios que levaram à melhoria dos processos de trabalho.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O banco de dados fornece resumos estruturados, trilingues e pesquisáveis, resumindo trabalhos clássicos e contemporâneos em MSSCLA. A literatura disponível por meio desses recursos fornece informações importantes sobre a determinação social da saúde e respostas organizadas para enfrentar esses problemas.

O projeto criou acesso a uma literatura amplamente desconhecida fora da América Latina que aborda problemas relevantes para a medicina social, saúde pública, epidemiologia e prestação de cuidados de saúde. O trabalho expandiu o conhecimento sobre resumos estruturados para acessar literatura médica, modelos de colaboração entre bibliotecários e profissionais de saúde e novas funções para bibliotecários. Agradecemos suas sugestões e participação para tornar este valioso recurso ainda mais útil para as transformações futuras.

REFERÊNCIAS

- (1) Waitzkin H, Iriart C, Buchanan H, Mercado F, Tregear J, Eldredge J. The Latin American Social Medicine Database: a resource for epidemiology. *Int J Epidemiol*. 2008;37:724–8. DOI: 10.1093/ije/dyn148.
- (2) Waitzkin H, Pérez A, Anderson M. *Medicina social y la transformación que se avecina*. Ciudad de México: Eón; 2023.

CATEGORIZAÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO EM MACAÉ: ESTRATÉGIA DEMOCRÁTICA QUE TRAZ A TRANSPARÊNCIA DA QUALIDADE SANITÁRIA DOS ALIMENTOS SERVIDOS À POPULAÇÃO

Hélio Marcio da Silva Porto¹

Deusiene Torres Porto²

Ricardo Muiylaerte Salgado Neto³

Jacqueline Toledo Hosken⁴

APRESENTAÇÃO

A Categorização de serviços de alimentação já ocorre em várias cidades do mundo e serviu de inspiração para o projeto de Categorização no Brasil. Inicialmente o projeto ocorreu para o evento da Copa do Mundo 2014 (1). Posteriormente na cidade de Santa Maria no Rio Grande do Sul e de forma pioneira no estado do Rio de Janeiro, na cidade de Macaé. Tem como base a legislação brasileira de Boas Práticas (BP) na manipulação de alimentos cujo objetivo é mitigar as Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA). Segundo o ministério da saúde, no Brasil em 2023, ocorreram 1162 surtos registrados de DTHA com 19671 doentes e 31 óbitos. Os locais de maior ocorrência são os restaurantes e padarias. Sabe-se que apesar de ser de notificação compulsória, ocorre subnotificação dos casos, uma vez que os serviços de saúde só são procurados em casos graves. Este trabalho apresenta a trajetória do município de Macaé na implementação do sistema de Categorização sanitária de serviços de alimentação, denominado “Selo de Qualidade da Higiene ABC” com transparência na informação ao consumidor que escolhe onde se alimentar através da qualidade sanitária do estabelecimento. Permite ainda valorizar o empresário que investe em BP, além de permitir de forma indireta quantificar a ação da vigilância sanitária através da melhoria da qualidade sanitária dos serviços de alimentação.

OBJETIVO

Apresentar a experiência do município de Macaé, Rio de Janeiro, na implementação de um sistema de Categorização dos serviços de alimentação, denominado “Selo de Qualidade da Higiene ABC”, e seu impacto na melhoria da qualidade sanitária dos estabelecimentos categorizados, contribuindo na segurança dos alimentos oferecidos a população, mitigando a transmissão de DTHA e melhorando a proteção da saúde da população municipal.

1 Vigilância Sanitária de Macaé. E-mail:silvaporito@silvaporito.adv.br

2 Vigilância Sanitária de Macaé. E-mail:advtatyporito@silvaporito.adv.br

3 Vigilância Sanitária de Macaé. E-mail:ricardomuiylaertesalgado@gmail.com

4 Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro. E-mail:jacqueline.hosken@gmail.com

DESENVOLVIMENTO

A Categorização no Brasil foi desenvolvida com um novo modelo de inspeção sanitária para atender a demanda da Copa do Mundo em 2014, concedendo selo de qualidade aos serviços de alimentação participantes. Os serviços de alimentação: restaurantes, lanchonetes, bares e outros estabelecimentos que manipulam e servem alimentos, são pontos críticos de controle para prevenir a ocorrência de DTHA. O instrumento desenvolvido teve como base a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 216/2004 da Anvisa (2). A inovação está no instrumento de inspeção com foco no risco sanitário ser o mesmo utilizado nas inspeções sanitárias e na autoavaliação dos serviços de alimentação. O resultado da Categorização é exposto ao consumidor através do selo na porta de entrada dos estabelecimentos. Mas o projeto foi desenvolvido no período da copa do mundo e terminou junto com o evento.

Após várias tentativas de implantar a categorização, Macaé em 2022, encontrou em um produto de mestrado o Guia Prático para a Implantação da Categorização em Serviços de Alimentação (3) e o projeto Categoriza Brasil, desenvolvido na Universidade Franciscana, Santa Maria-RS, os materiais educativos e apoio técnico para desenvolver o Projeto do Selo da Qualidade de Higiene ABC com fiscais sanitários e advogados que desenvolveram todas as etapas do projeto e através da Resolução nº008 de 20 de outubro 2023 recebeu o arcabouço legal para ser realizado. O Selo A indica a excelência da higiene sanitária, o selo B boa higiene sanitária, o selo C satisfatória higiene sanitária e o pendente não recebe selo pois precisa adequar-se à legislação. Os empresários foram convocados e obteve a adesão voluntária de 27 estabelecimentos na primeira etapa, 21 estabelecimentos na segunda etapa e agora inicia a implantação da terceira etapa. A Categorização preconiza capacitação dos empresários e suas equipes, dois ciclos de inspeção sanitária, a definição da Categorização, o selo de higiene e a divulgação na mídia e nos estabelecimentos participantes.

O primeiro ciclo de inspeção tem caráter educativo, avalia se os empresários estão atendendo aos critérios de avaliação e orienta as melhorias que deverão ser implementadas. No segundo ciclo de inspeção o caráter é classificatório e de acordo com a pontuação de risco os empresários recebem o selo A, B, C ou pendente. Em 2023, Macaé teve 27 estabelecimentos que se voluntariaram e na primeira inspeção com a seguinte classificação: 7 estabelecimentos tiveram classificação A, 15B, 3C e 1 pendente e na inspeção final 90% receberam selo A e 10% selo B, sem nenhum pendente. Em 2024, 21 estabelecimentos foram categorizados sendo que na primeira inspeção a classificação foi 12 estabelecimentos classificados como A, 6B, 2C e 1 pendente e na inspeção final 95% receberam selo A e 5% o selo B, nenhum selo C ou pendente. O trabalho conjunto da vigilância sanitária com os empresários do setor de alimentos proporcionou melhorias na qualidade da alimentação para a população.

CONCLUSÕES

Em Macaé, como na Copa do Mundo 2014, o projeto é exitoso com avaliação positiva dos empresários, dos fiscais sanitários e da população. A transparência do selo de qualidade da higiene ABC

possibilita ao empresário atender as BP de manipulação de alimentos, além de possibilitar a população escolher o melhor local para se alimentar. A análise dos dados revela um aumento significativo no número de estabelecimentos classificados como “A”, demonstrando a eficácia da Categorização como ferramenta de melhoria contínua dos padrões sanitários. A parceria entre o Projeto Categoriza Brasil, instituição acadêmica, e o Poder Público demonstra gerar resultados positivos e inovadores para a sociedade, eficazes e baseadas em evidências científicas. A Categorização oferece a população de Macaé e seus visitantes a possibilidade de escolha consciente dos serviços onde irá se alimentar e consequente melhoria da saúde pública.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 10, de 11 de março de 2014: dispõe sobre os critérios para a categorização dos serviços de alimentação. Brasília (DF): ANVISA; 2014.
- (2) Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004: regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação. Brasília (DF): ANVISA; 2004.
- (3) Hosken JT. Proposta de categorização dos serviços de alimentação no Estado do Rio de Janeiro com foco no risco sanitário de doenças transmitidas por alimentos [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro; 2022 [citado 2025 abr 13]. 171 f. Disponível em: <https://www.bdttd.uerj.br:8443/handle/1/18445>

CICLO DE FORMAÇÃO CRÍTICA: A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE EM PERSPECTIVAS GLOBAIS E BRASILEIRAS

Patrícia Genro Robinson¹

Denis Axelrud Saffer²

Jéssica Farias Dantas Medeiros³

Leonardo Mattos⁴

INTRODUÇÃO

O Movimento pela Saúde dos Povos (MSP) é uma aliança global de movimentos sociais pelo direito à saúde que existe desde 2001, com referências em mais de 60 países (1). Constitui-se no principal ator global, a nível de movimentos sociais organizados na luta pelo direito à saúde tendo seus princípios definidos na Carta dos Povos pela Saúde (2). No Brasil o MSP tem um círculo local e atua em parceria com Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). Essa parceria está documentada em uma revista Saúde em Debate especial sobre o MSP (3). Existe uma tradição no movimento de formação ativistas pelo direito à saúde nos cinco continentes por meio da Universidade Internacional pela Saúde dos Povos. Em 2024 foi realizada a 5ª Assembleia Mundial da Saúde dos Povos (ASP-5) em Mar del Plata, Argentina, instância máxima do MSP, na qual se reuniram movimentos sociais de todo o mundo. O Brasil enviou uma grande comitiva com mais de 36 pessoas, a segunda maior presente ao evento. O Círculo brasileiro do MSP organizou um Ciclo de Formação Crítica antes da ASP5, na perspectiva de preparar os ativistas para os debates e ampliar nossa interlocução com movimentos implicados na luta pelo direito à saúde a nível nacional.

OBJETIVO

Fortalecer a capacidade dos participantes de analisar criticamente o processo de determinação social da saúde; propor alternativas emancipatórias e solidárias para a promoção da saúde; apresentar a história, estratégias de ação, linhas políticas e produções do movimento pela saúde dos povos, articular as lutas globais em saúde com a realidade brasileira, construindo pontes entre o global e o local.

METODOLOGIA

A proposta do Ciclo de Formação Crítica parte das produções do movimento concentrando temáticas na perspectiva de fomentar trocas de saberes, experiências considerando a realidade local e as grandes pautas globais. O curso aconteceu na modalidade online utilizando plataforma

1 Movimento pela Saúde dos Povos - Brasil e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. E-mail: patriciagrobinson@gmail.com

2 Movimento pela Saúde dos Povos – Brasil. E-mail: desaffer@gmail.com

3 Movimento pela Saúde dos Povos – Brasil e Universidade Nacional de Brasília. E-mail: fariasjessicad@gmail.com

4 Movimento pela Saúde dos Povos – Brasil e Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: leovmattos@gmail.com

de videoconferência e comunicações aos alunos por e-mail. Esse foi realizado pelo Movimento pela Saúde dos Povos – Brasil em parceria com a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Foram utilizadas metodologias participativas e houveram sugestões de leitura prévias. Os próprios membros do MSP conduziram os encontros baseados em seus conhecimentos prévios. Na busca de estabelecer um alinhamento quanto às diretrizes políticas e estratégicas dos participantes da ASP5 e facilitando a aproximação de novos membros, o Ciclo de Formação foi composto por 5 encontros tendo como temáticas de cada encontro, os seguintes temas: introdução ao MSP: história, princípios, estratégias e ações; neoliberalismo, financeirização, saúde global, sistemas universais de saúde e APS ; equidade, racismo e as lutas em saúde por justiça social: diálogos entre o global e local; modelos de desenvolvimento, crise climática e saúde; soberania alimentar e nutricional; vigilância popular em saúde; saberes populares, saberes ancestrais e as práticas de saúde e Educação Popular em Saúde.

RESULTADOS

Trinta e três pessoas frequentaram de maneira regular o Ciclo, enquanto outras trinta pessoas estiveram em pelo menos um encontro. A partir do Ciclo foi possível a preparação da comitiva brasileira para a participação na quinta Assembleia Mundial da Saúde dos Povos, que ocupou mais de 25 espaços de fala durante o evento, além de contribuir ativamente nas decisões e formulação do documento final. Os participantes puderam aprofundar o conhecimento sobre temas relevantes e emergentes para a saúde, tais como: economia política da saúde; sistemas de saúde universais; gênero, raça, sexualidade e saúde; crise ambiental e saúde; conflitos armados, migração e saúde pública; saberes populares e ancestrais no cuidado em saúde. Além disso foi possível estabelecer redes de articulação e cooperação entre os participantes e as organizações e movimentos sociais que atuam na área da saúde. O público foi formado majoritariamente por ativistas de movimentos sociais, profissionais residentes e trabalhadores da gestão.

CONCLUSÕES

Consideramos que processos de formação política são estratégias que devem ser acionadas de forma permanente na perspectiva de formular posições propositivas e estratégias de luta em rede entre os diversos movimentos sociais. Foi possível no trajeto do Ciclo de Formação Crítica pelo Direito à Saúde construir conexões entre as experiências internacionais de luta pela saúde e a realidade brasileira, fortalecendo a capacidade de análise crítica dos participantes. Muitos dos temas discutidos foram levados pela comitiva brasileira para a ASP5, mobilizando diferentes atores em defesa do direito à saúde. A partir desse processo também foi possível fortalecer nossa presença e interlocução enquanto MSP nos diferentes cenários do movimento sanitário brasileiro, permitindo uma maior aproximação dos espaços e atores estratégicos.

REFERÊNCIAS

- (1) Baum F, Sanders D, Narayan R. O movimento global pela saúde dos povos. In: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), organizador. O movimento pela saúde dos povos: ação global em defesa do direito universal à saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2020 [citado 2025 maio 20]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5hXfkzYbmtYGwj5YTGXzD/?lang=pt>
- (2) Movimento pela Saúde dos Povos (PHM). Carta dos povos pela saúde. 2000[citado 2025 maio 20]. Disponível em: <https://phmovement.org/wp-content/uploads/2020/06/phm-pch-portuguese.pdf>
- (3) Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), editor. Saúde Debate [Internet]. 2020;44(Esp 1). [citado 2025 mar 30]. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/33/v.%2044%2C%20n.%20ESPECIAL%201>

DE LA EDUCACIÓN POPULAR A LA ACCIÓN COLECTIVA: PRÁCTICAS COMUNITARIAS QUE DISPUTAN LA CONSTRUCCIÓN DE TERRITORIOS SALUDABLES

Diego Carmona Moreno¹

Laura Pulido González

Mónica Quintana Cortés

Luis Alberto Mendez

La Escuela Popular de Líderes y lideresas en salud y ambiente* del Grupo Guillermo Fergusson**, durante sus 20 versiones se ha constituido en una experiencia pedagógica de educación popular exitosa en el sector de la salud desde la perspectiva de los determinantes sociales en gran parte de Colombia, acompañado el fortalecimiento de liderazgos en salud y medio ambiente en el país, desde una perspectiva comunitaria, participativa y transformadora en la lucha por la justicia social y el derecho a la salud.

En este marco, partimos de preguntar y reflexionar constantemente sobre la relación entre la participación democrática de las organizaciones y sus vínculos con el entorno, para lo cual la construcción de territorios saludables marca el derrotero y el sentido de las prácticas comunitarias de los sujetos y las organizaciones con el medio que los rodea, identificando sus realidades materiales y las posibilidades de su transformación. Desde este punto de vista, el territorio saludable centra su mirada en la mejora de las condiciones de calidad de vida de las comunidades y el territorio. También, desarrolla el análisis de los determinantes sociales de la salud que busca entender las inequidades para afectarlas con medidas de políticas sectoriales y orientar la respuesta en los niveles locales convocando a la acción integral y la acción colectiva de otros sectores para procurar mejores condiciones de vida y salud en los territorios (1).

OBJETIVO

Presentar tres experiencias organizativas comunitarias de la región caribe colombiana que emergen de la acción colectiva por la construcción de territorios saludables con el acompañamiento

1 Miembro de la Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. E-mail: diegocarmonamoreno@gmail.com

*Es un espacio de creación, aprendizaje y reflexión con dos décadas de trabajo desde el enfoque de la salud comunitaria que propicia la participación incidente y política a través del Movimiento Nacional por la Salud y la Vida.

**Organización inspirada en el pensamiento de la medicina social, donde asumimos la problemática de salud desde un perfil político-social y dirigimos nuestro accionar a la construcción y consolidación de un proyecto político de sociedad basado en la promoción y desarrollo de procesos de ciudadanía con énfasis en salud y seguridad social a través del fortalecimiento organizacional y la formación colectiva.

***El MNSV es una confluencia de organizaciones colombianas que busca defender el derecho a la salud, la seguridad social y la dignidad de las personas. El MNSV articula distintas expresiones del orden popular y comunitario que encuentran en este escenario el lugar que potencia y articula y lucha por la garantía de los derechos a nivel nacional

de la Escuela Popular de Líderes y lideresas en salud y ambiente del GGF y en articulación con el Movimiento Nacional por la Salud y la Vida -MNSV-***.

METODOLOGÍA

Partimos de tres aspectos clave que determinan el proceso metodológico de estas tres experiencias colombianas que reflejan los avances en gobernanza de los territorios de Toluviéjo-Sucre, Turbaco-Bolívar y Tierralta-Córdoba.

El primer aspecto es el territorio, abordado como un proceso inacabado entre la interacción de los actores sociales y el medio natural, lo cual es fundamental en la construcción de representaciones potentes de las causalidades y, por lo tanto, permite el ejercicio de la participación y la acción colectiva, como elementos necesarios para operar respuestas integrales a las necesidades sociales (2).

El segundo aspecto, se refiere a los laboratorios sociales en los cuales se van construyendo estas experiencias que confluyen en espacios de reflexión, cuidado, acción y aprendizaje colectivo; posibilitando la solución de problemas, el fortalecimiento organizativo, la participación incidente y la articulación con el MNSV en Colombia. Lo anterior en aras de promover la democracia participativa y la construcción de sujetos políticos capaces de disputar desde lo local y popular las mejoras en la calidad de vida y la construcción de territorios saludables.

Luego, el tercer aspecto, es la conformación de observatorios comunitarios, donde se construyen indicadores pertinentes para dar respuestas a necesidades que emergen en la cotidianidad de los territorios y las comunidades, promoviendo la participación ciudadana y la incidencia en las políticas públicas.

RESULTADOS

La ponencia presenta tres experiencias de organizaciones comunitarias de la región caribe colombiana, con el acompañamiento de la Escuela Popular de Líderes y lideresas en salud y ambiente del GGF y en articulación con el Movimiento Nacional por la Salud y la Vida -MNSV-, que reflejan los avances en gobernanza de los territorios de Toluviéjo-Sucre, Turbaco-Bolívar y Tierralta-Córdoba, donde la participación incidente y la acción colectiva de manera intersectorial y articulada con las instituciones estatales promueven la construcción de política pública con las organizaciones de forma vinculante, contribuyendo a la mejora de las condiciones de calidad de vida, la transformación de sus realidades y la apuesta por territorios saludables, con los siguientes alcances y desarrollos participativos:

- Para la primera experiencia, se centra en presentar prácticas de salud y seguridad alimentaria en el territorio de Toluviéjo-Sucre, referente a salud y ambiente.
- Para la segunda experiencia, visibiliza la consolidación de la política pública de mujeres, territorio de reconciliación y paz con justicia y amor en el territorio de Turbaco-Bolívar, referente a salud y género.

- Para la tercera experiencia, aborda el diseño y la consolidación de la mesa técnica para la construcción de la política pública de discapacidad en el territorio de Tierralta-Córdoba, referente a salud y discapacidad.

CONCLUSIONES

1. Se evidencia el fortalecimiento de la democracia participativa vinculante de las comunidades y las organizaciones en los procesos de construcción de las políticas públicas territoriales.

2. Se promueve el fortalecimiento organizativo a través de la gobernanza como un mecanismo de articulación intersectorial, de redes de confianza y la acción colectiva, donde las organizaciones juegan un papel de poder en la construcción y transformación de sus realidades en el territorio.

3. Se potencia el fortalecimiento de procesos autónomos de exigibilidad y movilización social, ampliando su perspectiva de lucha local y popular, a luchas departamentales y nacionales enmarcadas en el MNSV, como, por ejemplo, la lucha por la reforma al modelo de la salud actual en Colombia.

4. Se dinamiza el ejercicio y uso permanente de los mecanismos de exigibilidad jurídica que responden a necesidades particulares y cotidianas de la comunidad en los territorios para la garantía de los servicios en salud para las comunidades.

REFERENCIAS

- (1) Secretaría Distrital de Salud; Grupo Guillermo Fergusson. La estrategia promocional de calidad de vida y salud: una vía hacia la equidad y el derecho a la salud. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2009.
- (2) Grupo Guillermo Fergusson. Territorio e identidades. Bogotá: Grupo Guillermo Fergusson; 2022.
- (3) Solís F, Maldonado A. Guía de metodologías comunitarias participativas. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2012.
- (4) Fals Borda O. Orígenes universales y retos actuales de la IAP. Anal Político [Internet]. 1999 set 1 [citado 2025 maio 20];(38):73-90. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/anpol/article/view/79283>
- (5) Torres M. Movimiento Nacional por la Salud: 20 años de lucha por un derecho fundamental. Periódico Desde Abajo [Internet]. 2021 [citado 2025 maio 20]. Disponible en: <https://www.desdeabajo.info/ediciones/edicion-n-285/item/movimiento-nacional-por-la-salud-20-anos-de-lucha-por-un-derecho-fundamental.html>

DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO MÚLTIPLOS EM TRÊS MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA

Paulo Renato Flores Durán¹

José Patrício Bispo Júnior

Luzia Célia Batista Soares

Edna Moreira Barros

Chrisne Santana Biondo

Mauro Serapioni

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A institucionalização dos Conselhos de Saúde (CS), a partir dos anos 1990, no âmbito do SUS, inaugura uma nova forma de processo decisório sobre as políticas de saúde no Brasil. Os CS são definidos como uma estrutura institucional de caráter permanente e deliberativo do SUS, com composição paritária em que 50% são representantes dos usuários, 25% dos profissionais de saúde e 25% dos gestores e dos prestadores (1). Assim, os CS não são uma arena meramente consultiva do poder executivo – municipal, estadual ou federal – são estruturas deliberativas e, com isso, atuam no processo decisório que leva a produção de políticas públicas de saúde. Essa estruturação dos CS no âmbito do SUS visa democratizar a participação social na dinâmica das políticas públicas, fortalecendo o papel do controle social, mas inúmeros desafios perpassam as questões referentes à mobilização e o engajamento dos atores sociais que exercem algum tipo de representação conselheira (2). O caráter paritário dos conselhos de saúde é um fato importante, mas por si só não garante a reprodução democrática ou não garante o aprofundamento da democratização da participação social e seu efeito no processo decisório político do Estado (3).

OBJETIVO

O objetivo da pesquisa foi compreender e analisar, da perspectiva dos atores conselheiros, as motivações referidas ao engajamento no conselho de saúde e os desafios para a efetivação do papel social e político de conselheiro de saúde. Da mesma forma, a pesquisa procurou analisar as perspectivas de outros atores sociais que participam das discussões referidas ao campo da saúde pública, embora não sejam representações institucionalizadas nos conselhos de saúde.

METODOLOGIA

O trabalho caracteriza-se como um estudo de casos múltiplos com níveis de análise imbricados. Os casos foram constituídos por nove municípios de diferentes portes populacionais (pequeno, médio e

¹ Departamento de Ciências Sociais/Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – DCS/PUC-Rio.
E-mail: pauloduran@puc-rio.br

grande) localizados na região Sudoeste da Bahia: Urandi, Guanambi e Vitória da Conquista. A pesquisa entrevistou 36 conselheiros, considerando-se a paridade das representações, nos três municípios, e analisou os determinantes e as motivações da participação institucionalizada e não institucionalizada. Desse modo, pretende-se identificar e analisar os fatores que motivam, facilitam ou constituem-se em barreira para a participação dos cidadãos nos serviços de saúde. Para a análise utilizou-se uma matriz teórica estruturada de duas dimensões (4): dimensão motivação e dimensão dinâmica institucional. A primeira visa identificar os fatores individuais e coletivos que encorajam as pessoas a se envolverem, bem como o tipo de benefício identificado pelos atores que a participação pode proporcionar. A segunda dimensão, dinâmica institucional, busca identificar fatores que influenciam no desempenho e atuação das entidades de representação social e nos espaços de tomada de decisão do SUS.

RESULTADOS

Há uma ampla visão dos conselheiros sobre a importância da participação nas reuniões do CS. De maneira geral as percepções sobre este assunto se assemelham entre os representantes de cada categoria. A presença do gestor no momento da reunião é vista como importante para que este apresente os resultados da intervenção do Estado diante das demandas sociais. Ao perceberem o conselho de saúde com uma “trincheira”, ou seja, um espaço de defesa do SUS e dos usuários, os conselheiros elencam que estar no CS é um importante mecanismo de luta contra os desmontes do SUS e contra políticas de saúde que fujam da real necessidade da população. Além disso, participar ativamente do conselho é uma forma de garantir que este espaço institucionalizado de participação não seja extinto. Para alguns entrevistados ao participarem das reuniões, os mesmos têm a possibilidade de fiscalizar melhor as contas públicas, conhecer as ações de saúde para assim entender como reivindicar. No município de maior porte, os profissionais e usuários ocupam cadeiras há mais de um mandato. Os usuários percebem nos profissionais seus orientadores para a tomada de decisão, pautados na vasta experiência no serviço público e na defesa do SUS. A discussão prévia com profissionais é tomada como um aprendizado, no sentido de como as propostas de como deve acontecer a tomada de decisão. Nas plenárias das reuniões, observa-se: de um lado, concentração mais nos discursos dos profissionais de saúde; por outro, os usuários costumam questionar assuntos pontuais levantados pela comunidade, como falta de profissional em determinada unidade, falta de transporte para conselheiros locais de saúde, dentre outros.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A ideia da democratização da participação social no SUS é aproximar o processo decisório político, da sociedade e torná-la parte importante da construção de políticas públicas de saúde. As representações conselheiras dos CS – usuários e profissionais – consideram que a participação é constituinte de um espaço de controle público/social sobre as ações do Estado. Nesse sentido, essas representações, e os gestores, entendem que a participação social em saúde compreende tanto um papel social de controle público/social, e também espaço de aprendizagem mútua. Com isso, pode-se afirmar

que os atores mobilizados nos CS são reflexivos: entendem o espaço dos CS tanto de reivindicação dos direitos de cidadania, quanto de educação civil (5). Embora sejam parte da situação contemporânea dos CS, torna-se importante refletir sobre dificuldades na realização do papel social e político dos conselheiros de saúde, como as restrições de tempo e recursos para a participação.

REFERÊNCIAS

- (1) Bispo Júnior JP, Serapioni M. Community participation: lessons and challenges of the 30 years of health councils in Brazil. *J Glob Health*. 2021 mar;11:03061.
- (2) Santos EPFC, Moreira DC, Bispo Júnior JP. Avaliação de desempenho dos conselhos de saúde em municípios de pequeno e médio porte. *Saúde Soc*. 2021 mar;30(3):e200356.
- (3) Bispo Júnior JP, Gerschman S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2013 jan;18(1):7–16.
- (4) Simmons R, Birchall J. A joined-up approach to user participation in public services: strengthening the participation chain. *Soc Policy Adm*. 2005 jun;39(3):260–83.
- (5) Serapioni M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2014 dez;19(12):4829–39.

EN DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD: LA PARTICIPACIÓN DEL COLEGIO MÉDICO DOMINICANO Y LA COBERTURA MEDIÁTICA DE SUS LUCHAS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Rafael Montero De Oleo¹

Christian Mateo

Fernando Fernandez

Omar Tejada

Luz Herrea

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud es un pilar fundamental en el desarrollo de cualquier sociedad, y en la República Dominicana, el Colegio Médico Dominicano (CMD) ha sido un actor clave en la defensa de este derecho (1). A lo largo de los años, el CMD ha jugado un papel crucial en la movilización y la lucha por mejorar las condiciones del sistema de salud, influir en la política pública de salud y asegurar la atención médica de calidad para todos los ciudadanos. Su intervención se ha manifestado a través de huelgas, declaraciones públicas y propuestas legislativas (1). A su vez, los medios de comunicación, tanto locales como nacionales, han reflejado estas luchas, lo que ha permitido visibilizar los desafíos y avances en la materia (2). Este trabajo examina el papel del CMD en la defensa del derecho a la salud, analizando sus acciones, la respuesta gubernamental y el impacto que estas luchas han tenido en la opinión pública, especialmente a través de las publicaciones en medios escritos, enfatizando la percepción y la narrativa de los medios de comunicación cuando se ofrece la información de las acciones del Colegio Médico Dominicano se trata.

OBJETIVO

Analizar la participación del Colegio Médico Dominicano en la defensa del derecho a la salud y evaluar la cobertura mediática de sus luchas en los medios escritos de la República Dominicana.

METODOLOGÍA

Este estudio empleó un enfoque cualitativo, basado en el análisis de contenido de artículos y reportajes publicados en medios escritos de la República Dominicana durante los últimos cinco años. Se seleccionaron periódicos de circulación nacional como Listín Diario, El Caribe y Diario Libre, así como revistas especializadas en salud y política pública. Además, se realizaron entrevistas semiestructuradas a líderes del Colegio Médico Dominicano, funcionarios gubernamentales y expertos en políticas públicas de salud para conocer de primera mano las motivaciones, estrategias y objetivos

1 Docente investigador Escuela de Salud Pública, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Santo Domingo. E-mail: rmontero51@uasd.edu.do

del CMD. Se complementó con una revisión documental de los informes y resoluciones emitidas por el CMD durante sus movilizaciones. El análisis de los datos se realizó utilizando un enfoque de análisis temático, identificando las principales áreas de intervención del CMD en la política de salud y la cobertura mediática asociada.

RESULTADOS

Los resultados mostraron que el Colegio Médico Dominicano ha tenido una influencia significativa en la política pública de salud, particularmente en la mejora de las condiciones laborales de los médicos y en la lucha por un sistema de salud más equitativo. Las principales demandas del CMD han incluido mejoras en el presupuesto destinado al sector salud, la implementación de mejores condiciones laborales para los médicos, y la defensa de la atención gratuita y universal. A través de sus movilizaciones, como paros y huelgas, el CMD ha logrado atraer la atención de los medios escritos, generando un debate público sobre la situación de la salud en el país. Los medios reflejaron tanto las críticas del CMD hacia la gestión gubernamental como sus propuestas para un sistema de salud más justo². Se encontró una amplia cobertura en periódicos nacionales que transmitieron las preocupaciones del gremio médico sobre la insuficiencia de recursos, la corrupción en el sistema y las deficiencias en la atención a pacientes. Sin embargo, también se identificó que, en algunos casos, la cobertura mediática fue parcial, reflejando a veces más la postura oficial que las demandas del CMD.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

El Colegio Médico Dominicano ha sido una figura central en la defensa del derecho a la salud en el país, utilizando diversas estrategias de movilización para presionar por cambios en el sistema de salud. A través de sus luchas, ha logrado posicionarse como un actor político relevante en la discusión sobre las políticas de salud. La cobertura mediática de estas luchas ha sido crucial para visibilizar los problemas estructurales del sistema de salud, aunque se debe considerar que no siempre ha existido una representación equilibrada en los medios. Es necesario fortalecer la capacidad de los medios escritos para reflejar todas las perspectivas sobre la política de salud, y promover un diálogo más inclusivo que considere tanto las necesidades de los profesionales de la salud como las de los pacientes. Además, se recomienda que el CMD siga trabajando de manera conjunta con otros actores sociales y políticos para lograr avances más significativos en la mejora de la salud pública en la República Dominicana.

REFERENCIAS

- (1) Grueso DI, García-Zapata LM. El "derecho a la salud": dificultades, logros y desafíos. *Rev Salud Publica*. 2020;22(5):552-5. DOI: 10.15446/rsap.v22n5.80161.
- (2) Gonzalo Herranz. Los derechos humanos de los médicos [Internet]. Pamplona: Universidad de Navarra, Departamento de Humanidades y Ética Médica; 1999 Jul 29–31 [citado 2025 mar 30]. Disponible en: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/los-derechos-humanos-de-los-medicos>

ENFERMERÍA COMUNITARIA, JUSTICIA SOCIAL Y DISPUTA DE SENTIDO: UNA EXPERIENCIA SITUADA EN EL BARRIO FÉLIX U. CAMET

Micaela D'ambra¹

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

Tal como plantea J.Samaja en su enfoque epistemológico de la salud colectiva, el proceso salud-enfermedad-atención debe ser comprendido como una totalidad compleja, estructurada por factores biológicos, sociales, culturales, políticos y económicos que se articulan en contextos históricos concretos (1). Desde esta perspectiva, el presente recupera una experiencia situada que permite analizar la praxis de la enfermería comunitaria como producción de conocimiento y acción transformadora, atravesada por los determinantes sociales y la disputa por el sentido de las políticas públicas.

La experiencia desarrollada por el equipo de salud y particularmente por la enfermería comunitaria en el barrio Félix U. Camet, Mar del Plata, constituye una práctica profundamente política en el campo de la salud colectiva. Lejos de limitarse a un modelo biomédico centrado en la resolución individual de enfermedades, esta experiencia se inscribe en una perspectiva que articula atención primaria, promoción de la salud, participación comunitaria, y una clara disputa de sentido sobre el rol del Estado y los derechos sociales.

La experiencia de la enfermería comunitaria en Félix U. Camet, que se ha sostenido durante 20 años desde 2005 hasta la actualidad, está enmarcada en un proceso más amplio de avance y posicionamiento de la enfermería de APS en toda la ciudad.

OBJETIVO

Visibilizar el rol de la enfermería comunitaria como sujeto político-epistémico capaz de promover protagonismo comunitario para transformaciones territoriales en salud desde una perspectiva crítica, situada y colectiva.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de caso cualitativo centrado en una experiencia territorial sostenida durante 20 años (2005-2024) en el barrio Félix U. Camet. Se recuperan registros institucionales, entrevistas, acciones comunitarias y fuentes bibliográficas. Se articula el enfoque de determinación social, promoción de la salud emancipadora y lectura crítica del proceso salud-enfermedad-atención como totalidad compleja. Se incluyen aportes de Linera (2), Morrone (3), Tognoni (4), Chapela (5) y Samaja (1) para su marco interpretativo.

RESULTADOS

Tal como plantea Linera, las políticas públicas son un campo de disputa de sentidos entre proyectos de sociedad contrapuestos (2). La implementación de una posta sanitaria con fuerte anclaje

1 Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de BsAs . E-mail: micaeladambras@gmail.com

territorial, planificación participativa, relevamientos comunitarios y acción colectiva, tensiona el modelo hegemónico de salud centrado en la eficiencia tecnocrática y en lógicas de mercado.

La participación en asambleas barriales, las acciones para lograr agua potable o un edificio propio para el centro de salud, dan cuenta de una enfermería que construye organización y protagonismo colectivo. Se inscribe en la propuesta de “enfermería militante” formulada por Morrone (3).

La utilización del censo socio-sanitario, la sistematización de datos cualitativos y cuantitativos, y su devolución a la comunidad para debatir prioridades, constituye un ejemplo concreto de la epidemiología crítica y comunitaria propuesta por Tognoni (4)

La promoción de la salud, entendida en el trabajo no como difusión de mensajes sanitarios, sino como generación de condiciones para el empoderamiento comunitario, se alinea con la perspectiva emancipadora desarrollada por Chapela (5).

La Enfermería Comunitaria en Mar del Plata constituye el colectivo más numeroso del primer nivel de atención, con más de 240 enfermeros. Durante la pandemia de COVID-19, 23 de los 33 CAPS fueron coordinados por enfermería. Demostraron su capacidad para liderar equipos interdisciplinarios y articular con los Comités Barriales de Emergencia. La gran afluencia de egresados de la universidad pública, un alto porcentaje de sindicalización y lucha ha permitido conquistar el reconocimiento de estar en el mismo escalafón, sin quedar subordinados a otras profesiones.

CONCLUSIÓN

La experiencia en Félix U. Camet puede entenderse como un ejemplo de praxis que articula niveles subjetivos, objetivos, estructurales y políticos del proceso salud-enfermedad-atención. Sintetiza una forma de hacer salud que se nutre de los saberes populares, de la acción colectiva y del compromiso de los equipos de salud, especialmente de la enfermería. Es una muestra de cómo la práctica situada, la teoría crítica y el compromiso con la justicia social pueden articularse para disputar sentidos, transformar realidades y construir una salud verdaderamente pública, comunitaria y emancipadora.

REFERENCIAS

- (1) Samaja J. Epistemología de la salud: crítica del pensamiento estratégico. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
- (2) García Linera Á. La potencia plebeya: Acción colectiva e identidades indígenas, obreras y populares en Bolivia. 2ª ed. Buenos Aires: CLACSO; 2019.
- (3) Morrone B. Enfermería militante: Prácticas políticas del cuidado en el primer nivel de atención. En: D'Ambruoso L, coord. Enfermería comunitaria y justicia social en América Latina. Buenos Aires: Ediciones del Pensamiento Libre; 2021. p. 75-93.
- (4) Tognoni G. Epidemiología crítica: fundamentos, conceptos y aplicaciones. 2ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.
- (5) Chapela C. Promoción de la salud emancipadora: de la retórica a las prácticas colectivas. En: Menéndez EL, coordinador. Salud colectiva y emancipación. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2007. p. 43-62.

GOVERNANÇA CRIMINAL NA SAÚDE EM DIFERENTES CONTEXTOS ARMADOS NO RIO DE JANEIRO, 2024

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Mudanças a partir de 2000 com o crescimento de paramilitares articulados com o poder público e a expansão do poder de fogo do tráfico de drogas ocorrem no Rio de Janeiro, como exemplo mais extremado de uma situação presente em todo o país. Parte considerável da população na atualidade vive ou é de algum modo afetada por um ordenamento territorial violento. Das áreas do Grande Rio dominadas por algum grupo armado, em 2023, 38,9% estavam sob o comando das milícias, 7,7% do Terceiro Comando Puro e 51,9%, sob o Comando Vermelho (1). A área de saúde, dentre as políticas públicas, se destaca como área de interesse de grupos que disputam o controle do aparelho de Estado pelos custos crescentes de seus serviços, o que tem como consequência vultosos recursos públicos a serem geridos. Porém, os estudos que remetem a relações com os grupos armados são muito escassos na área da saúde, tanto na gestão como nos seus impactos sobre o ativismo e o controle social. Em outras situações de existência consolidada de máfias (2), como na Itália, verifica-se crescentemente o interesse das mesmas em gerir unidades públicas de saúde, tanto com finalidades econômicas quanto políticas, de formação de clientela para recrutar a força de trabalho e atender os usuários. A governança criminal como imposição de normas por uma organização criminal é a categoria operacional utilizada (3).

OBJETIVO

O estudo propôs analisar as estratégias econômico políticas dos grupos armados em territórios favelados e periféricos identificando os mecanismos pelos quais se relacionam com as unidades de saúde, e os mecanismos de decisão política através dos Conselhos de Saúde, ou seja, sobre o funcionamento do SUS inclusive seus mecanismos de gestão participativa. Propõe também entender as características do ativismo social em saúde como condição fundamental para a participação social nas políticas.

METODOLOGIA

Entrevistas abertas com trabalhadores da saúde de unidades básicas e hospitais públicos, lideranças comunitárias em um grande complexo de favelas do município do Rio de Janeiro onde se encontram representados três grupos armados: TCP, CV e milícias. Complementadas por entrevistas abertas com Conselheiros do Conselho Distrital de Saúde correspondente e uma observação participante da sua reunião. Perguntou-se acerca de seus relatos, percepções e opiniões a respeito das relações dos diferentes grupos com a unidade e das formas de participação política na saúde. Foram ouvidas ao todo 16 pessoas, entre médicos (M), assistente social (A), psicólogo (P), agente comunitário de saúde (AC),

1 Professora Associada UFRJ, Pós Doutoranda UFRRJ. E-mail: siliansky@iesc.ufrj.br

conselheiros do Conselho Distrital de Saúde (C e C de H2) e ativistas(L) de diferentes formações, lideranças nascidas e residentes no território, com idades, etnias e gêneros também variados.

RESULTADOS

Na relação dos grupos armados com as unidades de saúde da família predomina o pacto de convivência onde inexistente uma violência interpessoal (assaltos, roubos) dirigida aos trabalhadores e os membros das gangs utilizam a unidade em espaços e tempos diferenciados. A relação das gangs com políticos locais da base de apoio da Prefeitura tem permitido, em alguns casos, a indicação de trabalhadores para a atenção básica. Quanto aos hospitais públicas houve a emergência de situações violentas dentro das unidades (conflitos entre acompanhantes membros de diferentes facções). Um grande hospital foi dirigido durante um período (governo Bolsonaro) por pessoas ligadas a uma milícia. O ativismo social é bastante afetado pela militarização dos territórios por vários mecanismos: medo de interferir nas articulações entre o grupo e agentes públicos, medo de atrair polícia, desmobilização por parte dos grupos que assumem, muitas vezes, papel de provedor de serviços públicos. As associações de moradores foram particularmente afetadas sendo que muitas são coagidas a colaborar e, no limite, representarem o grupo. Isso impacta na representação dos usuários nos Conselhos gestores e conselho Distrital de saúde. Temas relativos a presença ou não da polícia nos territórios já foram levados ao Conselho mas não foi bem acatados.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A área de saúde entrou na mira dos grupos armados de domínio territorial pelos recursos que mobiliza inclusive a possibilidade de indicar trabalhadores. Disputam com grupos de poder que tradicionalmente consideram estes espaços seus para a reprodução de interesses: contratação de empresas, compra de materiais, indicações de correligionários para empregos e cargos e de pacientes para acesso privilegiado. Nos hospitais, verificou-se uma governança criminal alta, porém fugaz, Nas Clinicas da família, baixa. Identifica-se um mandonismo local (4), onde se encaixam em diferentes graus o miliciano, o traficante, a semelhança do político tradicional. Isso leva a estratégias de desmobilização da luta popular por direitos democráticos nesses territórios inclusive liberdade de negociar e consumir. O Conselho de Saúde é afetado, principalmente, pelos interesses da Prefeitura que pode ter nos grupos armados aliados na contenção das insatisfações populares.

REFERÊNCIAS

- (1) GENI/UFF. Atualização do mapa histórico dos grupos armados [Internet]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2024.
- (2) Pantano A. Chi comanda sulla sanità in Calabria? Un excursus storico del settore tra 'ndrangheta, politica e malaffare [dissertação]. Pisa: Università di Pisa; 2015.
- (3) Lessing B. Conceptualizing criminal governance. *Perspect Polit* [Internet]. 2020 jul [citado 2025 mar 30].

Disponível em: <https://www.cambridge.org/core>

- (4) Carvalho JM. Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual. Dados. 1997;40(2).
- (5) Rocha LM. Associativismo de moradores de favelas cariocas e criminalização. Estud Hist. 2018;31(65):475-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2178-14942018000300009>
- (6) Sousa JC, Mendonça PN. Flujos, dinámica del crimen y conflictos territoriales en la Baixada Fluminense: la violencia como instrumento de orden territorial, político y económico. Delito Soc. 2022;(54):e0069. DOI: <https://doi.org/10.14409/dys.2022.54.e0069>

HERRAMIENTAS INTERCULTURALES PARA PROCESOS PEDAGÓGICOS, PARTICIPATIVOS E INVESTIGATIVOS SOBRE BUEN VIVIR DE UN PUEBLO INDÍGENA NASA, COLOMBIA

Jennifer Marcela López Ríos¹

Sara María Cano Bedoya²

Juan Camilo Calderón Farfán³

Leisy Cruz Rodríguez⁴

Luz Nidia Finscue Pete⁵

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

El conocimiento occidental o no indígena se ha construido sobre una comprensión del mundo fundada en la separación del objeto y sujeto, mente y cuerpo, naturaleza y sociedad (1). Este conocimiento hegemónico históricamente ha desconocido y deslegitimado los saberes y prácticas ancestrales de las comunidades indígenas, limitando la posibilidad de generar diálogos interculturales que posibiliten la coexistencia de la pluralidad de conocimientos (2). Por lo anterior, se necesitan métodos y teorías que involucren el conocimiento y la sabiduría de los sujetos, es decir, se requiere descolonizar la forma de construir conocimiento y posibilitar la promoción de la salud y la transformación social desde el reconocimiento de la pluralidad de saberes. La interculturalidad entendida como un diálogo horizontal entre diferentes sistemas de conocimiento, trasciende a una estrategia fundamental para la co-construcción de prácticas, metodologías y herramientas que fortalecen procesos colectivos de las comunidades indígenas para su buen vivir (3,4)

OBJETIVO

Resignificar las prácticas ancestrales desde el saber indígena del pueblo Nasa como herramientas interculturales para procesos pedagógicos e investigativos alrededor del fortalecimiento del buen vivir del Resguardo Indígena Nasa Páez- Huila, Colombia.

METODOLOGÍA

El paradigma epistemológico bajo el cual se enmarcó este proyecto de investigación es el crítico social (5). Este estudio empleó un enfoque cualitativo bajo un diseño de Investigación Participativa

1 Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín- Antioquia, Colombia. E-mail: jennifer.lopez@udea.edu.co

2 Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín- Antioquia, Colombia.

3 Universidad Surcolombiana. Facultad de Ciencias de la Salud. Neiva, Huila- Colombia.

4 Universidad Surcolombiana. Facultad de Ciencias de la Salud. Neiva, Huila- Colombia.

5 Resguardo Indígena Nasa Páez Huila. Íquira, Huila- Colombia.

Basada en la Comunidad (Community-Based Participatory Research-CBPR) (6,7). Para la recolección de información, se realizó un primer encuentro colectivo de saberes que permitió identificar algunas prácticas ancestrales que la comunidad reconoce al interior del territorio, alrededor del buen vivir. En un segundo momento se llevaron a cabo 5 entrevistas semiestructuradas a actores claves de la comunidad seleccionados a conveniencia, lo que permitió complementar la información obtenida en este encuentro colectivo. Finalmente, se realizó un círculo de saberes para validar estas prácticas. Para cada espacio se construyó una guía de preguntas que guiaron la conversación con las y los participantes. Para el análisis de la información se transcribieron audios, diarios de campo y se construyó una matriz categorial donde se definieron seis categorías, a través de un proceso de codificación abierta y descriptiva hasta lograr saturación teórica.

RESULTADOS

Las estrategias que a continuación se describen fueron construidas y resignificadas desde un enfoque participativo, con el fin de generar empoderamiento a través de acciones que reconocen y movilizan la comunidad como principales protagonistas y agentes para su transformación y contribución al buen vivir individual, familiar y colectivo. Estas estrategias a su vez han sido implementadas a lo largo del proyecto en diferentes espacios, como una apuesta de reivindicar las prácticas ancestrales de la comunidad y reconocer su valioso aporte en los procesos de investigación y de educación en salud y buen vivir. Las seis categorías analíticas que resignifican prácticas ancestrales del pueblo Nasa como herramientas interculturales: El tejido como legado de la sabiduría ancestral; la minga de pensamiento como estrategia de comprensión del territorio Nasa; la medicina tradicional como estrategia pedagógica para la recuperación de prácticas y saberes ancestrales; la danza como estrategia de pervivencia para el pueblo Nasa; La tulpá como legado ancestral que cobija el fuego la palabra, la sabiduría y los aprendizajes; y el círculo de la palabra como forma de diálogo armónico y de compartir.

CONCLUSIONES

Resulta fundamental para el abordaje de procesos colectivos, participativos y pedagógicos interculturales de pueblos indígenas, un enfoque de investigación colaborativa y dialógica que incorpore herramientas etnoculturales que propicien ambientes horizontales y prioricen la participación de la comunidad durante el proceso de investigación para que los resultados impacten de forma positiva y contextualizada a la comunidad.

REFERENCIAS

- (1) Micarelli G. Investigar en un mundo encantado: los aportes de las metodologías indígenas al quehacer etnográfico. *Universitas Humanística*. 2018;86:219-45. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uh86.imej>
- (2) Martínez de Bringas A. Metodologías indígenas y derechos humanos: enfoque relacional de los saberes en

la construcción de los derechos. Utopía y Praxis Latinoamericana. 2021 [citado 2025 out 30];26(93):207-24. Disponible em: <https://www.redalyc.org/journal/279/27966751018/27966751018.pdf>

- (3) Deardorff DK. Assessing intercultural competence. New Dir Inst Res. 2011;149:65-79.
- (4) UNESCO. Policy guidelines for the development and promotion of open educational resources [Internet]. Paris: UNESCO; 2017 [citado 2025 out 30]. Disponible em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000371129>
- (5) Cifuentes R. Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Buenos Aires: Noveduc; 2011. 167 p.
- (6) Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. Annu Rev Public Health. 1998;19:173-202.
- (7) Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. Introduction to methods in community-based participatory research for health. En: Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA, editores. Methods in community-based participatory research for health. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2006. p. 3-26.

JORNADAS JURÍDICAS POR LA VIDA DIGNA: INCIDENCIA POPULAR FRENTE AL MODELO NEOLIBERAL Y LA VULNERACIÓN SISTEMÁTICA DEL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA

Andrea Carolina Amado Castro

Edwan Santiago Guzmán Silva

INTRODUCCIÓN

En el escenario ideal de un Estado, las personas que lo conforman deberían recibir un acceso y una garantía igualitaria y universal de sus derechos, que procure el bienestar físico y mental tanto del individuo como de las comunidades en su integralidad. Colombia, especialmente desde la Constitución de 1991 (1), ha experimentado una transformación hacia un sistema neoliberal y las formas que le son coherentes.

Específicamente, en torno al sistema y al derecho a la salud, se implementó una reforma que priorizó la concepción de los pacientes como usuarios, del derecho a la salud como un servicio, y de las instituciones encargadas como empresas con ánimo de lucro (2). En ese sentido, la vida digna, el bienestar y la salud quedaron directamente relacionados con la capacidad adquisitiva. Por ello, la vulneración del derecho fundamental a la salud (3), a partir de diversas barreras de acceso, se ha convertido en una realidad cotidiana profundamente preocupante, especialmente cuando se intersecta con factores de vulnerabilidad como contextos rurales diversos, género, edad, entre otras.

Es en este contexto donde, preocupados por la constante vulneración del derecho a la salud, por la falta de respuesta y el silencio cómplice del Estado, así como por la carencia de garantías para el goce de una vida digna, el Grupo Guillermo Fergusson inició en el año 2023 una estrategia orientada a garantizar la accesibilidad a los servicios de salud para aquellas personas a quienes, de una u otra forma, se les había bloqueado dicho acceso. Se abrieron y promovieron espacios de exigibilidad jurídica, en los cuales las personas reciben apoyo y acompañamiento en los procesos de reclamación frente a la vulneración de sus derechos, procurando además fomentar la participación activa de la ciudadanía en la defensa y garantía de los mismos.

A partir de los espacios mencionados, se ha recopilado una cantidad significativa de casos de vulneración del derecho a la salud. Esta información ha sido sistematizada para su revisión y análisis, con el objetivo de generar acciones incidentes que contribuyan a transformar esta problemática.

La presente propuesta tiene como finalidad visibilizar estos casos y establecer un diálogo con procesos similares en diversos contextos, con el propósito de intercambiar aprendizajes y potenciar tanto su alcance como su sentido.

OBJETIVO

- Exponer las barreras estructurales y las vulneraciones sistemáticas al derecho fundamental a la salud en Colombia a partir de los casos acompañados por el Grupo Guillermo Fergusson durante el periodo (2023-2024).
- Visibilizar los principales factores incidentes en el acceso a los servicios y garantía del derecho a la salud desde la perspectiva territorial (rural y urbana) del país.
- Compartir las voces y experiencias de las personas en Colombia en diálogo con las vivencias Latinoamericanas frente a la vulneración y exigencia del derecho a la salud.

METODOLOGÍA

Los espacios de exigibilidad jurídica han sido denominados “Jornadas Jurídicas”, en las cuales, con el apoyo de diversas organizaciones, se ha convocado a las personas que habitan cerca del lugar de la jornada, aunque no exclusivamente, a compartir sus casos y recibir acompañamiento frente a la vulneración del derecho a la salud. Estas jornadas incluyen, además, ejercicios de formación que promueven el agenciamiento y la participación democrática de la población.

Un equipo jurídico se encarga de la recepción de los casos y del acompañamiento en la acción pertinente según cada situación. En la mayoría de los casos, por tratarse de un derecho fundamental y por el carácter urgente de la necesidad, se han interpuesto acciones de tutela, recurso constitucional que busca la protección inmediata de este tipo de derechos (4).

La información derivada de estos procesos ha sido sistematizada y analizada, identificando categorías sociodemográficas que permiten profundizar en las barreras de acceso al sistema de salud que conducen a dicha vulneración. Este trabajo se realiza con el objetivo de convertirse en un instrumento de incidencia política y social, que permita visibilizar la sistematicidad de la vulneración y su impacto en la vida de las personas.

RESULTADOS

La construcción común de artículos, piezas comunicativas, escenarios de divulgación, pedagogización y exigibilidad política diseñadas con el fin de propiciar un diálogo heterogéneo frente a la actual situación del país, exponiendo las barreras principales que atraviesan las personas en Colombia, destacando factores como: edad, género, tenencia económica, estrato social, escolaridad, ubicación territorial, régimen en salud, entre otros elementos. A su vez permitió el análisis, problematización, discusión y construcción para adelantar acciones preventivas en torno al acceso del derecho fundamental a la salud sin dejar de mencionar una de las situaciones transversales experimentadas por gran parte de los usuarios correspondiente a la crisis de medicamentos vivenciada en el país.

Se adelantaron además jornadas pedagógicas orientadas a la capacitación de los líderes y lideresas de la escuela en salud mediante el uso de herramientas e instrumentos que faciliten la exigibilidad

cotidiana de las personas en sus comunidades, permitiendo la articulación de las voces y experiencias de los territorios del país, el fortalecimiento de instrumentos, así como los procesos colectivos en torno a la defensa activa de sus derechos.

CONCLUSIONES

Las lecciones aprendidas en este proceso giran en torno a la experiencia del derecho a defender los derechos, su disputa y la importancia de su garantía; la incidencia política y la defensa de los derechos que se ejerce y materializa desde la cotidianidad; sin dejar de mencionar la importancia de adelantar un proceso continuo y circular de revisión crítica frente a los elementos, estrategias y herramientas mediante los cuales se llevan a cabo los procesos de exigibilidad, atendiendo a los cambios, necesidades y momentos coyunturales que experimenta el país.

REFERENCIAS

- (1) Colombia. República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá: República de Colombia; 1991.
- (2) Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148, 23 dic 1993.
- (3) Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-760/08 [Internet]. Bogotá (CO): Corte Constitucional; 2008 [citado 2025 feb 11]. Disponible en: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/3006721/0/TEXTO+COMPLETO+SENTENCIA+T-760-08.pdf/12fb156a-e3d0-4440-8106-9591f2dcaba1>
- (4) Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015, por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. 16 feb 2015 [citado 2025 feb 11]. Disponible en: https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/pdf/ley_1751_2015.pdf
- (5) Red de Promotores de Derechos Humanos. Derecho a la salud: Defensoría del Pueblo – Derechos humanos para vivir en paz [Internet]. Bogotá (CO): Defensoría del Pueblo; 2002 [citado 2025 feb 11]. Disponible en: <https://repositorio.defensoria.gov.co/server/api/core/bitstreams/71aeb572-cab5-452b-ab78-58a08c868d1a/content>
- (6) Arbeláez M. La protección constitucional del derecho a la salud: la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana. DS [Internet]. 2006;14:205–40 [citado 2025 feb 11]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2165046>

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE, DIÁLOGO INSTITUCIONAL E DEMOCRACIA: UMA ANÁLISE DA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM PETRÓPOLIS/RJ

Larissa Borsato da Silva¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 consolidou o direito à saúde como componente essencial da dignidade humana, o positivando no rol dos chamados direitos fundamentais sociais, pois os direitos sociais exigem abordagem em permanente diálogo com a teoria geral dos direitos fundamentais (1). Contudo, lacunas nas políticas públicas impulsionaram a judicialização com a atuação massiva do Poder Judiciário.

Embora essencial para proteção individual imediata, a judicialização frequentemente desconsidera limites estruturais e financeiros das administrações públicas, além de privilegiar aqueles que dispõem de meios e conhecimento para acessar a justiça, especialmente o Poder Judiciário. Diante disso, o diálogo institucional emerge como mecanismo capaz de promover soluções coletivas sustentáveis, democráticas e legítimas, sem distinguir os usuários com ou sem decisão judicial. O município de Petrópolis/RJ exemplifica bem essa dinâmica, especialmente durante a pandemia da Covid-19, quando estratégias colaborativas entre Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Gestão Municipal foram ampliadas e potencializadas. Este estudo aprofunda reflexões sobre como a judicialização integrada ao diálogo institucional reforça uma saúde pública mais inclusiva e democrática.

OBJETIVO

Avaliar como o diálogo institucional articulado à judicialização efetiva o direito constitucional à saúde em Petrópolis/RJ, destacando ações adotadas durante a pandemia e a relevância da participação social alinhada aos princípios democráticos.

METODOLOGIA

Adotou-se abordagem qualitativa e empírica, com entrevistas semiestruturadas realizadas entre 2019 e 2021 com representantes do Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Gestão Municipal. Realizou-se análise de documentos oficiais e a de 69 atas de reuniões realizadas entre o Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual e a Gestão Municipal entre os meses de maio de 2020 e novembro de 2021; e buscou-se identificar e conhecer as estratégias dos atores institucionais, como estes veem suas atuações, assim como estas impactaram na efetivação do direito à saúde no

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
E-mail: larissaborsato@gmail.com

município de Petrópolis/RJ e no enfrentamento à pandemia da Covid-19. A fundamentação teórica pautou-se na literatura especializada sobre judicialização, diálogo institucional e participação social, permitindo identificar desafios e oportunidades de abordagem cooperativa para resolução de conflitos no sistema local de saúde.

RESULTADOS

Constatou-se que a judicialização da saúde em Petrópolis concentra-se majoritariamente em demandas individuais, refletindo fragilidades das políticas públicas. Todavia, as estratégias colaborativas demonstraram eficiência ao reduzir processos judiciais e gerar maior efetivação do direito à saúde. Durante a pandemia da Covid-19, observou-se intensificação do diálogo institucional e o envolvimento de instituições jurídicas na busca pela superação dos obstáculos ao direito à saúde que não ensejam, necessariamente, o ajuizamento de ações judiciais e o acionamento do Poder Judiciário, a chamada a juridicização do direito à saúde (2).

Conforme observado nas atas de reunião com ações coordenadas, como a criação de canal direto de comunicação, realocação emergencial de recursos e protocolos conjuntos para disponibilização de leitos hospitalares. Destacaram-se ainda ações específicas, tais como testagem volante em massa em bairros com maior incidência de casos, organização de barreiras sanitárias e ampliação significativa do número de leitos clínicos e de UTI. Apesar desses avanços, persistem desafios quanto à sobrecarga do Judiciário e à integração governamental, ressaltando-se a necessidade contínua de aprimoramento das práticas colaborativas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O presente trabalho teve como intuito analisar o diálogo e o arranjo institucional para a efetivação da saúde a partir de pesquisa empírica no município de Petrópolis/RJ nos anos de 2019 e 2021. Dentro da pesquisa observou-se que a relação dialógica e cooperativa entre os atores institucionais foi e ainda é fator fundamental para a estruturação das políticas públicas de saúde dentro do Município.

A partir do diálogo e dos arranjos institucionais notou-se que políticas públicas foram realizadas, problemas apresentados debatidos, analisados e soluções apresentadas de forma mais célere. Houve a ampliação da rede de saúde e melhor estruturação para melhor atender as demandas da população. A comunhão de esforços entre os atores institucionais permite soluções conjuntas e viáveis que possibilitem a implementação, adequação e reorientação das práticas e políticas públicas dentro da esfera dos direitos e garantias fundamentais, mas sem que haja, necessariamente, a judicialização da questão. Observou-se que as atuações proativas e a abertura para o diálogo são o fator central do sucesso da experiência ora pesquisada, sendo importante a criação de cultura jurídica que leve os cidadãos a sentirem-se mais próximos da justiça (3).

Sempre haverá obstáculos a serem superados e problemas a serem enfrentados, mas o diálogo e os arranjos institucionais fazem com que o sistema municipal de saúde consiga caminhar com mais

proximidade ao dinamismo que a sociedade demanda, promovendo maior efetividade do direito à saúde, resultando em políticas públicas mais democráticas e alinhadas às necessidades reais dos cidadãos, focadas nas demandas específicas do usuário.

REFERÊNCIAS

- (1) Scarlet IW, Marinoni LG, Mitidiero D. Curso de direito constitucional. São Paulo: Saraiva; 2019.
- (2) Asensi FD. Judicialização ou juridicização? Physis. 2010;20(1):33-55. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000100004>
- (3) Santos BS. Para uma revolução democrática da justiça. São Paulo: Cortez; 2010.

MODELO DE GOBERNANZA EN SALUD RURAL DESDE LA SANOLOGÍA EN LA PLATA HUILA, COLOMBIA

Adriana Carolina Villada Ramírez¹

Nicolás Arturo Núñez Gómez

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

El municipio de La Plata, ubicado al suroccidente del Huila, es un punto importante a nivel geográfico, no sólo por contar con diferentes pisos térmicos y ser un paso obligado para desplazarse al sur y occidente del país, sino también, por albergar una población con diversidad étnica, y tener cerca del 60% de la población residiendo en las zonas rurales (más de 180 veredas) de difícil acceso (1). La población rural enfrenta limitaciones relacionadas con acceso a transporte, alimentación, salud, educación y agua potable, ocasionando un bajo desarrollo de sus capacidades, que les permita consolidarse como actores principales de su propia sostenibilidad.

Al analizar la situación de salud (2), las comunidades dependen fundamentalmente de las actividades colectivas municipales desde un modelo de atención sanitaria tradicional, y, aunque, se llevan a cabo ocasionales actividades para la promoción y protección para la salud desde las ESE San Sebastián, no se evidencian resultados en salud significativos. Las comunidades rurales en el municipio de La Plata Huila, específicamente las de la vereda El Carmelo, requieren desarrollar procesos de gobernanza en salud para fortalecer sus procesos organizativos, tomar decisiones y llevar a cabo acciones que propendan por su bienestar y mejoramiento de su calidad de vida.

La presente investigación busca construir un modelo de gobernanza en salud rural con la comunidad desde una perspectiva sanológica, cuyo punto de partida es la salud, vista desde la posibilidad de construir formas de vivir sanas en comunidad.

La investigación acción participativa (IAP) se implementa con la comunidad de la Vereda El Carmelo como actor principal, aportando al conocimiento en salud desde la sanología y facilitando la construcción de gobernanza en salud rural.

OBJETIVO

Desarrollar un modelo de gobernanza en salud rural desde el enfoque sanológico en la vereda El Carmelo del municipio de La Plata.

1 Estudiante Doctorado Ciencias de la Salud, Universidad Surcolombiana Sede Neiva, Huila – Colombia. E-mail: adriana.villada@usco.edu.co

METODOLOGÍA

Esta investigación se ha desarrollado a partir del paradigma cualitativo, cuyo diseño se basa en la investigación acción participativa (IAP), pues implica el reconocimiento de la comunidad de la Vereda El Carmelo, como participante activa en el proceso de investigación (3). El universo de estudio estará conformado por los afiliados y sus familias de la Junta de Acción Comunal de la Vereda El Carmelo de La Plata Huila (4,5) y los líderes de la organización (6). Además, teniendo en cuenta que la investigadora principal es líder de la comunidad, este abordaje permite que el investigador sea el facilitador que guía y desarrolla el proceso de participación con la comunidad.

RESULTADOS

1. El papel de la investigador social desde la IAP, compromiso social:

El rol del investigador social consiste en ser un facilitador de procesos comunitarios para promover la equidad y la justicia en salud a partir de acciones que se propongan y gestionen desde la misma comunidad.

2. La mujer construyendo gobernanza en salud:

A partir de su liderazgo, la mujer lleva a cabo promoción de prácticas saludables y su participación activa en los comités de salud y otros espacios comunitarios que, con su presencia, se van organizando.

3. El agua mitos, leyendas y salud

Las experiencias y la relación de la comunidad local con el agua, refuerza su importancia cultural y promueve prácticas sostenibles para su conservación y uso adecuado.

4. La vía como puerta del desarrollo

La vía se constituye como la base en torno a la cual giran las dinámicas comunitarias en salud volviéndose en un elemento esencial para que la comunidad pueda tener acceso a su propia riqueza, fortalezca la confianza con los vecinos y visionen su propio desarrollo.

5. Los vigías del medio ambiente y los saberes ancestrales en salud

Reconocer la labor y los saberes de los actores que se ocupan primordialmente del cuidado del paisaje que acoge a la comunidad y a quienes transitan por éste, es vital en el marco de la gobernanza en salud

6. El territorio como un espacio de la cultura en salud: tabaco, sobanderos.

En el territorio se integran las prácticas culturales, los recursos naturales y las dinámicas sociales para albergar una comunidad que se fortalece culturalmente sus prácticas ancestrales para mantener estados saludables.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

Sanología: Se espera consolidar un marco teórico que integre los conceptos de gobernanza en salud, interculturalidad y sanología, destacando la importancia de la participación comunitaria y la construcción de salud desde las prácticas ancestrales y locales.

Salud pública: Se espera que el modelo sirva como referente para la formulación de políticas públicas en salud rural, integrando el marco sanológico en la planificación y ejecución de programas de salud.

Gobernanza en salud: creación de un modelo que permita a la comunidad fortalecer sus capacidades y estilos de liderazgo, dinamización de la Junta de Acción Comunal. De esta manera se promueve la articulación intersectorial entre los actores locales, regionales y nacionales, fomentando la colaboración entre el sector público, privado, académico y comunitario para el logro de los objetivos de salud.

REFERENCIAS

- (1) Administración Municipal de La Plata Huila. Acuerdo Municipal n. 13-018 de 2016: Plan de Desarrollo Municipal 2016–2019 “El cambio lo hacemos todos” [Internet]. La Plata (Huila); 2016 [citado 2025 mar 30]. Disponible en: https://laplatahuila.micolombiadigital.gov.co/sites/laplatahuila/content/files/000044/2176_plan-de-desarrollo-el-cambio-lo-hacemos-todos-1.pdf
- (2) Aldereguía Henriques J. Sanología: paradigma alternativo. La sanología hoy. La Habana: Universidad de La Habana, Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos; 1997. p. 40. Disponible en: <https://www.sld.cu/>
- (3) Amable Z. Sanología: nueva forma de pensar y actuar. En: Más J, editor. Aspectos sociales de la vinculación en salud entre academia y sociedad. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012. p. 283–95.
- (4) McKay S. Participatory action research, community-based. In: Christie DJ, editor. The encyclopedia of peace psychology. 1st ed. Hoboken (NJ): Wiley-Blackwell; 2011.
- (5) Pardo M, Núñez N. La comprensión de la salud: punto de partida del enfoque sanológico en la promoción de la salud de la mujer adulta joven. Av Enferm [Internet]. 2007 [citado 2025 mar 30];25(2):36–49. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12808>
- (6) Olivera S, Peña M, Núñez N. Estrategia sanológica en mujeres con fibromialgia atendidas en institución prestadora de servicios de salud de Neiva [tesis doctoral]. Neiva: Universidad Surcolombiana; 2024.

NIÑECES, TERRITORIO Y SALUD: RESIGNIFICANDO LA FONOAUDIOLOGÍA EN CONTEXTOS RURALES

Jaime Alberto Méndez Castillo¹

Cristian David Trujillo Delgado

INTRODUCCIÓN

La fonoaudiología tradicionalmente ha respondido al modelo biomédico rehabilitador, centrado en el individuo y lejos del carácter social, por lo que tiende a abordar diagnósticos y condiciones de enfermedad en lugar de desarrollar acciones orientadas a la creación de tejido social a partir de la promoción del diálogo, la construcción de habilidades comunicativas y el abordaje de dinámicas comunicativas que surgen en el contexto colectivo.

De esta manera, se revela una necesidad ineludible de incorporar nuevas perspectivas ontológicas, epistemológicas y ético-políticas que enriquezcan las prácticas fonoaudiológicas, dando protagonismo central a la comunidad, el territorio y los lenguajes (1). Así, este trabajo propone resignificar el valor de las interacciones comunicativas en los procesos de gobernanza territorial, considerando enfoques que reconozcan las dinámicas culturales y comunitarias, y que permitan la vinculación de actores locales, territoriales y constitucionales como los principales gestores de las transformaciones sociales para la salud (2).

La presente investigación buscó contribuir al vacío de conocimiento existente sobre la relación entre la fonoaudiología, el territorio, sus características socioculturales, económicas y políticas, y las inequidades presentes en la educación rural como uno de los procesos centrales para la salud y la vida.

OBJETIVO

Re-conocer desde la fonoaudiología las dinámicas territoriales y comunitarias relacionadas con las desigualdades en la educación rural como proceso central para la salud y la vida en un municipio colombiano.

METODOLOGÍA

Se empleó la metodología del Fotovoz con las niñeces rurales para dar cuenta de las cosmovisiones de vida, de los modos de vida y de producción de las comunidades en el territorio a través de la fotografía narrada, siguiendo el proceso recomendado por Sanz Vega, Noriega Pérez, Noguerol de Cid y Serra Lorenzo (3):

1. Se ideó el equipo donde participaron las niñeces rurales en un municipio colombiano.

¹ Departamento de la Comunicación Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: jamendezc@unal.edu.co

2. Se conformaron equipos de trabajo que vincularon a docentes, a la comunidad y a las niñeces rurales del municipio.
3. Se hizo un proceso de co-formación previa sobre el fotovoz con las niñeces y las comunidades.
4. Se distribuyeron los insumos necesarios para el proyecto, como cámaras, cuadernos y otros recursos técnicos necesarios para la investigación.
5. Se firmaron los consentimientos informados.
6. Se realizó el proceso de formación a las niñeces en la toma de fotografías
7. Colectivamente se seleccionaron las imágenes más representativas y se generaron narrativas asociadas.
8. Se identificaron los temas y problemas clave.
9. Se validaron los resultados con la comunidad y en otros espacios relevantes del territorio donde se fomenta el tejido social.

RESULTADOS

Dentro de las principales dinámicas territoriales se reflejan en las narrativas de las niñeces rurales el extractivismo propiciado por fuerzas políticas que han resignificado los territorios en función de las lógicas del capitalismo depredador de la vida. Frecuentemente aparece el río contaminado, las montañas erosionadas y las empresas que son el medio de producción de las comunidades como los principales elementos que atraviesan la vida de las personas que co-habitan los territorios. Las niñeces resaltan la diversidad del territorio, no solo en flora y fauna sino en los sujetos, sus colectivos y colectividades y el deterioro que cada vez más se profundiza. No fue ajena la ausencia de los servicios de salud en el territorio, lo cual profundiza desigualdades que determinan socialmente las formas en las que las personas enferman y mueren.

CONCLUSIONES

Las personas que cohabitan los territorios rurales donde se llevó a cabo la investigación han perdido su autonomía y gobernanza sobre estos, en medio de las diferentes relaciones de poder que se configuran desde distintas fuerzas con intereses propios que afectan la salud y la vida de las personas. El saqueo de los recursos naturales, la contaminación de las aguas y la depredación del medio ambiente son cuotas de las relaciones de algunos seres humanos con la naturaleza que rentabilizan a costa de los cohabitantes de las ruralidades, de la salud y de la vida.

Las niñeces rurales como protagonistas de esta investigación dan cuenta de sus sentires y pensares acerca de los territorios que los abrazan y de las resignificaciones de las que han sido testigos. Justamente esta investigación busca no solo dar voces a las niñeces, sino aportarles en formar agentes

transformadores de sus propias realidades, esos líderes defensores de su territorio y todo lo vivo y no vivo que hace parte de él.

REFERENCIAS

- (1) Ithurralde C, Campra C, Felice F, Ginghini MF. Formación académica y práctica profesional en fonoaudiología social y comunitaria. Escenarios Rev Trab Soc Cienc Soc. 2019;19(30) [citado 2024 nov 29]. Disponible en: <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/10034/8771>
- (2) García, A. E. Las Epistemologías del Sur para una educación emancipadora. Revista Portuguesa de Educação. 2023; 36(1), e23003.. DOI: <http://doi.org/10.21814/rpe.23880>.
- (3) Sanz Vega CM, Noriega Pérez A, Noguerol de Cid C, Serra Lorenzo R. Manejo de la técnica de Fotovoz como herramienta comunitaria. RqR Enferm Comunitaria. 2018 [citado 2025 maio 6];6(3):42-56. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=21853>

O ENGAJAMENTO DE MULHERES DE FAVELA NA LUTA PELA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

Nilza Rogéria de Andrade Nunes¹

Laís Martins Costa Araujo²

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As favelas e periferias foram especialmente afetadas pela pandemia de COVID-19, apresentando maiores índices de morbimortalidade se comparadas a outras regiões. Essa vulnerabilidade não é apenas resultado da crise sanitária, mas decorre de um histórico de desigualdades estruturais e ausência de políticas públicas que garantam direitos básicos, como saneamento, moradia e segurança alimentar (1). Nesse cenário, destacam-se as ações de resistência protagonizadas por mulheres que assumem papéis de liderança nos locais onde vivem, mobilizando redes de solidariedade e implementando estratégias para a garantia de saúde e melhores condições de vida.

Este trabalho apresenta resultados parciais da pesquisa-ação participativa “Lideranças femininas das favelas e periferias e as estratégias para o enfrentamento das consequências da COVID-19” (FAPERJ/Programa Jovem Cientista do Nosso Estado) que busca ampliar a visibilidade da atuação de 30 mulheres na promoção da saúde e na construção de estratégias para mitigar os efeitos sociais, econômicos e de saúde decorrentes da pandemia. Os resultados preliminares indicam que estas ações são fundamentais para a garantia de direitos, promoção da saúde e fortalecimento do engajamento comunitário nos territórios populares, contribuindo para a construção de respostas coletivas diante das desigualdades sociais agravadas pela pandemia.

OBJETIVO

Demonstrar, através dos dados obtidos até o momento com a pesquisa “Lideranças femininas das favelas e periferias e as estratégias para o enfrentamento das consequências da COVID-19”, como o protagonismo feminino tem sido fundamental para o engajamento comunitário nas ações de promoção de saúde em favelas do Rio de Janeiro, fortalecendo a participação ativa da população na luta pela garantia e ampliação do direito à saúde.

METODOLOGIA

O projeto de pesquisa-ação participativa (2,3) possui abordagem qualitativa, articulando pesquisa bibliográfica, análise documental e coleta de dados empíricos, como notas de campo, entrevistas e observações. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética.

1 Departamento de Serviço Social/PUC-Rio. E-mail: n.rogerianunes@gmail.com

2 Departamento de Serviço Social/PUC-Rio. E-mail: lais_mca@hotmail.com

Este texto apresenta uma análise preliminar das entrevistas semi-estruturadas realizadas com 30 mulheres participantes do estudo. As etapas da pesquisa incluíram: identificação de Mulheres de Favela (4); mobilização para participação; e entrevistas realizadas entre maio de 2023 e junho de 2024. O roteiro das entrevistas foi estruturado em blocos, abordando identificação pessoal, atuação territorial, vínculos institucionais, trabalho em rede, impactos da pandemia, desafios e aprendizados.

A análise dos dados ocorre de forma sistemática e reflexiva, com as narrativas organizadas em formulário eletrônico, gerando uma base de dados para identificar padrões, temas recorrentes e singularidades. Os resultados preliminares evidenciam o protagonismo das mulheres na resposta aos desafios impostos pela pandemia, bem como a importância das redes de solidariedade e das parcerias para a garantia do direito à saúde. A sistematização dos dados fornecerá diretrizes e recomendações para o fortalecimento do engajamento comunitário em ações de saúde.

RESULTADOS

A pesquisa analisa a atuação das Mulheres de Favela na promoção da saúde a partir da interseccionalidade e da consubstancialidade das opressões (5,6), considerando como raça, gênero, classe e território influenciam sua liderança. A perspectiva feminista e decolonial (7,8) baseia-se na compreensão da “feminização do poder” nesses territórios como estratégia de resistência diante das desigualdades exacerbadas pela pandemia. Essas lideranças comunitárias desenvolvem ações para enfrentar os desafios estruturais e garantir melhores condições de vida e saúde. As entrevistadas desenvolvem ações diretas na saúde, promoção da vacinação, distribuição de materiais de prevenção, incentivo à alimentação saudável, além de ações educativas e acolhimento. Destaca-se ainda o permanente esforço pelo engajamento comunitário e a mobilização social para maior alcance e visibilidade dos espaços populares onde atuam.

A pandemia agravou a vulnerabilidade social e aumentou a demanda por suporte comunitário, especialmente na distribuição de alimentos e no suporte psicológico. A falta de insumos essenciais, como álcool e máscaras, dificultou o enfrentamento da crise sanitária. Diante desse cenário, as lideranças precisaram adaptar suas estratégias, ampliando o uso das redes sociais e fortalecendo parcerias com ONGs, movimentos sociais e grupos comunitários.

Os dados analisados reforçam o papel central dessas lideranças femininas no engajamento comunitário para a promoção da saúde, sobretudo na resposta local à COVID-19. Mesmo enfrentando desafios como falta de recursos e suporte institucional, elas adaptaram suas estratégias e buscaram novas parcerias para continuar atuando.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As favelas cariocas representam um dos exemplos mais marcantes de territórios forjados pela desigualdade. Sua existência foi historicamente normalizada por dinâmicas políticas e econômicas que, determinadas pela herança colonial, mantém a hierarquização e a marginalização de certas populações.

Embora sejam, em muitos casos, tidas como espaços de exclusão, as favelas também se configuram como locais de resistência. Nesses mesmos locais, onde as desigualdades tornam-se acentuadamente expressões múltiplas de vulnerabilidades, encontramos também as lideranças femininas, subvertendo a ordem que historicamente as colocaram em condições de subalternidade.

A participação destas mulheres tem possibilitado o aprofundamento na compreensão das experiências individuais e coletivas, destacando as interseções entre demandas locais e estratégias de mobilização comunitária para a garantia e ampliação do direito à saúde e pela justiça social em favelas.

REFERÊNCIAS

- (1) Fleury S, Menezes P. Pandemia nas favelas: entre carências e potências. *Saúde debate* [Internet]. 2021 [citado 2025 fev 23];44:267–80. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xSgrb6jrj3tLnGszjZ4QcWt/?lang=pt>
- (2) Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 7ª ed. São Paulo: Cortez; 1996.
- (3) Toledo R, Jacobi PR, Santos FNP. Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018.
- (4) Nunes NR de A. Mulher de favela: o poder feminino em territórios populares. Rio de Janeiro: Gramma; 2018.
- (5) Crenshaw KW. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Univ Chic Leg Forum* [Internet]. 1989 [citado 2025 fev 2];(1):Artigo 8. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- (6) Kergoat D. Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux. En: Dorlin E, editor. *Sexe, race, classe: pour une épistémologie de la domination*. Paris: Presses Universitaires de France; 2009.
- (7) Lugones M. Rumo a um feminismo descolonial. *Estud Fem* [Internet]. 2014 set-dez [citado 2025 fev 19];22(3):320. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/36755>
- (8) Collins PH. *Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. New York: Routledge; 2009.

PEDAGOGÍA PARA LA IGUALDAD: UNA EXPERIENCIA A TRAVÉS DEL ARTE

Rosana Lucrecia Durán¹

Carmen Gladys Soriano

INTRODUCCIÓN

La escritura de este trabajo partió de la comprensión de la experiencia, tal como la plantea Larrosa: *“Lo primero que hay que hacer, me parece, es dignificar la experiencia, reivindicar la experiencia, y eso supone dignificar y reivindicar todo aquello que tanto la filosofía como la ciencia tradicionalmente menosprecian y rechazan: la subjetividad, la incertidumbre, la provisionalidad, el cuerpo, la fugacidad, la finitud, la vida.”* (Larrosa, s/d).

Esta reivindicación se reflejó en el Taller de Telas, desarrollado en el Centro de Atención a Jóvenes en Conflicto con la Ley Penal N°1, que se convirtió en un espacio de expresión para jóvenes que experimentaban el encierro. Tal como señala Boaventura de Sousa Santos (2008), es fundamental reconocer los saberes desde los márgenes y desde el Sur, recuperando aquellas experiencias que suelen quedar fuera del discurso hegemónico.

La experiencia reafirmó la importancia del profesor en Educación para la Salud en la construcción de prácticas pedagógicas que integraron el arte como forma de expresión y desarrollo subjetivo. Su intervención permitió generar instancias de aprendizaje que trascendieron la enseñanza convencional, posibilitando la construcción de sentido a partir de las experiencias de los participantes.

El arte y la educación, en este contexto, se manifestaron como herramientas de transformación social, permitiendo la resignificación de identidades y subjetividades, en sintonía con lo que plantean Rodríguez y Varela (2011) al analizar el impacto del arte en la educación en contextos de encierro.

El propósito de esta experiencia fue analizar el sentido de la práctica artística en la educación y su relación con la construcción de identidades en contextos de privación de libertad. También buscó establecer vínculos entre las producciones de los jóvenes y los procesos de aprendizaje desde una mirada crítica, incorporando el rol del profesor en Educación para la Salud como facilitador de espacios de enseñanza que atendieran la dimensión subjetiva de los participantes.

CUERPO Y SUBJETIVIDAD DE LOS JÓVENES EN LA TELA

El cuerpo tomó un rol central en la producción artística del taller, siendo el vehículo de expresión y resistencia. Como plantea Chiqui González (2003): *“El cuerpo, por momentos nuestro propio cuerpo, es el cuerpo contra el tiempo, que corre más allá de lo que sus fuerzas le permiten. En algunos casos, viene para tapar el vacío o la inacción; en otros, lo hace para sobrevivir.”*

1

E-mail: romagister22@gmail.com

En la tela, los jóvenes inscribieron su subjetividad, expresando la tensión entre el encierro y la libertad, el movimiento y la inmovilidad. Esta concepción del cuerpo se alinea con la propuesta de Suárez (2008) sobre la reconstrucción de la pedagogía desde una tradición crítica, desafiando la racionalidad dominante en los procesos educativos.

El Taller de Telas, desarrollado en el Centro de Atención a Jóvenes en Conflicto con la Ley Penal N°1, se consolidó como un espacio de expresión artística y subjetiva para jóvenes en situación de encierro. A través de la intervención sobre tela, se posibilitó la construcción de subjetividades y la resignificación de la relación entre arte y educación, alineándose con enfoques pedagógicos alternativos.

LA CONSTRUCCIÓN DE LO PEDAGÓGICO A TRAVÉS DEL ARTE

El taller permitió repensar la relación entre arte y educación, alejándose del modelo escolar tradicional analizado por Vincent, Lahire y Thin (2001), quienes identifican la forma escolar como un modelo que impone ciertas reglas de transmisión del conocimiento. En contraste, el espacio del taller promovió una educación desde la experiencia y el arte, como plantea Hillert (2009): *“Conocer y analizar la educación fuera de la escuela pone al descubierto nuevas problemáticas y nuevas prácticas e interpela al sistema escolar, un sistema que para llegar a ser totalmente inclusivo debe examinarse desde la exclusión, desde los márgenes.”*

Este enfoque también dialoga con Larrosa, quien destaca la importancia de reconocer la subjetividad y la incertidumbre como parte del proceso educativo, alejándose de las estructuras rígidas del conocimiento formal.

La metodología utilizada en el taller incluyó la observación directa y la participación en el taller, permitiendo identificar la forma en que los jóvenes inscribieron sus vivencias en la tela como una práctica comunicativa. Las referencias teóricas de Larrosa, Santos, Suárez y Hillert fueron clave para el análisis de los procesos educativos y la construcción de conocimiento desde el margen.

CONCLUSIONES

El Taller de Telas fue un espacio de expresión artística que permitió resignificar la relación entre educación, arte y subjetividad en un contexto de privación de libertad. La experiencia llevó a una reflexión sobre la construcción de prácticas pedagógicas contrahegemónicas, donde el saber se originó desde la sensibilidad, el cuerpo y la interacción con el otro, en línea con lo que plantea Santos (2008) al pensar en una cultura política emancipatoria.

En este marco, el rol del profesor en Educación para la Salud adquirió una relevancia fundamental. Su labor no se limitó a la transmisión de conocimientos, sino que implicó una acción pedagógica que vinculó la enseñanza con las experiencias de los estudiantes, considerando sus condiciones sociales, emocionales y culturales. Suárez (2008) destaca la importancia de una pedagogía crítica que reconozca las realidades de los sujetos educativos, permitiendo la construcción de saberes desde sus propias vivencias.

El taller dialogó con este enfoque al facilitar la expresión del cuerpo y la subjetividad de los jóvenes a través del arte. En un contexto de encierro, la educación para la salud consideró no solo la dimensión física, sino también la posibilidad de generar espacios de comunicación y expresión que les permitieran reconfigurar sus experiencias dentro de un proceso pedagógico. Esta experiencia evidenció la necesidad de trascender los límites impuestos por los modelos educativos tradicionales, promoviendo espacios donde la enseñanza se articuló con el arte y la subjetividad. En este sentido, el accionar del profesor en Educación para la Salud se consolidó como un elemento clave en la construcción de prácticas inclusivas y emancipadoras, que reconocieron la diversidad de trayectorias y saberes de los estudiantes. Los resultados demostraron que los jóvenes lograron inscribir su subjetividad en la tela, resignificando sus experiencias y generando nuevas formas de expresión en un contexto de encierro. El taller se constituyó como un espacio donde las manifestaciones artísticas adquirieron un significado profundo dentro de una pedagogía que permitió el diálogo entre lo educativo y lo artístico.

REFERENCIAS

- 1- Larrosa J. La experiencia y sus lenguajes (Conferencia). Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Universidad de Barcelona. Serie Encuentros.
- 2- Rodríguez A, Varela G. Arte, cultura y derechos humanos: Pensar y hacer educación en contextos de encierro. Ministerio de Educación; 2011. Buenos Aires.
- 3- Vincent G, Lahire B, Thin D. Sobre a historia e a teoria da forma escolar. Educacao em Revista. Belo Horizonte; 2001.
- 4- González C. Cuerpo, juego y lenguaje en el marco de "El mundo en juego. Encuentro de Educación y cultura sobre el porvenir de la infancia". Secretaría de Cultura y Educación de la Municipalidad de Rosario, Centro de Expresiones Contemporáneas; 2003.
- 5- Hillert F. A modo de conclusión. En: Hillert F, Ameijeiras MJ, Graziano N, compiladores. La mirada pedagógica para el siglo XXI: teorías, temas y prácticas en cuestión. Reflexiones de un encuentro. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires; 2009.
- 6- Santos BS. Conocer desde el Sur. Para una cultura política emancipatoria. La Paz: CLACSO; 2008. Caps. seleccionados.
- 7- Suárez DH. La tradición crítica en educación y reconstrucción de la pedagogía. En: Elsalde R, Ampudia M, compiladores. Movimientos sociales y educación: teoría e historia de la educación popular en Argentina y América Latina. Buenos Aires: Buenos Libros; 2008

Boletín Com. El objetivo es generar otro tipo de experiencia y escritura en soporte antiguo pero nuevo para muchos: la tela. [Internet]. 2018 [citado el XX de XXXX de XXXX]. Disponible en: <http://www.boletincom.info/2018/11/19/el-objetivo-es-generar-otro-tipo-de-experiencia-y-escritura-en-soporte-antiguo-pero-nuevo-para-muchos-la-tela/>

PERFIL DOS MINISTROS DA SAÚDE LATINOAMERICANOS EM 2025

Matheus Brancaglion¹

Douglas Gonçalves

Julia Cardoso

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Sistemas de saúde fortes dependem de ministros da saúde fortes (1). Tais líderes podem alçar o cargo de diversas maneiras, sendo pertinente a compilação de informações acerca de suas trajetórias, permitindo um acúmulo de conhecimento que possibilite comparações e tipificações (2). O posto é um ativo de grande valia (3), por mobilizar recursos e redes de influência. Para tanto, o presidente nomeante, em busca de governar efetivamente, se equilibra entre garantir competência técnica e apoio político (4).

A presente pesquisa lança mão de pesquisa documental, a fim de conhecer o perfil dos ministros da saúde, em exercício no ano de 2025, dos países latinoamericanos integrados à Alames. A investigação é um desdobramento de uma agenda de pesquisa que busca conhecer perfis de gestores da saúde pública.

O pressuposto é o de que as capacidades, origens e agendas dos dirigentes públicos e das burocracias importam para a direção e efetividade de políticas de saúde, sendo a trajetórias desses agentes importante para aproximações e distanciamentos em relação a determinadas pautas.

A investigação se insere em uma agenda de pesquisa que se propõe a apagar separações entre a ciência política e a saúde, admitindo “roubos” entre as áreas (5).

OBJETIVO

A pesquisa busca delinear um perfil dos ministros da saúde da América Latina, buscando suas trajetórias acadêmicas, inserções político-partidárias e experiências profissionais nos setores públicos privados. Almeja-se adensar uma agenda de pesquisas sobre quem são os dirigentes públicos que são responsáveis pela elaboração e condução das políticas públicas em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de natureza exploratória, a partir da utilização de fontes secundárias, públicas, disponibilizadas na internet. Foram analisados portais de governos, sites de notícias, de universidades e partidos políticos, na busca de dados dos currículos dos ministros da saúde, em exercício em 2025, de Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Honduras,

1 Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde (GPDES), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), Brasil. E-mail: brancaglion@ufrj.br

México, Perú, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. Fonte de informação destacável está no portal do Organismo Andino de Salud, ORAS-CONHU (Convenio Hipólito Unanue), no Sistema Andino de Integración (SAI).

As informações levantadas foram compiladas em campos acerca da formação acadêmica, da trajetória político-partidária e de cargos ocupados previamente, além de informações sociobiográficas como gênero, idade e etnia.

RESULTADOS

A idade média é de 60 anos. As mulheres são metade (sete). Somente um não é branco (Peru).

Predominância de médicos, com três exceções (Bolívia - Biologia; Brasil - Ciências Sociais; Venezuela - Direito). Destacam-se a ministra venezuelana, advogada que cumula o cargo com a direção do instituto previdenciário do país, e que já ocupou postos na Asamblea Nacional e na Procuraduría General de la República; e a ministra brasileira, acadêmica do campo da saúde com formação em ciências sociais, que já presidiu a fundação nacional de saúde Fiocruz.

Todos são pós-graduados, sendo três mestres e seis doutores.

Os ministros estão, em média, contando 25 meses (contados da posse até março de 2025) de exercício, indo de 5 meses (Argentina e México) a 6 anos e meio (Cuba).

Foram encontrados algum vínculo partidário em nove. Só em dois casos são partidos diferentes do presidente (Peru e Uruguai). No Uruguai, a ministra Karina Rando, médica anestesista e professora, é vinculada ao Cabildo Abierto, e questionou as políticas de regulamentação de drogas. César Vásquez Sánchez (Peru), do partido Alianza para el Progreso, pelo qual se elegeu parlamentar em 2016, presidiu a comissão de saúde. Como ministro, classificou pessoas transexuais como “enfermas mentales”.

Há registros de experiências em postos políticos. Mary Munive (Costa Rica), acadêmica e médica de família, é também a Segunda Vicepresidenta do país. José Miranda (Cuba) é deputado da Asamblea Nacional del Poder Popular. Guillermo Jaramillo (Colômbia), filho de um político que também já ocupou o ministério, já foi prefeito, governador, senador e secretário de saúde de Bogotá. Depois de passar por diversos partidos, está na mesma legenda do presidente Petro. A hondurenha Carla Paredes também foi vereadora. Agremiações de médicos e direção de unidades de saúde também foram experiências comuns aos ministros.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O trabalho se alia à literatura que, na análise de diferentes realidades nacionais, rechaça a ideia de que as influências político-partidárias sejam avessas a uma formação técnica compatível com cargos nos gabinetes (6).

Na América Latina, no caso dos gestores nacionais da saúde, as relações dos partidos já eram apontadas pela literatura como determinantes na escolha de ministros (7, 8), sendo relevantes

as interações entre política e burocracia (9). Encontrou-se, similarmente à realidade dos gabinetes presidenciais de outros países, ministros de formação acadêmica compatível com o cargo (10).

Destaca-se, por fim, a presença significativa de mulheres na alta gestão da saúde latinoamericana, realidade ainda não-unânime na composição do topo governamental.

REFERÊNCIAS

- (1) Omaswa F, Boufford JL. Strong ministries for strong health systems [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [citado 2025 mar 30]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44430>
- (2) Blondel J. A framework for the analysis of political leadership. *Oriente Moderno*. 1993;12(1):5-21.
- (3) Brasileiro DF. “Minha passagem pelo ministério foi...”: trajetórias de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil (1995 a 2016) [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2022 [citado 2025 mar 30]. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-19102022-152936/publico/BrasileiroDF_DR_O.pdf
- (4) Geddes B. The politician's dilemma: building state capacity in Latin America. Berkeley (CA): University of California Press; 1994.
- (5) Mackenbach J. Political determinants of health. *Eur J Public Health*. 2014;24(1):2-.
- (6) Svava JH. The myth of the dichotomy. *Public Adm Rev*. 2001;61(2):176-83.
- (7) Avendaño O, Dávila M. Rotación ministerial y estabilidad coalicional en Chile, 1990-2010. *Política*. 2012;50(2):87-108.
- (8) Chasquetti D, Buquet D, Cardarello A. La designación de gabinetes en Uruguay. *Am Lat Hoy*. 2013;64:15-40.
- (9) Alessio MF, Ambrozio L. A composição da alta burocracia no Brasil e no Chile à luz das dimensões da legitimidade e do desempenho. *Rev Serv Publico*. 2016;67(3):319-50.
- (10) Pires R, Lotta G, Oliveira VE. Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas. Brasília (DF): ENAP; 2018.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AO *STEALTHING*: DESAFIOS AO CUIDADO

Wendell Ferrari Silveira Rosa¹

Marcos Antonio Ferreira Do Nascimento

APRESENTAÇÃO

Stealthing refere-se à remoção não consensual do preservativo durante uma relação sexual, quebrando assim o acordo pré-estabelecido (1). Não há tradução dos termos para o português, dificultando a compreensão deste fenômeno no Brasil (2). O ato deve ser consirado uma violência sexual, devido à falta de consentimento no que se refere ao manejo do preservativo (3). Os profissionais que lidam com a saúde pública devem portar o conhecimento necessário sobre as diversas formas de violências que afetam a população em geral, de modo a prestar um atendimento resolutivo e implementar um plano de cuidados à vítima (4). Assim sendo, a compreensão do processo de ocorrência dessa violência sexual por parte dos profissionais, a formação de uma equipe multiprofissional que seja capaz de atuar com competência e compromisso, com encaminhamentos e seguimentos necessários para cada vítima torna-se fundamental. No Brasil, não há pesquisas empíricas sobre os cuidados dos profissionais de saúde frente ao fenômeno. Com o intuito de suprir a lacuna de dados sobre o tema, indagou-se: Quais os conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde na abordagem às vítimas de *stealthing*?

OBJETIVO

O estudo objetivou compreender os discursos e práticas de profissionais de saúde brasileiros - médicos, psicólogos e enfermeiros-, sobre os cuidados às vítimas de *stealthing*.

METODOLOGIA

Foram realizadas 21 entrevistas semi estruturadas com sete médicos, sete enfermeiros e sete psicólogos. Estes foram selecionados a partir de cinco estados: Rio de Janeiro, Mato Grosso, Amazonas, Bahia e Santa Catarina. Todos atuavam no Sistema Público de Saúde (SUS) em suas respectivas cidades. Em todos os estados mencionados, os autores tinham uma rede de parceria disparadora para entrar em contato com possíveis entrevistados e realizarem o convite da entrevista. As entrevistas ocorreram entre outubro de 2024 e janeiro de 2025 e foram conduzidas pelo primeiro autor de forma online, em horário, dia e plataforma digital de preferência dos entrevistados. As entrevistas tiveram tempo de duração média de 45 minutos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Esta etapa qualitativa

¹ Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: wendellferraripsi@gmail.com

da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto Fernandes Figueira (IFF-Fiocruz). As narrativas foram categorizadas a partir da análise temática (5).

RESULTADOS

Quatro categorias emergiram da análise do material empírico: 1) Conhecimento sobre o termo e lacunas na formação sobre violência sexual; 2) As necessidades em saúde ao atendimento às vítimas de *stealththing*: questões de gênero, orientação sexual e geração; 3) Possíveis barreiras de acesso à saúde por parte das vítimas; 4) *Stealththing* como uma violência sexual: “É uma violência, mas não é tão grave”. Todos os profissionais informaram não estarem aptos para lidar com a violência denominada *stealththing*, o que pode contribuir muitas vezes para o seguimento da violência, invisibilidade da ocorrência e, conseqüentemente, prolongamento do sofrimento das vítimas. Observou-se a centralidade da falta de conhecimento do termo, relativização do que consideram como violência sexual e indícios de eventuais dificuldades dos profissionais para lidarem com esse tipo de violência no dia-a-dia profissional. Discursos de julgamentos morais frente à sexualidade das vítimas, estereótipos de gênero, conflitos geracionais e dúvidas dos profissionais acerca da veracidade da situação foram relatados por todos eles, o que pode criar barreiras no acesso ao cuidado, criando impacto negativo na relação profissional-usuário. Sabe-se que o acesso e a assistência em saúde devem ser universais, integrais, equânimes e de qualidade (6). As entrevistas mostraram certo distanciamento desse cuidado integral, a partir da invisibilidade do termo *stealththing* entre os profissionais de saúde no Brasil, bem como o despreparo destes e uma lacuna de formação profissional sobre como acolher pacientes vítimas de violência sexual.

CONSIDERAÇÕES

Como um todo, as percepções e discursos dos profissionais de saúde sobre as barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas vítimas de *stealththing* apontam para a necessidade de intervenção no contexto de uma diversidade interseccional em saúde. Assim sendo, a pesquisa demonstrou a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde que atendem vítimas de violência sexual, em especial as mulheres e homens gays, tão importante para o avanço para relações de gênero mais igualitárias. Os autores deste trabalho reiteram que a possibilidade de superação das desigualdades nas relações de gênero pode ser possibilitada pela formação educacional desses profissionais. É importante reafirmar a necessidade do enfrentamento e a superação das diferentes barreiras aqui discutidas de forma crítica, para a garantia do acesso com qualidade aos serviços de saúde para qualquer vítima de *stealththing*.

REFERÊNCIAS

- (1) Brodsky A. 'Rape-adjacent': imagining legal responses to nonconsensual condom removal. *Columbia J Gender Law*. 2017;32.
- (2) Ferrari W, Nascimento M, Nogueira C. *Stealth*ing no Brasil: a remoção do preservativo sem consentimento e as consequências para a saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/IFF; 2024. 8 p. DOI: 10.34626/2024/zcdk-7706
- (3) Ferrari W, Nogueira C, Nascimento M. Experiences of *stealth*ing and the sociodemographic profiles of women victims in Brazil: a national study. *Soc Sci*. 2024;13(6):295. DOI: 10.3390/socsci13060295.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2025 maio 10]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf
- (5) Braun V, Clarke V, Weate P. Using thematic analysis in sport and exercise research. In: Smith B, Sparkes AC, editors. *Routledge handbook of qualitative research in sport and exercise*. London: Routledge; 2016. p. 191–205.
- (6) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Fontes de Financiamento: Programa INOVA Fiocruz

PROPUESTAS EDUCATIVAS COMO ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD EN TERRITORIO: FORMACIÓN DE PROMOTORAS/ES DE SALUD POR LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA EN PUNTA LARA

María Belén Martínez¹

Sofía Malleville

INTRODUCCIÓN

Las prácticas de educación en salud históricamente han sido ligadas a la promoción de la salud como una estrategia para “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (1), en los términos que la Carta de Ottawa define este modelo de abordaje de la salud.

Desde esta perspectiva, la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) desarrolla la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria como una estrategia pedagógica para formar promotores/as de salud e incentivar procesos colectivos de acción sobre problemáticas de salud en los territorios (2). El dictado se organiza en “aulas abiertas”, unidades pedagógicas ubicadas en barrios populares de la región La Plata-Berisso-Ensenada. Allí concurren estudiantes, que habitan dichos barrios e integran organizaciones sociales o espacios comunitarios, y el equipo docente conformado por trabajadores/as de la salud, egresados/as y estudiantes de la UNLP.

En este trabajo, nos interesa analizar la experiencia del “aula abierta” que funcionó en la Unidad Sanitaria “María Emma Córdoba” y en el Hospital Municipal de la localidad de Punta Lara, Ensenada, Buenos Aires, durante los ciclos lectivos 2022-2023 y 2024.

Reflexionar sobre los intercambios y los procesos desencadenados en dicha experiencia puede contribuir a conocer el impacto de las prácticas de educación situadas en la promoción de la salud.

OBJETIVO

Analizar la experiencia formativa de la Diplomatura en Promoción y gestión de la salud comunitaria de la Universidad Nacional de La Plata en Punta Lara, provincia de Buenos Aires, Argentina, durante los ciclos 2022-2023 y 2024 como parte de una estrategia de promoción de la salud, considerando la perspectiva de sus estudiantes y el equipo de trabajadores de la salud que participaron como docentes.

METODOLOGÍA

El trabajo se enmarca en un tipo de estudio descriptivo y exploratorio, basado en una perspectiva de investigación cualitativa (3) que buscó captar los sentidos que los sujetos le

1 Universidad Nacional de la Plata En Punta Lara. E-mail: belumartinez.mdp@gmail.com

atribuyen a esta experiencia educativa y sus representaciones respecto a su contribución a la promoción de la salud.

La unidad de análisis estuvo conformada por egresados/as de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la salud comunitaria de la UNLP y trabajadores/as de la salud que participaron en el equipo docente e integran los efectores de salud de referencia del “aula abierta” de Punta Lara durante las cohortes 2022/2023 y 2024.

Los datos fueron contruidos mediante diversas técnicas: entrevistas semiestructuradas en profundidad realizadas a egresados/as de la diplomatura (cuatro) y a trabajadores/as de la salud vinculados/as con el dictado (cuatro); registros cualitativos tomados durante la cursada; análisis de fuentes documentales de la Diplomatura (propuesta pedagógica, Manual de clases).

En este punto, cabe mencionar la vinculación de las autoras con la Diplomatura en el rol docente y dentro del equipo de coordinación general.

Para la interpretación del corpus empírico construido utilizamos el método comparativo constante de análisis cualitativo (4).

RESULTADOS

Con respecto a las percepciones de los/as estudiantes sobre su propia experiencia, se destaca la valoración positiva sobre la accesibilidad de la misma, fundamentalmente gracias a la disposición de las unidades pedagógicas en los barrios. En gran medida, no era percibida como una posibilidad el acceso a una propuesta de la Universidad Nacional. Así, el egreso de la Diplomatura fue percibido como un logro y una superación personal. Esto se tradujo a su vez en la consideración de nuevas trayectorias y proyectos futuros no contemplados previamente. Por otra parte, fue puesto en foco el desarrollo de la experiencia en grupo, generando nuevos lazos sociales que impactaron en la sensación de mayor integración en la comunidad.

La perspectiva de los/as integrantes del equipo de salud y docentes reconoce el fortalecimiento del vínculo efector de salud - comunidad, expresado a través de la participación creciente de los egresados/as en planificación y ejecución de actividades comunitarias de promoción y prevención en salud. También fue valorada como positiva la posibilidad de desarrollo en un rol docente y con el desafío de coordinación de grupos.

La articulación y el fortalecimiento del vínculo entre habitantes del barrio y equipo de salud posibilitó la construcción de una mirada de la salud situada, manifestada en el reconocimiento y priorización de problemáticas en conjunto, así como el esbozo de posibles planes de abordaje de los mismos.

El dictado de la diplomatura fue considerado sumamente positivo en términos generales, expresándose en el deseo de todos los sectores de sostener la participación de los/as egresados/as en labores vinculadas a la salud, eventualmente con el desempeño formal como promotores/as de salud dentro del equipo de los efectores.

CONCLUSIONES

El análisis de esta experiencia permite evidenciar la potencialidad de las propuestas formativas situadas en el territorio como herramientas de promoción de salud.

Se destaca el hecho de distribuir las unidades pedagógicas de manera descentralizada, favoreciendo su accesibilidad a sectores que históricamente fueron alejados de la educación formal de manera concreta y simbólica. La implementación de propuestas pedagógicas que se adaptan a la realidad de los territorios, considerando las particularidades de sus habitantes, habilita el desarrollo y la perspectiva de trayectorias personales antes impensadas.

A su vez, la articulación entre comunidad, instituciones educativas y efectores de salud expresa beneficios que exceden a la práctica asistencial o educativa clásica.

Consideramos que la profundización en el análisis de las experiencias educativas en territorio permitirá ponerlas en valor como herramientas de promoción de la salud, y realizar nuevos aportes su diseño e implementación en diferentes contextos.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud: Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; 1986 nov 21; Ottawa (ON), Canadá. Ginebra: OMS; 1986.
- (2) Fonseca MA, Malleville S. Diplomatura en promoción y gestión de la salud comunitaria: manual de formación para promotoras y promotores de salud [Internet]. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata; 2024 [citado 2025 abr 15]. Disponible en: <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/2517>
- (3) Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. 1ª ed. Madrid: Síntesis; 1997.
- (4) Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 2ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1986.

RELAÇÕES DO DESIGN COM A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE ATRAVÉS DA DIVULGAÇÃO E POPULARIZAÇÃO DA CIÊNCIA

Raquel Leal Cunha Cruz Pereira¹

Bárbara Bulhões Lopes de Andrade²

Ricardo Artur Carvalho³

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde ampliado diz respeito a dimensões que garantem o bem-estar individual e coletivo, que vão para além da ausência de patologias (1). Dessa forma, a saúde significa também ter acesso à alimentação, água, saneamento básico, educação de qualidade, acesso às informações, entre outros.

No aspecto do acesso às informações, a Divulgação e Popularização da Ciência têm um papel importante para ampliação da compreensão da população no geral sobre fenômenos científicos, que impactam a vida cotidiana (2). Além disso, esse campo do conhecimento contribui para a mobilização popular e exercício da cidadania (3). O Design é um campo polissêmico, ou seja, abrange múltiplos significados e interpretações (4).

Segundo Herbert Simon, o Design está inserido na ciência do artificial — estudo de elementos criados por humanos — que é uma oposição da ciência do natural — estudo de elementos produzidos pela natureza. É uma atividade intelectual que produz artefatos, com o objetivo de melhorar a experiência humana e situações existentes para outras mais desejáveis (5).

Dessa forma, é pressuposto que o Design é um campo de atuação prática adequado ao aprimoramento e à compreensão de informações da Saúde. Esse trabalho busca explorar o potencial do Design junto do campo da Divulgação Científica para elaborar estratégias de popularização da ciência e Saúde no contexto da Fiocruz.

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa é investigar as contribuições do Design no desenvolvimento de Divulgação e Popularização da Ciência, para promoção da Saúde, com foco em ações realizadas no contexto da Fiocruz.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa e exploratória, de abordagem fenomenológica. Foi realizado uma revisão narrativa dos temas de Comunicação da Saúde, Divulgação Científica e Design. Também

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: raquel.lccp@gmail.com

2 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. E-mail: barbarabulhoes@gmail.com

3 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: rartur@esdi.uerj.br

foi realizado entrevistas semiestruturadas on-line com trabalhadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A pesquisa teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com parecer nº 7.237.790 e protocolo CAAE nº 84052924.6.0000.5282 e aprovação pelo CEP da Fiocruz-IOC, com o parecer 7.412.768 e CAAE nº 84052924.6.3001.5248. Para a elaboração dos dados, as informações apresentadas foram utilizadas para caracterizar a amostra e as transcrições foram submetidas à análise de conteúdo.

RESULTADOS

Foi realizado entrevistas com 6 trabalhadores da Fiocruz, sendo esses 3 profissionais designers e outros 3 com cargos variados — ator, linguista e jornalista. As entrevistas foram organizadas em temas identificados para realizar agrupamentos de falas das pessoas entrevistadas a partir de uma análise de conteúdo. Foi detectado 5 categorias, sendo esses: (a) Design operacional; (b) Design estratégico; (c) Comunicação; (d) Acessibilidade e inclusão; (e) Rigor científico.

Foi identificada a importância do Design com Divulgação Científica para fortalecer a participação ativa da população e debate sobre o desenvolvimento de Ciência e Tecnologia (C&T). O Design utiliza de estratégias de engajamento do público, crucial em ambientes onde há a disputa de atenção com outras informações, visto, por exemplo, em redes sociais.

A partir dos aprendizados do cruzamento do referencial teórico com a análise das entrevistas, foi elaborado oficinas com objetivo de apresentar os conceitos básicos de Design com Divulgação Científica e sua importância no contexto da Saúde. É importante a capacitação de profissionais para atuarem nas questões específicas da Comunicação em Saúde, já que essa atividade é uma mediação entre a Ciência e a sociedade.

Para organizar as atividades realizadas nas oficinas, foi desenvolvido uma Sequência Didática dividida em 5 etapas: (1) Exploração inicial do tema; (2) Aprofundamento; (3) Dinâmica de sistematização dos conceitos aprendidos; (4) Atividade prática; e (5) Fechamento e avaliação.

CONSIDERAÇÕES

Foi possível identificar que o Design desempenha um papel fundamental na mediação entre o conhecimento Científico e sociedade. É visto contribuições desde o trabalho do domínio de processos técnicos, quanto na ideação de projetos. Também se nota o uso de ferramentas e métodos do Design por pessoas de diferentes formações.

O Design contribui para a transformação de conteúdos complexos em materiais acessíveis, para facilitar a compreensão e o engajando do público. Destaca-se a necessidade de uma abordagem participativa e dialógica, que valorize o conhecimento prévio do público.

Em síntese, esta pesquisa reforça que o Design não é apenas um recurso estético, mas um campo que possui conhecimento auxiliar na democratização dos conhecimentos, crucial para a mobilização

social em decisões políticas em Saúde. Sua aplicação na Fiocruz pode fortalecer a missão institucional de promover Saúde, desde que esteja alinhado às diretrizes de Comunicação acessível, inclusiva e participativa.

REFERÊNCIAS

- (1) Stevanim LF, Murtinho R. Direito à comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.
- (2) Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Política de divulgação científica da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. p. 32.
- (3) Albagli S. Divulgação científica: informação científica para a cidadania? Ciênc Inf. 1996;25(3):396–404.
- (4) Cardoso R. Design para um mundo complexo. São Paulo: Cosac Naify; 2010.
- (5) Simon HA. The sciences of the artificial. 3ª ed. Cambridge (MA): MIT Press; 1996.

¿RESILIENCIA O RESISTENCIA PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD?

Mario Parada-Lezcano¹

Carmen Gloria Muñoz

INTRODUCCIÓN

En Psicología la resiliencia es a una capacidad adaptativa de la persona, más que resistir proactivamente implica acciones para recuperarse sin necesidad de generar cambios en la amenaza. Es un atributo del que deben disponer personas y colectivos para sobrevivir ante el peligro que imponen entornos adversos y peligrosos; es sobrellevar el sufrimiento o vulnerabilidad innatos. Sin embargo, el origen del concepto de resiliencia está en la ingeniería de obras civiles y se refiere a la resistencia de los materiales a diferentes condiciones ambientales, de carga y tiempo. No adaptación, cambio.

Por otra parte, la vulnerabilidad es entendida como “fragilidad” o como la disposición interna a ser afectado/a por una amenaza. En ambas comprensiones el concepto tiene forma de proceso, de algo que puede ser prevenido o anticipado, no obstante, en contextos sociales complejos las sociedades tienden a la administración de los daños.

La resiliencia pasa entonces a constituir un mecanismo de auto-recuperación ante afectos adversos que no se contuvieron. además, se planea que la homeostasis depende de los elementos de protección y de la reacción inmediata a la amenaza; y que la resiliencia se asocia a la capacidad de recuperación básica y de reconstrucción. Para algunos ese conjunto es lo que denominamos resistencia y no resiliencia, sobre todo cuando hablamos de sistemas e instituciones.

OBJETIVO

Problematizar críticamente la incorporación de la resiliencia (individual/psicológica) a la teoría de los sistemas de salud y el rol de la resistencia para alcanzar la transformación de la realidad sociosanitaria.

Preguntémonos, ¿es válido traer al plano social una categoría psicológica individual? ¿Qué es mejor ante la vulnerabilidad social, resiliencia o resistencia? ¿Qué es necesario para la transformación de los sistemas de salud? ¿qué explicación hay detrás de esta incorporación conceptual?

DESARROLLO

Se realiza un ensayo con análisis crítico desde la Salud Colectiva en donde se entiende la vulnerabilidad como algo consustancial al poder, y como lo opuesto a la resistencia. Se denuncia que el poder instituido puede llegar al extremo de que “los grupos dominantes puedan usar el discurso de

1 Profesor Titular de la Universidad de Valparaíso – ALAMES Chile. E-mail: mario.parada@uv.cl

la vulnerabilidad para apuntalar sus propios privilegios”. La salud colectiva entiende la salud como un fenómeno social complejo, determinado sociocultural, económica e históricamente, como derecho inalienable. El Estado debe asegurar que se ejerza ese derecho igualitaria, equitativa, dignamente. Para ello es necesaria la transformación social.

Hay un peligro intrínseco en la clasificación de los grupos sociales como vulnerables ya que les deja a merced de la resiliencia individual y no de la resistencia colectiva. Hay una disputa ideológica invisibilizada y/o normalizada, llegando incluso a plantear la “necesaria resiliencia” de los Sistemas de Salud (1-3). Somos testigos / actores de los diferentes modos de apropiación de este conjunto de fuerzas y discursos (4). Pero, por parte de los sujetos subordinados ¿se están rompiendo las cadenas de la normalización de la resiliencia, abriendo posibilidades de resistencia?

Recordemos que varios autores (5) señalan que la resiliencia en psicología es la capacidad de restaurar la autoestima después de haber sido sometido y avasallado, es recuperar la dignidad y la voluntad de luchar (6). Además, que es el capitalismo controla denigrando a las clases subalternas, destruyendo la autoestima de los/as individuos/as, convenciéndoles que no hay otro camino más que el de la esclavitud voluntaria (7).

Reforzando la idea de resiliencia para la adaptación se recuerda que en la ecología es la capacidad de adaptación de una especie a los cambios que sufre su entorno de manera desfavorable para poder superarlos. Algunos señalan, si una planta o animal puede adaptarse, las sociedades también (8).

Hay una infiltración ideológica que propugna la adaptación a las condiciones que están dadas, vale decir la distribución desigual del poder. Organismos multilaterales de salud señalan la necesidad de una gobernanza en varios niveles que aumenta la resiliencia de los sistemas de salud (1), ya que en un nivel pueden compensar las deficiencias de gobernanza de otro nivel. Se habla incluso de mejorar la resiliencia de los centros de salud: por ejemplo, esterilizando el equipo médico para prevenir infecciones; asegurar el suministro esencial de agua y energía eléctrica para responder a las emergencias; y aplicar las normas sobre infraestructura sanitaria para proteger las instalaciones de terremotos, incendios o inundaciones (1). Vale decir adaptación a la determinación económica y social vigente.

CONSIDERACIONES

La resistencia consiste en recuperar la dignidad, no adaptarse a esas condiciones adversas. El uso de las ideas de resiliencia en los problemas sociales impone el riesgo de convencernos de que vivir segura, justa y saludablemente no es posible, sin derecho a la salud; llevándonos a vivir en una adaptabilidad permanente, que se trenza con la resignación para subsistir despolitizados frente a condiciones externas (7); “es un gran negocio”, porque la resistencia adquiere forma de aceptación de la realidad que no podemos cambiar.

La resistencia admite la tensión detrás de la demanda de adaptación, pero esquivo sufrir efectos adversos; es reaccionaria, apela con igual intensidad al instinto de sobrevivencia y a la transformación

política. Llama a conectar el significado político del mundo que desafía la indiferencia de las sociedades hipercapitalistas que degradan la salud y la vida.

Se requiere reinstalar la categoría “resistencia” para la realizar la transformación sociosanitaria justa.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS); UNICEF. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción. Ginebra: OMS; 2021.
- (2) Jacob M, et al. Building resilient societies after COVID-19: the case for investing in maternal, neonatal, and child health. *Lancet Public Health*. 2020 nov;5(11):e624–7. DOI:10.1016/S2468-2667(20)30200-0.
- (3) Costa L. Resiliencia de los sistemas de salud. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(10):e00176622. DOI:10.1590/0102-311XES176622.
- (4) Carretero R. Resiliencia: una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Rev Nómadas Crit J Soc Jurid Sci* [Internet]. 2010 [citado 2025 mar 30];27(3). Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA1010330091A/25780>
- (5) Fusaro D. Odio la resiliencia: contra la mística del aguante. Madrid: El Viejo Topo; 2024. 166 p.
- (6) Uriarte J. La resiliencia: una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Rev Psicodidáctica* [Internet]. 2005 [citado 2025 mar 30];10(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17510206>
- (7) Evans R. Una vida en resiliencia. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 2016. 280 p.
- (8) Bos MS, Schwartz L. Educación y cambio climático: ¿cómo desarrollar habilidades para la acción climática en la edad escolar? Washington (DC): Banco Interamericano de Desarrollo; 2023. (Resumen de políticas del BID; 376) [citado 2025 mar 30]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/educacion-y-cambio-climatico-como-desarrollar-habilidades-para-la-accion-climatica-en-la-edad>

SAÚDE, CIÊNCIA E PARTICIPAÇÃO POPULAR: TECENDO REDES EM DEFESA DO SUS

Jamilli Silva Santos¹

Carlos Fidelis da Ponte

André Luiz da Silva Lima

Camila Ramos Reis

José Leonídio Madureira de Sousa Santos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O “Projeto Saúde, Ciência e Participação Popular: tecendo redes em defesa do SUS” se organiza a partir do diálogo da Coordenação de Cooperação Social da Presidência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em torno do desafio permanente de consolidar o direito à Saúde para todas as pessoas que vivem no Brasil, sobretudo diante da onda negacionista propagada por indivíduos, organizações e partidos do campo da direita e da ultradireita, bem como do crescimento de denominações religiosas que estruturam seus discursos no populismo, individualismo, falsa meritocracia e negação da ciência (1,2).

Ademais, revela-se estratégico o investimento na construção de uma “consciência sanitária”(3), do fortalecimento dos movimentos sociais em saúde, tendo como finalidade última, a mudança nas condições de vida e na situação de saúde da população brasileira, configurando, assim, o que Arouca denominou como um “projeto civilizatório”(4), ideário do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

Diante disso, chamou-se os movimentos da sociedade civil organizada, de fora do setor saúde, para refletir sobre qual a compreensão que se tinha acerca da saúde e do SUS(5). Neste sentido, partiu-se da hipótese de que existem inúmeras ações coletivas protagonistas na defesa dos Direitos (sociais, civis e políticos), desconhecem, ou conhecem pouco, o SUS, sua história, seus princípios e sua engrenagem de funcionamento.

OBJETIVO

Relatar a experiência do projeto em tela que se propôs a contribuir na ampliação da consciência sanitária e da mobilização cidadã de um grupo de organizações da sociedade civil organizada da população brasileira, a partir de ações de cooperação, educação e comunicação articuladas em torno das dimensões da saúde, ciência e participação popular.

1 Membro do Conselho Consultivo do CEBES. Professora da Escola de Enfermagem da UFBA. E-mail: Jamilli.santos@ufba.br

DESENVOLVIMENTO

Na primeira fase da experiência realizou-se o mapeamento de 86 movimentos populares e organizações da sociedade civil, não vinculadas à saúde, com pautas recentes de luta na esfera política (e sem inserção em espaços formais de controle social), em cinco estados – Amazonas, Bahia, Pernambuco, Paraná e Rio de Janeiro (RJ). A partir desse levantamento foram selecionados 50 movimentos cujos representantes participaram de Oficinas dialógicas realizadas na Região Metropolitana das capitais dos estados anteriormente citados, num único dia, das 9h às 17h. Por questões metodológicas, optou-se pela presença de dez participantes por Oficina, que receberam ajuda de custo para o deslocamento/hospedagem, bem como alimentação no local, o que certamente contribuiu para sua presença.

A programação das oficinas incluiu, em linhas gerais, diálogos horizontalizados⁵ sobre os seguintes pontos: I. Conceito ampliado de Saúde e possíveis relações com a agenda dos movimentos; II. Efetivação do direito à saúde e os espaços de defesa do SUS; III. Fortalecimento da consciência sanitária e a possibilidades de ação política; IV. A atualidade do MRSB e a possibilidade de engajamento das entidades com a saúde.

Os participantes compuseram um conjunto heterogêneo de indivíduos. A maioria (69,3%) com idade entre 26 e 45 anos e negra (69,24% pretos e pardos). Cerca de 70% das organizações representadas possuíam entre 5 e 25 anos de existência, com atuação em diferentes áreas, como: arte e cultura, direito à cidade/ movimentos de favela, economia solidária/cooperativismo/ geração de trabalho e renda; mulheres; LGBTQIAPN+; juventude; movimento negro; poprua, etc.

As discussões sobre saúde revelaram que os participantes a compreendem como bem-estar físico, mental e social, e ainda como qualidade de vida, cuidar e ser cuidado. Além disso, parte deles a reconhece como responsabilidade do Estado. O debate sobre os limites e possibilidades de inserção nos espaços de participação do SUS revelou distintas maneiras de ampliar a consciência sanitária do povo e promover uma ação em saúde/defesa do SUS, seja através de parcerias com outros movimentos, instituições, seja nos espaços oficiais de gestão.

Sobre estratégias que poderiam ser acionadas por esses movimentos tendo em vista construir caminhos para um futuro desejável, destacou-se a importância de que as ações partissem da compreensão da realidade local de cada território, ou seja, do entendimento do que funcionava para cada espaço, de como seria possível acessar e possibilitar a comunicação e informação com cada grupo de pessoas.

Cabe ressaltar, também, que se levantou a necessidade de os coletivos começarem e/ou aprofundarem a discussão sobre a saúde nos seus espaços junto aos territórios. Entretanto, ponderou-se que, muitas vezes, há dificuldades relativas à priorização de mais uma temática de atuação, o que é limitado pela falta de tempo e de recursos dos(as) militantes para a garantia da incorporação de novas demandas.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os movimentos sociais não vinculados aos espaços de luta em defesa da saúde a compreendem em sua concepção ampliada, reconhecendo, ainda, que este fenômeno está atravessado por determinações sociais, e que sua garantia exige a construção de uma rede de proteção social para a população.

A reflexão coletiva sobre a participação social em defesa do SUS apontou distintas maneiras de conduzir ações em defesa do SUS, através de parcerias com outros movimentos, instituições e espaços oficiais de gestão, o que evidencia a relevância de iniciativas que, tal como a experiência aqui relatada, visam contribuir na ampliação da consciência sanitária e da mobilização cidadã da população brasileira a partir de ações de cooperação, educação e comunicação articuladas em torno das dimensões da saúde, ciência e participação popular (6).

Ademais, emergiu a necessidade estratégica dos coletivos começarem e/ou aprofundarem a discussão sobre a saúde nos seus espaços junto com a comunidade, tomando como referência a compreensão da realidade local de cada território (7).

REFERÊNCIAS

- (1) Souza Neto CP. Democracia em crise no Brasil: valores constitucionais, antagonismo político e dinâmica institucional. São Paulo: Editora Contracorrente; 2020.
- (2) Rangel-S ML, et al. SUS na mídia em contexto de pandemia. Saúde Debate. 2022;46(134):599–612. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213401>
- (3) Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador (BA): EDUFBA; Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008.
- (4) Arouca AS. SUS: revendo a trajetória, os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária Brasileira. Tema Radis. 2001;20: 5–8.
- (5) Gomes MF, editor. Processos educativos dialógicos que conscientizam e libertam. São Carlos (SP): SciELO; EdUFSCar; 2021. (Coleção NED – New Edition).
- (6) Teixeira CF, et al. SUS: a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. 2ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2023.
- (7) Valla VV. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. Educ Realidade. 1996;21:177–90.

UMA NOVA NOMENCLATURA, A MESMA BARBÁRIE: UMA ANÁLISE CRÍTICA AO PAPEL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DOS DOENTES MENTAIS E DOS TOXICÔMANOS NO BRASIL

Olival Lobo Junior¹

Daniel Denner dos Santos Pires

Cleyton Leonardo dos Santos.

INTRODUÇÃO

Este resumo versa sobre as comunidades terapêuticas e seu papel manicomial no território brasileiro, que segrega, priva e submete o indivíduo a uma situação sub-humana, na maior parte das vezes com o subsídio financeiro do Governo Federal. Ademais, também aborda-se o fundamentalismo religioso atrelado aos métodos nessas instituições e a falta de pluralidade cultural e científica dessas instituições privadas.

Não obstante, será discutida a violação da Lei Antimanicomial nº 10.216/2001 (1) e dos direitos básicos dos doentes mentais e toxicômanos, como a liberdade, a dignidade da pessoa humana, a integridade psíquica e o direito de crença, protegidos pelos atos normativos e tratados ratificados pelo Estado brasileiro. Além disso, será abordado o impacto dos processos históricos na política antimanicomial interna do Brasil, com referência aos casos narrados no livro *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex (2). Será analisado se tais violações alteraram efetivamente as políticas de governo ou se a mudança foi meramente legislativa e simbólica.

OBJETIVO

Esta produção tem o objetivo de apresentar a problemática das comunidades terapêuticas e analisar se suas atividades representam um retrocesso para os direitos conquistados frente às violações dos direitos humanos dos doentes mentais e dependentes químicos no Brasil. Buscar-se-á discutir se o Estado Democrático de Direito pode se perpetuar quando grupos minoritários são olvidados, degradados e negligenciados por uma política de governo que os coloca em uma situação inumana.

METODOLOGIA

Foi utilizado o método de pesquisa descritivo, com uma abordagem qualitativa, analisando a Lei Antimanicomial nº 10.216/2001 (1) em conjunto com os dados obtidos. O estudo utilizou o método hipotético-dedutivo para contestar o papel das comunidades terapêuticas, seu financiamento e as violações ocorridas. Os procedimentos empregados basearam-se em estudo bibliográfico e documental.

1 Graduando do curso de bacharel em direito da Universidade Federal do Pará E-mail: olival.junior@icj.ufpa.br

RESULTADOS

Em 2013, os casos envolvendo o Hospital Psiquiátrico Colônia, em Barbacena, foram narrados no livro *Holocausto Brasileiro* (2). Segundo Garcia (3), entre 1930 e 1980, foram contabilizadas mais de 60 mil mortes no hospital. A Lei Antimanicomial brasileira prevê que toda pessoa tem direito a tratamento humanizado e respeitoso, visando sua recuperação e reinserção social (1). No entanto, há uma incoerência entre a legislação e sua efetiva aplicação, principalmente em relação às comunidades terapêuticas, que operam com o subsídio do Governo Federal. Apenas entre janeiro e maio de 2023, foram destinados R\$ 53,6 milhões para essas instituições (4).

Tais instituições impõem aos indivíduos uma modalidade passiva de posicionamento social, reduzindo sua individualidade e senso crítico em troca de uma “cura” fantasiosa para um problema real, que deveria ser tratado pelo Estado na esfera pública, e não privada (5).

CONSIDERAÇÕES

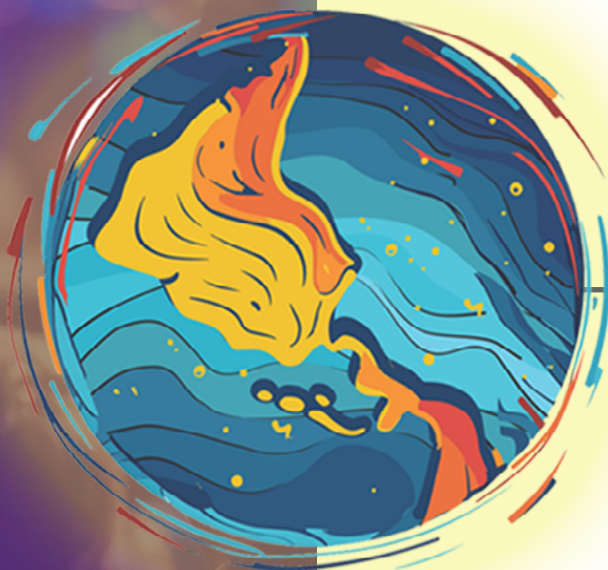
Há um retrocesso no tratamento dos doentes mentais e dependentes químicos no Brasil (6), divergindo da luta antimanicomial. As comunidades terapêuticas segregam os indivíduos do convívio social, sendo que 74% dessas instituições estão localizadas em áreas rurais (7). Apesar de não utilizarem um método científico consolidado, continuam recebendo apoio financeiro do Governo Federal. Tal política reflete um profundo descaso com a saúde coletiva e um abandono da responsabilidade estatal na área da saúde pública.

Nesse fito, o aceite desse tipo de tratamento - das CTs - pelo Estado, sem fundamento científico, demonstra o profundo descaso que esse tem com a saúde coletiva dos cidadãos. Ao deixar de tratar, a questão da dependência química e doença mental como questão de Saúde pública o Estado brasileiro negligencia seu dever e por conseguinte deslegitima seu poder jurisdicional e social.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Diário Oficial da União. 2001 abr 9;Seção 1:2.
- (2) Arbex D. Holocausto brasileiro. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
- (3) Bardi G, Garcia MLT. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. *Ciência Coletiva*. 2022;27(4):1557-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05152021>
- (4) Krein CE. Manicômios com nova roupagem: o deslocamento do aparato manicomial para comunidades terapêuticas. *Cad Psicol (Curitiba)*. 2022;(3).
- (5) Borges S. Emendas para comunidades terapêuticas crescem mesmo sem resultado atestado. UOL [Internet]. 2023 jun 25 [citado 2023 dez 15]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2023/06/25/emendas-parlamentares-comunidades-terapeuticas.htm>

- (6) Natalino MA. Isolamento, disciplina e destino social em comunidades terapêuticas. In: Santos MP, organizador. Comunidades terapêuticas: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. p. 37-60.
- (7) Pereira DM, Amarante PD. Saúde Mental, Retrocessos e Impasses: desafios para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018; 2018 abr 23-27; Havana, Cuba. Havana: Ministério da Saúde Pública de Cuba; 2018.



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

EJE 5: DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

EIXO 5: DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Comunicación Oral/Comunicação Oral

EJE 5: DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD/

EIXO 5: DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Comunicación Oral/Comunicação Oral

A CENTRALIDADE DA DETERMINAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE DE ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE NO BRASIL	463
A FORMAÇÃO DE AGENTES DE SAÚDE NO BRASIL COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO PROJETO SAÚDE COM AGENTE.....	466
A PANDEMIA DE COVID-19 E SUAS IMPLICAÇÕES NOS ATENDIMENTOS HOSPITALARES POR INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	469
A SAÚDE MENTAL NAS ESCOLAS: UMA ANÁLISE DA INTERSETORIALIDADE DO CUIDADO ENTRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO	472
ACESSO RESTRITO, RACIONAMENTO PREVALENTE: CONCLUSÕES DA PESQUISA DE GASTOS DO PRÓPRIO BOLSO PARA PESSOAS VIVENDO COM DIABETES TIPO 1 EM 2024.....	475
ACOMPANHANDO MA-PATERNIDADES ADOLESCENTES EN EL CENTRO DE SALUD 21 DEL BARRIO MUGICA	478
ADOCIMENTO E MORTE POR COVID-19, NO PERÍODO PRÉ-VACINAL E NO CONTEXTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NO RIO DE JANEIRO: UMA ABORDAGEM ESPACIAL.....	481
ADOLESCENCIAS Y GÉNEROS: LA INVESTIGACIÓN COMO PRÁCTICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD COLECTIVA. EXPERIENCIAS DEL TRABAJO EN ESCUELAS MEDIAS DE LAS BUENOS AIRES Y LA PLATA	484
ALARMES DA CONVIVÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO DESPERTAR DO CARIM QUE MOVIMENTA O CAPSI	487
ANÁLISE COMPARADA DOS SISTEMAS DE SAÚDE MENTAL PÚBLICO NOS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA: DESAFIOS E CONTRADIÇÕES.....	490
ASSOCIAÇÃO ENTRE MULTIMORBIDADE E ACÚMULO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO NO ESTUDO NUTRINET-BRASIL.....	493
AUTOLESÃO NA ERA DIGITAL: DINÂMICAS SOCIAIS E INTERAÇÕES EM COMUNIDADES DO FACEBOOK.....	496
CAMBIO Y CONTINUIDADES EN LOS DISCURSOS EMERGENTES SOBRE EL CUIDADO EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS DE LA COVID-19	500
CLAVES PARA UNA PERSPECTIVA HISTÓRICO-TERRITORIAL DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LOS PROCESOS SALUD-ENFERMEDAD-CUIDADO-MUERTE	503
CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DE ESTRATEGIA DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON EXPERIENCIA DE VIDA TRANS QUE CONVIVEN CON VIH. BUSCANDO LA EQUIDAD.....	506
CONTENCIÓN PRESERVACIÓN Y ACCIÓN DEFINIENDO EL PASO DE LOS SUEÑOS A LA ACCIÓN EN LUCHA CONTRA LAS INEQUIDADES SOCIALES EN SALUD	509
CUIDAR-SE E SER CUIDADA: GESTANTES NA PANDEMIA DE COVID-19.....	512

DEL GUARAPO A LA JUSTICIA SOCIAL: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN TROCHE	515
DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DE MULHERES MIGRANTES VENEZUELANAS EM UMA CIDADE DO NORTE DO BRASIL.....	518
DESAÍOS PARA LA ENSEÑANZA DE SALUD COLECTIVA EN ESTUDIANTES DE GRADO DE TRABAJO SOCIAL. UNA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN	521
DESEJO E DEVIR: CONTRIBUIÇÕES DE DELEUZE E GUATTARI PARA UMA SAÚDE COLETIVA FLUIDA.....	524
DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS NA INSEGURANÇA ALIMENTAR EM MULHERES NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	527
DETERMINAÇÃO SOCIAL DA PERCEPÇÃO DA VIZINHANÇA DE ADULTOS MAIS VELHOS BRASILEIROS	529
DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE, ODS E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	532
DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD DE TRABAJADORES SEXUALES MASCULINOS EN BOCA CHICA, REPÚBLICA DOMINICANA	535
DETERMINACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO INTEGRAL EN NIÑOS DE DOS HOGARES INFANTILES DE LA CIUDAD DE CARTAGENA.....	538
DETERMINACIÓN SOCIOCULTURAL DE LOS CONSUMOS ALIMENTARIOS Y DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA CIUDAD DE CUENCA	540
DO MEDO DA MORTE À LUTA PELA VIDA: DESIGUALDADES E MATERNIDADES EM MEIO À COVID-19	543
“ELE DESLIGA O CORPO”: QUESTIONAMENTOS DE PACIENTES COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS SOBRE O USO EXCESSIVO DE ANTICONCEPCIONAIS COMO TRATAMENTO.....	546
EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL CONTEXTO DE VULNERACION SOCIAL, REFLEXION DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADO ENFERMERO Y LAS POLITICAS PUBLICAS EN SALUD.....	549
EMPODERAMIENTO FEMENINO Y SALUD CARDIOVASCULAR EN COMUNIDADES RURALES	551
ENTRE DUALIDADES: VIOLÊNCIA COTIDIANA E POSSIBILIDADE DE ACOLHIMENTO NA JUVENTUDE QUE ESCAPA À CISHETERONORMATIVIDADE.....	554
ENTRE O DITO E O NÃO DITO: AS RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO DO SUS.....	556
ENTRE O TERRITÓRIO E A UBS: AÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA DINÂMICA DA VIOLÊNCIA OSMÓTICA CONTRA A MULHER.....	559
ESCUTANDO O TERRITÓRIO:A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E OS MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA.....	562
ESTIGMA, VIOLENCIAS Y TÁCTICAS DE RESISTENCIA ENTRE MUJERES QUE VIVEN CON VIH EN CHILE A TRAVÉS DE MÉTODOS MULTIMODALES Y ARTE.....	565
EXPRESSÕES DAS DESIGUALDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: UMA REVISÃO DE ESCOPO.....	567

FAÍSCAS QUE BROTAM DO CHÃO DE UMA PRAÇA PÚBLICA EM FESTA: RELATO DE PESQUISA SOBRE CARNAVAL E LUTA ANTIMANICOMIAL	570
FEMINIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA Y DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO: DESIGUALDAD ESTRUCTURAL EN LOS SISTEMAS SANITARIOS LATINOAMERICANOS.....	572
FLUXOS MIGRATÓRIOS E DEMANDAS DE SAÚDE: ANÁLISE DO ATENDIMENTO HOSPITALAR EM ÁREA DE FRONTEIRA.....	575
FORMACIÓN EN SALUD. UN ENCUENTRO DE SALUD Y EDUCACIÓN EN PRÁCTICAS DE CUIDADO CON JÓVENES CON TUBERCULOSIS	578
GÊNERO, CUIDADO E POLÍTICAS PÚBLICAS: DIÁLOGOS ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS A PARTIR DE UMA ETNOGRAFIA EM UM CAPS NO RIO DE JANEIRO.....	581
GEORREFERENCIAMENTO DE ÁREAS DE RISCO DE EXPOSIÇÃO A POLUENTES INDUSTRIAIS COM POTENCIAL CARCINOGÊNICO EM MUNICÍPIOS DA BAIXADA FLUMINENSE.....	584
GESTAGRAMA: PANORAMA DA DESIGUALDADE	587
IMPACTOS DA VIOLÊNCIA ARMADA NO COTIDIANO E NA SAÚDE DOS PARTICIPANTES DOS PRÉ-VESTIBULARES POPULARES: DADOS E REFLEXÕES	590
IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN LA RECONVERSIÓN DE UN POLICLÍNICO DE PSIQUIATRÍA HOSPITALARIO EN CHILE	594
IMPLICAÇÕES CLÍNICAS DA VIOLÊNCIA ARMADA DE ESTADO NO BRASIL CONTEMPORÂNEO	597
INEQUIDADES EN MORTALIDAD Y AÑOS DE VIDA POTENCIALES PERDIDOS (AVPP) EN EL GRAN SANTIAGO DE CHILE DURANTE Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA DE COVID-19.....	600
INTERCULTURALIDAD Y MEDICINA TRADICIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE MÉXICO	603
LA MEDIATIZACION DEL COVID-19 EN LOS ESTADOS UNIDOS: COMO LOS GESTOS DE ANTHONY FAUCI BORÓ LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA PANDEMIA	606
LA MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA LATINOAMERICANA	608
LUTAS DE COLETIVOS POPULARES COMO RECURSO DIDÁTICO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES DE ESPECIALISTAS DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA.....	611
LUTO DO HOMEM: UMA EXPERIÊNCIA DE SUPORTE E ACOLHIMENTO AO LUTO MASCULINO	614
LUTO LÉSBICO E SUA RELAÇÃO COM A HETEROSSEXUALIDADE COMPULSÓRIA	617
LUZ EN LA NIEBLA: TRANSFORMACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIAS DE ADOLESCENTES CHIAPANECOS A PARTIR DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA COMUNITARIA SOBRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	620
MARX ERA UM DETERMINISTA? ‘DETERMINANTES’ VERSUS ‘DETERMINAÇÃO’ E O ATUAL (ANTIGO) DEBATE NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA	623
MATERNIDADES, USO DE DROGAS E SAÚDE MENTAL: ENTRE A PRECARIÉDADE E A INTERDIÇÃO.....	625
MEDICINA DE LA EXPLOTACIÓN: UNA PROPUESTA PEDAGÓGICA	628

MIGRACIÓN NECESARIA, ESCENARIOS DE OPRESIÓN Y LIBERACIÓN: DESAFÍOS PARA LAS MUJERES INDÍGENAS DE CHIAPAS (MÉXICO) Y SOLIDARIDAD FEMINISTA	630
MODELO CONTRAHEGEMÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA DEL PROGRAMA MUNICIPAL DE SALUD PARA PERSONAS TRAVESTITAS TRANS Y NO BINARIAS (TTNB). MAR DEL PLATA” (ARGENTINA).....	632
MORTALIDAD POR COVID-19 Y SU RELACIÓN CON CONDICIONES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO	635
MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECCIOSAS: UMA SITUAÇÃO DE INJUSTIÇA SOCIAL	638
MOVILIDAD INTERMUNICIPAL Y MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE EVENTOS DE MME EN REPÚBLICA DOMINICANA (2019–2021).....	641
NUTRICÍDIO NO BRASIL: UM ENSAIO SOBRE A FOME COMO ESTRATÉGIA POLÍTICA DE EXTERMINIO DA POPULAÇÃO NEGRA	644
_O IMPACTO DO RACISMO NA IDENTIDADE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NEGROS.....	647
O MASSACRE DE REALENGO E A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO	650
O QUE SIGNIFICA ESCOLHER QUANDO SE É MULHER E NEGRA? DIREITOS REPRODUTIVOS EM PERSPECTIVA INTERSECCIONAL	652
O RASTRO DE CONFLITO E DOR DEIXADO PELO ROMPIMENTO DAS BARRAGENS DA MINA DO Córrego do Feijão na população do Baixo Paraopeba e Represa de Três Marias.....	654
PAU QUE BATE EM CHICA, NÃO BATE EM FRANCISCA: EXPRESSÕES DE RACISMO NO TRABALHO DE MULHERES AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE.....	657
PEDAGOGÍAS CRÍTICAS Y SALUD COMUNITARIA: EXPERIENCIAS CON ADOLESCENCIAS DESDE UNA PERSPECTIVA LÚDICA Y DECOLONIAL.....	660
PRÁTICAS DESMEDICALIZANTES NA ESCOLA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA EDUCAÇÃO	663
PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ESTRATÉGIAS, DIRETRIZES E DESAFIOS.....	666
PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE A FAMÍLIA EM CONTEXTO DE FEMINICÍDIO NO MUNICÍPIO DE MANAUS - AMAZONAS	669
QUALIFICAÇÃO DOS DADOS DE RAÇA/COR NAS NOTIFICAÇÕES DE HEPATITES VIRAIS: IMPACTO DAS INCONSISTÊNCIAS NA EQUIDADE.....	672
REFLETINDO SOBRE A CONSTRUÇÃO DE SUBJETIVIDADES FEMININAS E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.....	675
REFLEXÕES SOBRE MASCULINIDADES: A EXPERIÊNCIA DE UMA RODA DE CONVERSA.....	678
SALUD COMUNITARIA-ARQUITECTURA COMUNITARIA: APORTES DE UN DISPOSITIVO INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL DE SALUD PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE INTEGRACIÓN SOCIO-URBANA	680
SALUD Y SEXUALIDAD EN GRUPOS PARA VARONES QUE EJERCEN VIOLENCIA DE GÉNERO ¿PUEDE LA ESI SER UNA HERRAMIENTA PARA LA INTERVENCIÓN?	683

SAÚDE MENTAL E RACISMO: A FUNÇÃO DA RAÇA NA PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE, VIOLÊNCIA E ADOECIMENTO MENTAL.....	686
SAÚDE MENTAL NA PÓS-GRADUAÇÃO BRASILEIRA: UMA REALIDADE ESQUECIDA.....	689
SOB A LUZ DO CARROSSEL: UMA CONSTRUÇÃO ENTRE RAÇA, POLÍTICAS PÚBLICAS E PSICANÁLISE	692
TECNOLOGIA EDUCATIVA COMO RECURSO PARA IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA AO OLHAR DE GENTANTES E PUÉRPERAS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	695
TESTEMUNHOS DIGITAIS, MEMÓRIA COLETIVA E A CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS DO TRAUMA NAS CATÁSTROFES AMBIENTAIS DE PETRÓPOLIS (RJ).....	698
TIPOLOGIAS DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS MATERNOS E FATORES ASSOCIADOS EM UMA REGIÃO COM RECURSOS LIMITADOS NO NORDESTE DO BRASIL: UM ESTUDO DE CURSO DE VIDA	700
TRABALHO COLETIVO E TERCEIRIZAÇÃO: REFLEXÕES A PARTIR DA LUTA DOS PETROLEIROS PELA SAÚDE EM UMA REFINARIA.....	703
TRAYECTORIAS EN LA COMPRENSIÓN DE UNA RELACIÓN ENTRE SALUD Y EL CONFLICTO SOCIAL ARMADO	706
TUBERCULOSE EM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (PSR): ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE RIO DE JANEIRO E ESPÍRITO SANTO.....	709
VIOLENCIA POLÍTICA EN MALLECO PROVINCIA DE LA ARAUCANÍA CHILE. AFECTACIÓN SOCIOEMOCIONAL Y DE DERECHOS HUMANOS HACIA NIÑOS Y NIÑAS INDÍGENAS MAPUCHE DE ZONAS RURALES	712
VIOLENCIAS PATRIARCALES EN LA FORMACIÓN MÉDICA DE RESIDENTES DE LA UNAM. INDAGACIONES DESDE UN GIRO MICROPOLÍTICO Y DECOLONIAL.....	716
VIVA MAIS COM MENOS PRECONCEITO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+	719
VIVÊNCIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM PREVENTÓRIOS E PAVILHÕES INFANTIS: A POLÍTICA DE INSTITUIÇÕES TOTAIS NA HISTÓRIA DE TRATAMENTO EM HANSENÍASE.....	722

A CENTRALIDADE DA DETERMINAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE DE ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE NO BRASIL

Daiane Carvalho de Oliveira¹

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Thauanne de Souza Gonçalves

Valentina Sofía Suárez Baldo

Arthur Lobo Costa Mattos

Karollyne Sutter de Oliveira Hammes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Segundo o Levantamento Anual do SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo há um total de 12.506 (doze mil quinhentos e seis) adolescentes em restrição e privação de liberdade no Brasil (1). Considerando o arcabouço legal da infância e juventude brasileira, a privação ou a restrição de liberdade de adolescentes ocorre através da aplicação pelo poder judiciário de medida socioeducativa de internação ou semiliberdade aos adolescentes autores de ato infracional, conduta praticada análogo a crime com tipificação penal.

A busca em compreender as condições de saúde dos adolescentes privados de liberdade a partir da centralidade da determinação social da saúde parte do entendimento que a saúde humana é produto das relações sociais complexas e contraditórias que constituem as sociedades capitalistas. Conforme Asa Cristina Laurell aponta, o trabalho é o complexo social prioritário no processo de determinação da saúde humana, conforme o homem se apropria e modifica a natureza produzindo o mundo social ele também se constitui como ser social (2). O processo de saúde-doença dos adolescentes privados de liberdade é resultado de processos biológicos que ocorrem socialmente, visto que o modo de viver em sociedade determina os processos de adoecimento e morte dos sujeitos.

OBJETIVO

Compreender a determinação social da saúde de adolescentes privados de liberdade no Brasil com o aporte metodológico da Teoria Marxista Da Dependência (TMD).

METODOLOGIA

A pesquisa adota uma abordagem qualitativa de natureza teórica, exploratória e analítica que busca compreender a determinação social da saúde de adolescentes privados de liberdade no Brasil, utilizando a Teoria Marxista da Dependência associada a abordagem metodológica da triangulação de métodos. A escolha por esse caminho metodológico na perspectiva da totalidade social permite a

1 Doutoranda do Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). E-mail: daycarvalho21@gmail.com

compreensão das determinações complexas, contraditórias e com raiz histórico estrutural que marcam as trajetórias de vida, adoecimento e morte dos sujeitos.

A pesquisa foi realizada a partir de levantamento bibliográfico, documental e análise de dados secundários, tendo como referência o material publicado pelo Ministério de Direitos Humanos e Cidadania “Levantamento Anual do SINASE dos anos de 2023 e de 2024 e o Relatório Informativo da PNAISARI, publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2018. Os dados acerca das condições de saúde dos adolescentes privados de liberdade no país foram analisados a luz das categorias da TMD, em especial das categorias da superexploração da força de trabalho e do divórcio entre as estruturas produtivas e as necessidades das massas (3).

RESULTADOS

O alcance dos resultados considerou a contextualização da trajetória de vida dos adolescentes privados de liberdade no Brasil, o seu perfil sociodemográfico e as suas condições de saúde. A região Sudeste totaliza aproximadamente 59% do total de adolescentes em privação e restrição de liberdade, sendo São Paulo o estado com a maior concentração. Do total de adolescentes, (95%) eram do sexo masculino, (74,6%) eram pretos e pardos, (69,7%) com idade entre 15 e 17 anos e (58,9%) oriundos de famílias que vivem de renda informal associada a atividades de trabalho precárias, desprotegidas e sem acesso aos direitos trabalhistas (4). Ou seja, os adolescentes privados de liberdade são os filhos da classe trabalhadora superexplorada do nosso país e parte significativa desses sujeitos vivenciam a adolescência pelo viés da carência e da falta de acesso às condições essenciais a uma vida digna.

Os agravos à saúde prevalentes desta população são provenientes de causas evitáveis, sendo as violências, as dermatoses, infecções respiratórias, infecções sexualmente transmissíveis e os casos de saúde mental, incluindo uso prejudicial de álcool e outras drogas os prevalentes.

Neste cenário é importante considerar que a determinação social da saúde define o trabalho como elemento central que determina as condições de saúde de uma população, dentre os adolescentes privados de liberdade o roubo e o tráfico de drogas figuram entre os atos infracionais mais cometidos. A participação dos adolescentes nestas atividades ilícitas configura-se como alternativa de inserção nas relações sociais capitalistas mediadas pela lógica da produção e circulação de mercadorias e determinam suas condições de saúde, adoecimento e morte.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O perfil sociodemográfico e as condições de saúde dos adolescentes privados de liberdade no Brasil aponta a centralidade da determinação social nos processos de adoecimento e morte dessa população. Os principais agravos à saúde são provenientes de causas evitáveis e das desigualdades sociais existentes na sociedade capitalista, essas desigualdades são acentuadas nas formações econômico-social dependentes, como é o caso do capitalismo dependente brasileiro.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei - PNAISARI trouxe avanços significativos no reconhecimento do direito à saúde dos adolescentes privados de liberdade e na garantia do acesso ao cuidado integral no âmbito do Sistema Único de Saúde, enfrentando estigmas e preconceitos. Contudo, a proteção da saúde e da vida desses adolescentes envolve a consolidação de um modelo econômico, social e político que supere a dependência e possibilite a real efetivação da Seguridade Social brasileira.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Levantamento nacional de dados do SINASE – 2023. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; 2023.
- (2) Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Rev Latinoam Salud*. 1982;2(1):7–25.
- (3) Luce MS. Teoria marxista da dependência: problemas e categorias. Uma visão histórica. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular; 2018. 271 p.
- (4) Oliveira DC. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI) no Estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório das contribuições da economia política marxista na compreensão do Estado e das políticas de saúde no século XXI [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2022.

A FORMAÇÃO DE AGENTES DE SAÚDE NO BRASIL COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO PROJETO SAÚDE COM AGENTE

Shirlei Galarça Salort¹

Luciana Barcellos Teixeira

Daniela Riva Knauth, Karla Frichembruder

Tatiane Rambo dos Santos

Fabiana Schneider Pires

INTRODUÇÃO

Esta comunicação apresenta a experiência educacional dos cursos técnicos de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias (ACE), oferecidos no âmbito do Programa Mais Saúde com Agente, realizado em parceria com Ministério da Saúde, CONASEMS e UFRGS. A proposta pedagógica parte dos princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (1) e da Educação Popular em Saúde (EPS) (2), para formar trabalhadores no país. Os Agentes de Saúde atuam diretamente junto às comunidades enfrentando os agravos em saúde socialmente determinados, podendo agir sobre estes, auxiliando na melhoria das condições de vida e saúde. A partir do diagnóstico das condições de saúde da população, realizam ações de promoção e prevenção à saúde e desenvolvem uma visão multidisciplinar de suas práticas, agindo nos territórios, enfrentando as situações de vulnerabilidade e adoecimento. A formação de trabalhadores é fundamental para ações de saúde tecnicamente adequadas e contextualizadas, condizentes com políticas públicas nas áreas de saúde, ambiental e socioeducacional. As disciplinas dos cursos abordam questões sociais e os determinantes sociais em cada agravo, estimulando ações inovadoras e responsáveis em saúde.

OBJETIVO

Abordar as conexões entre a formação técnica dos cursos do Programa Mais Saúde com Agente e o enfrentamento dos agravos em saúde vinculados aos determinantes sociais.

METODOLOGIA

Os cursos utilizaram recursos das tecnologias de informação e comunicação (TIC) em Ambiente Virtual de Aprendizagem que integrou recursos como fóruns, videoaulas, bibliotecas virtuais

1 Coordenadora da Secretaria Acadêmica do Curso de ACE do Programa Mais Saúde com Agente na UFRGS, Bibliotecária-chefe da Faculdade de Medicina da UFRGS e Doutoranda em Comunicação do PPGCOM/UFRGS. E-mail: shirlei.salort@ufrgs.br

e ferramentas de avaliação. A utilização de dispositivos móveis facilitou o acesso ao conteúdo, destacando-se a necessidade de design pedagógico para aprendizagem crítica e interativa. Para acompanhamento pedagógico teve-se tutores e preceptores que acompanharam atividades teóricas no AVA e práticas nos territórios. Os conteúdos abordaram agravos em saúde, em consonância com dados epidemiológicos do país e a partir de uma matriz de habilidades e competências. O acompanhamento do desempenho dos estudantes foi realizado em tempo real. Foi realizada pesquisa sobre a qualidade do processo de aprendizagem, que apontou a atuação dos tutores e preceptores como fundamental na formação. Partiu-se de situações reais de saúde para a teorização dos conteúdos, destacando os determinantes sociais em saúde e sua relação com o adoecimento das populações. Abordou-se as principais doenças crônicas e transmissíveis e o papel dos Agentes de saúde na prevenção, educação e promoção da saúde nos territórios.

RESULTADOS

A gestão dos cursos envolveu a coordenação de um grande número de estudantes, e finalizou com mais de 140.000 mil ACS e mais de 39.000 ACE diplomados nos cursos técnicos em todo o país. Estruturado em 28 disciplinas, distribuídas em 1275 horas, as disciplinas foram desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS, no âmbito da Atenção Primária em Saúde e da Vigilância Sanitária. Buscou-se ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania. As novas habilidades e competências destes trabalhadores de nível técnico foram desenvolvidas a partir da Educação Popular em Saúde e da Política Nacional de Educação Permanente, com práticas político-pedagógicas voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde individual e coletiva, mediadas pelo diálogo sobre a diversidade de saberes culturais, sociais e científicos e a valorização dos saberes populares, com vistas à ampliação da participação popular no SUS e ao fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS. Os trabalhadores adquiriram novos conhecimentos e ampliaram o escopo de atuação, em conformidade com a Lei 13.595, de 2018 (3). Espera-se que todas as atividades apresentadas nas disciplinas possam contribuir para o fortalecimento das ações domiciliares, principalmente na direção de identificar determinantes sociais em saúde, relacionando com agravos e construindo ações no cotidiano de trabalho dos agentes que além de identificar vulnerabilidades, potencialize prevenção e promoção de saúde nos territórios.

CONCLUSÕES

O Programa Mais Saúde com Agente em sua primeira edição demonstrou a viabilidade de uma formação em ampla escala com qualidade, mesmo em contextos desafiadores. A utilização de ferramentas digitais para monitoramento, a interação constante entre tutores e estudantes, e a formação contínua dos profissionais envolvidos foram determinantes para o sucesso do programa. Esses elementos colaboraram para a qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde do país, e demonstraram o impacto positivo da formação de Agentes, como uma estratégia viável no enfrentamento de determinantes sociais em saúde e na busca da equidade em saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado 2025 maio 10].. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013[citado 2025 maio 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html
- (3) Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Dispõe sobre as atribuições, a jornada de trabalho, o piso salarial e as diretrizes para os Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias. Brasília: Congresso Nacional; 2018 [citado 2025 maio 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13595.htm

A PANDEMIA DE COVID-19 E SUAS IMPLICAÇÕES NOS ATENDIMENTOS HOSPITALARES POR INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Juan Vicente da Cunha Leal¹

Maria Luisa Boaventura da Silva

José Rodrigo de Moraes

Jessica Pronestino de Lima Moreira

INTRODUÇÃO

A intoxicação medicamentosa é um problema em crescimento no mundo, afetando milhares de pessoas e se tornando uma questão séria para a saúde pública. Tal acontecimento é caracterizado pela ingestão de medicamentos em doses superiores às recomendadas, resultando em danos à saúde que podem até levar ao óbito (1).

No Brasil, a automedicação é um grave hábito cultural da população (1), que combinada com a falta de orientação sobre os medicamentos e seus efeitos adversos, são considerados fatores fundamentais para o índice registrado de intoxicações medicamentosas (2). Entretanto, a venda indiscriminada de medicamentos controlados também deve ser considerada por facilitar o acesso da população às drogas que oferecem altos riscos (3).

Considerando a pandemia de COVID-19, o cenário preocupante envolveu os psicofármacos, principalmente aqueles voltados para ansiedade e depressão. Houve um aumento sensível nos casos diagnosticados (4), o que foi refletido em um consumo maior de medicamentos para saúde mental, em especial aqueles ligados a ansiedade, depressão e controle de humor (3).

A criação de políticas públicas que promovam o uso racional de medicamentos em conjunto com uma melhor capacitação de profissionais da área da saúde são ferramentas fundamentais para reduzir o risco de intoxicação e garantir uma utilização segura das medicações pela população (5).

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo analisar a variação e a diferença da taxa de internação por 100.000 habitantes e a letalidade de intoxicações medicamentosas por medicamentos psiquiátricos por classes, faixa etária, sexo e nas unidades federativas, no período de 2008 a 2023, através dos dados disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares - DataSUS.

METODOLOGIA

Foram utilizados os registros baseados nos CID-10 (Classificação Estatística Internacional de

1 Universidade Federal Fluminense, Graduação em Farmácia, Niterói, RJ. E-mail: juan_leal@id.uff.br

Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) primários relacionados aos casos de intoxicação medicamentosa por psicofármacos (Antidepressivos: T430, T431 e T432; Benzodiazepínicos: T424; Outros Medicamentos para Saúde Mental: T423, T426, T427, T433, T434, T435, T438 e T439).

Os dados foram limitados ao período entre 2008 e 2023, com divisão entre períodos classificados como pré-pandêmico (2008 a 2019), e período pandêmico e pós-pandêmico (2020 a 2023), com cobertura nacional.

Para avaliar as variações nas taxas de internação e letalidade, os medicamentos foram agrupados em três classes (Antidepressivos, Benzodiazepínicos e Outros Medicamentos para Saúde Mental), foram criados grupos de idade (0 a 19 anos, 20 a 49 anos, 50 a 69 anos, 70 anos ou mais) e foram utilizadas as médias das taxas de cada período, permitindo que as diferenças nas durações dos períodos não afetem indevidamente a interpretação dos resultados.

Todos os dados foram tratados através dos programadas IBM SPSS 29, Microsoft Office Excel 2021 e TabWin.

RESULTADOS

Ao comparar o período pré-pandêmico com o período pandêmico e pós-pandêmico a nível nacional, houve um crescimento da taxa de internação por 100.000 habitantes de 2,09 para 2,26, enquanto a letalidade aumentou de 2,72% para 3,10%. Ao analisar as Unidades Federativas, a maior variação na taxa de internação foi no Acre, de 0,38 para 3,18, enquanto Alagoas obteve o maior crescimento na taxa de letalidade, de 6,32% para 11,76%.

Entre os sexos, as mulheres apresentaram a maior variação na taxa de internação por 100.000 habitantes, de 2,67 para 2,97, enquanto os homens obtiveram a maior intensificação na letalidade, de 3,22% para 4,19%. Avaliando pela Unidades Federativas, as mulheres apresentaram superior agudização na taxa de internação no Acre, de 0,40 para 5,05, e letalidade no Alagoas, de 5,26% para 12,99%, já os homens exibiram maior variação na taxa de internação na Paraíba, 0,43 para 2,29, e letalidade no Mato Grosso do Sul, 3,17% para 8,16%.

Apesar da faixa etária de 20 a 49 anos ser aquela com as maiores taxas de internação, a faixa de 0 a 19 anos destacou-se pelo crescimento de 31% na taxa de internação, enquanto a letalidade agravou-se fortemente na faixa etária de 70 anos ou mais (85%), a mesma que possui as maiores taxas de letalidade. A análise ecológica (UF) evidenciou o Pará com a expansão evidente na taxa de internação, de 0,91 para 12,30 na faixa de 70 anos ou mais, e na letalidade, de 1,02% para 5,71% na faixa de 0 a 19 anos.

Entre os grupos medicamentosos, todos exibiram potencialização da letalidade, com destaque para os Antidepressivos, de 2,85% para 3,47%. Já a taxa de internação no grupo dos Antidepressivos reduziu em 13% e intensificou nos grupos dos Benzodiazepínicos (28%) e dos Outros Medicamentos para Saúde Mental (20%).

CONCLUSÕES

O estudo destaca a influência da pandemia de COVID-19 sobre o uso de psicotrópicos, com um agravamento das hospitalizações e letalidades por intoxicações medicamentosas, principalmente por benzodiazepínicos e antidepressivos. Observou-se que no período pandêmico e pós-pandêmico ocorreu expansão nas taxas de internação, especialmente entre as mulheres, e na faixa etária de 0 a 19 anos, e que os homens apresentaram maior letalidade.

A carência de políticas de saúde pública, com destaque as voltadas para a saúde mental, mais adaptáveis e sensíveis a situações de crise sanitária se tornou evidente com a pandemia de COVID-19. Com o aumento do consumo de psicofármacos e dos diagnósticos de ansiedade e depressão, aliado ao acompanhamento inexistente ou inadequado, uma revisão e vigilância contínua sobre as práticas de prescrição e dispensação se faz necessária para mitigar os riscos de intoxicação e óbito.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à FAPERJ (E-26/2010. 507/2024) e ao CNPQ pelo apoio financeiro para a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

- (1) Dantas DES, Andrade LG, Neto SR. Atenção farmacêutica nas intoxicações medicamentosas. *Rev Ibero-Am Humanid Ciênc Educ*. 2021 out 31;7(10):179-96. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i10.2383>
- (2) Fiorio LM, Kalisiensky ACF, Costa CPD, et al. Intoxicação medicamentosa nas regiões federativas do Brasil. *Braz J Dev*. 2022 dez 19;8(12):79734-50. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n12-195>
- (3) Nóbrega HOS, Costa AMP, Mariz SR, et al. Intoxicações por medicamentos: uma revisão sistemática com abordagem nas síndromes tóxicas. *Rev Saúde Ciênc*. 2015 ago 30;4(2):109-19. DOI: <https://doi.org/10.35572/rsc.v4i2.256>
- (4) Benistand P, Vorilhon P, Laporte C, et al. Effect of the COVID-19 pandemic on psychotropic drug consumption. *Front Psychiatry*. 2022 dez 15;13. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1020023
- (5) Del Fiol FS, Bergamaschi CC, Lopes LC, et al. Sales trends of psychotropic drugs in the COVID-19 pandemic: a national database study in Brazil. *Front Pharmacol*. 2023;14:1131357. DOI: 10.3389/fphar.2023.1131357

A SAÚDE MENTAL NAS ESCOLAS: UMA ANÁLISE DA INTERSETORIALIDADE DO CUIDADO ENTRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO

Leonardo Melo Pereira de Oliveira¹

Angela Brêtas²

INTRODUÇÃO

A saúde mental infantojuvenil tem ganhado crescente atenção no cenário das políticas públicas brasileiras. De acordo com a OPAS (2023) (1) cerca de 10% a 20% dos adolescentes em todo o mundo enfrentam problemas de saúde mental, e a maioria não recebe os cuidados necessários. A OMS (2022) (2), destacou que durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19 houve um aumento de 25% nos casos de transtornos como ansiedade e depressão. A escola, enquanto espaço privilegiado, pode desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde e no bem-estar emocional dos estudantes. Contudo, desafios estruturais e contextuais frequentemente limitam a capacidade de intervenção das instituições educacionais diante das complexas demandas de saúde mental dos alunos. Neste cenário, a pesquisa busca responder à seguinte questão: Os setores da saúde e da educação se articulam para a efetivação do compartilhamento do cuidado em saúde mental infantojuvenil? O presente trabalho investiga a articulação entre os setores de saúde e educação a partir de um estudo de caso, busca-se identificar as principais queixas relacionadas à saúde mental, mapeia-se as iniciativas intersetoriais em curso e identifica-se os desafios envolvidos na colaboração entre os setores.

OBJETIVO

O nosso objetivo é identificar as ações intersetoriais entre a saúde e a educação no enfrentamento dos desafios na oferta de cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes, da Rede Municipal do Rio de Janeiro, em um território compartilhado por uma CRE e uma AP. Os objetivos secundários são: 1) Identificar os desafios intersetoriais na oferta do cuidado em saúde mental; 2) mapear ações intersetoriais entre os setores para o enfrentamento dos desafios de saúde mental na escola.

METODOLOGIA

Este estudo é de natureza qualitativa, com abordagem exploratória. Em seu desenvolvimento utilizam-se técnicas de estudos qualitativos. Com essa abordagem, pretendemos destacar nuances e aspectos que podem não ser imediatamente visíveis, aprofundando a análise e a interpretação dos dados apresentados. Para isso, investigamos como a intersetorialidade se faz presente no território foco desta

1 Centro de Estudos, Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP), Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: leomelugt@gmail.com

2 Escola de Educação Física e Desportos, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

pesquisa. A coleta de dados foi por meio de entrevistas com profissionais do PROINAPE, da educação, e do Deambulatório, da saúde. As perguntas foram organizadas em três eixos: principais queixas de saúde mental na comunidade escolar, ações intersetoriais em curso e desafios da intersetorialidade em saúde mental. Objetivamos identificar percepções, práticas, desafios e possibilidades de aprimoramento no trabalho intersetorial, visando captar tanto a experiência prática quanto as percepções subjetivas, compreendendo suas interpretações profissionais acerca do tema. Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, o TCLE e aprovação do CEP (n.º 7.205.091).

RESULTADOS

Sobre as principais queixas de saúde mental, as percepções entre os setores apresentam aproximações e distanciamentos. Uma das aproximações está no reconhecimento da COVID-19 como um marcador no agravamento da saúde mental infantojuvenil, sendo citada por todos os profissionais. Destaque também para a violência urbana como agravante. No setor educação, as queixas se localizaram na adolescência, relacionadas à depressão e à ansiedade, além de piora nas queixas de lesões autoprovocadas. Na saúde, as queixas são relacionadas a atrasos no desenvolvimento, suspeita de Autismo e TDAH. As queixas geralmente são acompanhadas de questões relacionadas à aprendizagem escolar, em idades de 3 a 12 anos. No entanto, para a saúde as queixas iniciais, em geral, não se confirmam após a avaliação da equipe. Sobre as ações intersetoriais, os profissionais identificam diferentes iniciativas por parte dos setores. No entanto, destacam apenas ações pontuais no que diz respeito à saúde mental. Quanto aos desafios, mencionam diversos obstáculos, denotando um cenário complexo. Ambas as equipes apontam a falta de diálogo entre as políticas públicas como um desafio estruturante. Indicam deficiência no diálogo entre as secretarias, no que diz respeito à estruturação de projetos em comum, recaindo sobre os profissionais a responsabilidade de estabelecer aproximações individuais. Além disso, apontam a precarização de ambos os setores como um fator que potencializa os desafios. A rotatividade de profissionais na saúde impõe a necessidade de retrabalho nas linhas de cuidado, exigindo recomeços com frequência. Na educação, a falta de reposição de profissionais dificulta a ampliação do serviço. A inclusão das famílias é outro desafio, expresso de maneira distinta em cada setor.

CONSIDERAÇÕES

No contexto de crescentes demandas por saúde mental no ambiente escolar, este estudo reforça a importância da articulação intersetorial como caminho para soluções mais eficazes e equitativas. A integração entre saúde e educação é essencial para garantir um cuidado integral e contínuo, promovendo tratamento, prevenção e promoção do bem-estar. Os principais achados deste estudo indicam que os profissionais reconhecem na COVID-19 um marco significativo na saúde mental infantojuvenil, manifestando-se em diferentes sinais e sintomas. Também podemos apontar que as vulnerabilidades sociais são agravadas pela violência urbana, que adiciona sofrimento para toda a comunidade escolar. Os resultados dialogam com a literatura existente, que destaca a intersetorialidade como uma ferramenta

essencial para enfrentar problemas complexos de saúde mental. A intersetorialidade apresenta-se como uma estratégia crucial de articulação, integrando esforços e promovendo soluções para grandes desafios sociais.

REFERÊNCIAS

- (1) Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Saúde mental dos adolescentes [Internet]. 2023 [citado 2024 jun 23]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>
- (2) Organização Mundial da Saúde (OMS). Constituição da OMS: princípios [Internet]. 2020 [citado 2024 jun 23]. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

ACESSO RESTRITO, RACIONAMENTO PREVALENTE: CONCLUSÕES DA PESQUISA DE GASTOS DO PRÓPRIO BOLSO PARA PESSOAS VIVENDO COM DIABETES TIPO 1 EM 2024

Shaina Kasper¹
Sara Helena Gaspar²

INTRODUÇÃO

Pessoas que vivem com diabetes tipo 1 precisam de insulina para sobreviver, mas metade das pessoas que precisam dela não tem acesso devido aos altos custos e à disponibilidade limitada (1,2). O racionamento de insulina e materiais de testagem pode levar a consequências graves e irreversíveis (1). Essa crise afeta desproporcionalmente as pessoas nos países de renda baixa e nos países de renda média, bem como as pessoas de baixa renda em países de renda alta. A Pesquisa de Gastos do Próprio Bolso de 2024 é a maior pesquisa global de gastos autorrelatados e racionamento de insulina, e agora inclui dados de renda familiar. A T1International monitorou o acesso e os custos de tratamento do tratamento da diabetes por mais de uma década (3,4). Com base na experiência vivida no mundo real, a organização defende uma política de saúde centrada nas pessoas e baseada em direitos. Em resposta à pressão financeira generalizada para acessar insulina e materiais de monitoramento de glicose, a T1International lançou a Campanha Fight for Five em 2021, defendendo que ninguém gaste mais de 5% de sua renda com insulina e materiais de monitoramento de glicose, de acordo com a Meta de Cobertura Global da Diabetes da OMS (5) sobre acessibilidade e acesso universal.

OBJETIVO

A pesquisa teve como objetivo documentar as barreiras financeiras e de acesso enfrentadas por pessoas com diabetes tipo 1 em todo o mundo; avaliar o relacionamento entre os custos autorrelatados, a acessibilidade (incluindo a frequência de racionamento e os impactos orçamentários) e o acesso, em comparação com as metas da OMS; e informar políticas globais e locais, amplificando a experiência vivida pelas comunidades de diabetes por meio de pesquisas independentes e conduzidas por pacientes.

METODOLOGIA

A pesquisa global e transversal foi elaborada em conjunto com pessoas que vivem com diabetes tipo 1, seguindo os princípios de Envolvimento Ético do Paciente da T1International (6). Ela foi traduzida para o árabe, francês, espanhol e swahili por voluntários vivendo com diabetes e foi submetida a uma verificação cruzada. Os dados foram coletados entre novembro e dezembro de

1 Diretora Executiva da organização T1International. E-mail: skasper@t1international.com

2 Consultora regional de advocacy para a América Latina na organização T1International E-mail: sgaspar@t1international.com

2024 e compartilhados por meio de redes de advocacy e mídias sociais. A pesquisa reuniu dados sobre despesas com insulina e materiais, renda familiar, frequência de racionamento e barreiras de acesso. Dados demográficos, como idade, gênero e métodos de tratamento não foram coletados. No total, foram recebidas 1.063 respostas de 55 países; após as exclusões, restaram 748 registros válidos. Os dados foram categorizados por faixa de renda e pela renda nacional usando os padrões do Banco Mundial (7). Foram realizadas análises nacionais para países com ≥ 11 respostas. A participação foi anônima e voluntária, sendo necessário o consentimento informado. Embora os dados autorrelatados e as pesquisas on-line tenham limitações e vieses, eles são uma ferramenta vital para divulgar as realidades vividas pelas pessoas vivendo com diabetes em todo o mundo e para informar mudanças significativas e equitativas nas políticas.

RESULTADOS

Em média, participantes que vivem com diabetes tipo 1 gastaram 15% de sua renda com insulina e materiais de testagem de glicose. Em Países de renda alta, a média foi de 13%; em países de renda baixa e média, chegou a 62%. Os participantes no Canadá gastaram 4%, enquanto os da Nigéria e da Guatemala ultrapassaram 100%. 17% dos participantes relataram ter gasto mais de 100% de sua renda, indicando graves barreiras de acessibilidade. Os custos foram contextualizados de acordo com o poder aquisitivo.

Relatos de racionamento foram comuns: globalmente, 37% racionaram insulina e 55% racionaram materiais para testagem de glicose. Mesmo em países de renda alta, como os EUA, metade relatou racionamento. A porcentagem de indivíduos que racionam insulina dobrou de 2018 a 2024. Além disso, 77% dos entrevistados ajustaram os orçamentos domésticos para pagar insulina e materiais de testagem, sendo que 100% fizeram isso na Guatemala, na Índia e na Tanzânia.

A acessibilidade também continua sendo um problema crítico. Quase 80% dos entrevistados relataram barreiras ao acesso a insulina e materiais para monitoramento de glicose, como falta de estoque, longas distâncias de viagem ou restrições de prescrição - achados consistentes em todos os grupos de renda dos países. Nenhum país com dados relatáveis teve menos que 55% de entrevistados com dificuldade de acesso à insulina.

Embora haja relativo alinhamento entre as medidas da pesquisa e as métricas da OMS em relação a acessibilidade econômica de insulina e materiais para monitoramento de glicose entre, os resultados da pesquisa deixam claro que a insulina e os materiais para monitoramento de glicose são mais inacessíveis para mais países e para uma parcela maior da população do que as métricas da OMS afirmam.

CONCLUSÕES

Este estudo confirma que as pessoas que vivem com diabetes tipo 1 enfrentam profundas desigualdades estruturais no acesso a serviços de saúde. Os altos custos e as barreiras sistêmicas persistem

mesmo nos países de renda alta, enquanto os países de média e baixa renda arcam com o maior ônus. A acessibilidade econômica não equivale a acessibilidade real, e as médias globais escondem as realidades locais. A comparação dos dados do mundo real com as metas de acessibilidade da OMS sugere que é necessário fazer mudanças para definir as metas de acessibilidade ao acesso à insulina e a materiais, e para a coleta de dados. Demandamos uma ação política sobre preços, compras, farmacêuticas públicas e monitoramento liderado pela comunidade. A crise exige respostas baseadas em direitos - não em caridade. A T1International enfatiza o papel das comunidades afetadas no fornecimento de dados e de soluções para garantir que o acesso à insulina se torne um direito garantido, não um privilégio.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Keeping the 100-year-old promise: making insulin access universal [Internet]. 2021 [citado 2025 maio 15]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240039100>
- (2) Lewis GF. The discovery of insulin revisited [Internet]. 2021 [citado 2025 maio 15]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33393501/>
- (3) Pfiester J. Costs and underuse of insulin and diabetes supplies [Internet]. 2021 [citado 2025 maio 15]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34363862/>
- (4) Souris K. Out-of-pocket expenses and rationing of insulin and diabetes supplies [Internet]. Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare. 2024 [citado 2025 maio 15]. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/clinical-diabetes-and-healthcare/articles/10.3389/fcdhc.2024.1293882/full>
- (5) World Health Organization. Global report on diabetes [Internet]. 2016 [citado 2025 maio 15]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240102248>
- (6) T1International. 6 strategies for ethical patient engagement [Internet]. 2022 [citado 2025 maio 15]. Disponível em: <https://www.t1international.com/blog/2022/02/18/6-strategies-ethical-patient-engagement/>
- (7) World Bank. World Bank Country and Lending Groups [Internet]. 2024 [citado 2025 maio 15]. Disponível em: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

ACOMPañANDO MA-PATERNIDADES ADOLESCENTES EN EL CENTRO DE SALUD 21 DEL BARRIO MUGICA

Maira Amoretti¹

Anush Camacho

Renata Gisella Lario Galvez

Maria Daniela Ramos

Maximo Sparrow

PRESENTACIÓN

Este relato de experiencia expone la implementación de un dispositivo de atención para madres y padres adolescentes con sus hijos en un centro de salud del primer nivel de atención en el barrio Padre Mugica (Villa 31), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. El equipo está conformado por una trabajadora social, una enfermera puericultora, un médico generalista, una pediatra especialista en adolescencia y residentes que rotan por el espacio como instancia formativa.

Frente a barreras de acceso derivadas de la pobreza y la migración, buscamos generar un espacio de acompañamiento y cuidado desde una perspectiva interseccional. Ésta mirada implica analizar cómo se cruzan distintas opresiones para generar desigualdades específicas en determinados contextos sociales (1). Desde el equipo, no consideramos la maternidad y paternidad adolescente como un problema en sí mismo, ya que como sostiene Portnoy (2), solo a edades muy tempranas implica un mayor riesgo biológico. Más bien, comprendemos las desigualdades que enfrentan las adolescencias y cómo afectan el acceso a la salud. Tras la pandemia, la necesidad de un abordaje diferenciado se hizo evidente, impulsando la construcción de un espacio protegido, participativo y territorial. En este trabajo compartimos el proceso de creación, desarrollo y los desafíos a futuro en la construcción de estrategias de atención para esta población.

OBJETIVO

El propósito del espacio es promover la atención integral de la salud de ma-padres adolescentes y sus hijos, incluyendo control de crecimiento, desarrollo, inmunización, lactancia y acceso a anticoncepción. Además, se trabaja la continuidad educativa, el acceso a programas sociales y la violencia de género y familiar.

DESARROLLO

Luego del aislamiento por la pandemia de COVID-19, el equipo de salud del Centro Nro. 21, ubicado en el barrio Mujica (ex Villa 31) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, comenzó a repensar estrategias de intervención para atender las demandas de la población. En este contexto, nuestro equipo territorial, compuesto por diversas disciplinas, focalizó su trabajo en el abordaje de madres y

1 Centro de Salud y Acción Comunitaria N21. CABA. Argentina. E-mail: dramairaamoretti@gmail.com

padres adolescentes y sus hijos. La propuesta consistió en brindar una atención interdisciplinaria al grupo familiar, que integre distintos saberes para abordar la complejidad de la realidad, superando el reduccionismo y promoviendo la cooperación en salud (3). Se otorgó un mayor tiempo a cada consulta con el objetivo de diseñar un andamiaje singular para cada situación y promover un progresivo protagonismo de les adolescentes en sus procesos de salud.

El acceso al espacio se realizaba mediante derivación previa, priorizando a jóvenes de entre 14 y 19 años, aunque también se incluían adolescentes de mayor edad cuando las particularidades del caso lo ameritaban. Las derivaciones eran efectuadas tanto por integrantes del centro de salud como por otros dispositivos e instituciones, tales como servicios de neonatología de hospitales zonales y programas de atención a la infancia, con quienes se establecieron redes de trabajo colaborativo, como forma de articulación multicéntrica y opuestas a las formas jerárquicas de organización (4).

Durante las entrevistas iniciales, se identificaron múltiples situaciones de vulnerabilidad, destacándose la escasez de redes sociofamiliares y de pares. La mayoría de las adolescentes mencionaban no contar con amigos y referían conflictos vinculares con sus familias. Esta realidad, sumada al fin del aislamiento social preventivo y obligatorio por COVID-19 y al incremento de la demanda, motivó en 2022 la reformulación de la modalidad de atención, incorporando espacios grupales. Se diseñó una estrategia de talleres donde en cada encuentro se abordaban temáticas vinculadas al desarrollo infantil, prevención y promoción de la salud, la crianza, la ma-paternidad y la adolescencia. Posteriormente, se brindaba la atención de salud al grupo familiar correspondiente.

Hasta la fecha, han sido derivados al espacio más de cien niños junto a sus familias. El abordaje transdisciplinario nos permitió trabajar sobre diversos aspectos, incluyendo acceso a la escolaridad y a programas sociales; crecimiento, desarrollo y crianza; métodos anticonceptivos; alimentación y lactancia; inmunizaciones; fortalecimiento de redes de pares y actividades recreativas. A través de esta estrategia, se impulsó la autonomía progresiva de les adolescentes, fortaleciendo su derecho en la toma de decisiones según su edad y madurez, fomentando este proceso de manera gradual (5), mediante la promoción de su participación activa en el cuidado de su salud y la de sus hijos.

CONCLUSIONES

El espacio de atención permitió identificar problemáticas más complejas de lo esperado, donde la fragilidad de las redes de apoyo y la inequidad socioeconómica, evidenciaron un alto nivel de vulneración de derechos. La participación grupal favoreció la construcción de vínculos entre pares, mientras que el seguimiento interdisciplinario permitió abordar necesidades de salud, escolaridad y acceso a derechos. Uno de los desafíos persistentes es la inclusión de paternidades sin afectar el espacio de las madres, así como lograr la asistencia sostenida de les adolescentes a los espacios grupales.

Finalmente, nos parece importante mencionar la necesidad de defender los espacios de atención interdisciplinarios con tiempo de calidad destinado a pensar y elaborar las mejores estrategias de trabajo. Así como también seguir apostando al abordaje intersectorial ante la creciente fragmentación social.

REFERENCIAS

- (1) Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Debate Feminista [Internet]. 2016 [citado 2025 mar 11];52:1-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- (2) Portnoy F. El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales. En: Gogna M, comp. Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES; 2005. p. 67-76.
- (3) Garzaniti R, Romero PM. Atención integral de la salud: la interdisciplina como herramienta fundamental. Temas en Psicología. 2018[citado 2025 mar 11];4:275-94. Disponible en: <https://revistas.unlp.edu.ar/AnuarioPsicologia/article/view/8465>
- (4) Rovere M. Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte; 1999. p.20
- (5) Guía de atención con enfoque de derechos para la línea 102. 1ª ed. Argentina: Child Helpline International; 2018. p.13

ADOCIMENTO E MORTE POR COVID-19, NO PERÍODO PRÉ-VACINAL E NO CONTEXTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NO RIO DE JANEIRO: UMA ABORDAGEM ESPACIAL

Felippe Cezário¹

Reinaldo Souza dos Santos

INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19, não obstante tivera alcance amplo alcance populacional na maioria dos países do mundo, atingiu desigualmente os extratos sociais. Não apenas variáveis individuais, como a faixa etária, implicaram no comportamento da doença, mas as vulnerabilidades sociais desempenharam significativa influência na ocorrência e risco de infecção e óbito por covid-19. Entender como a vulnerabilidade social se apresenta no espaço geográfico é importante para visualizar regiões com maior risco para a distribuição de casos e óbitos por doenças infecto contagiosas, como a covid-19 (1,2)

O espaço, seja como unidade de análise ou enquanto categoria analítica, é conjugado por relações sociais, históricas, políticas e culturais que produzem fatores de risco e protetivos à saúde. Essas relações não são inertes ou determinísticas, são tecidas de acordo com a organização socioespacial e se refletem diretamente na produção social da saúde em âmbito territorial. Portanto, a lógica de organização do espaço geográfico condiciona a conformação da saúde dos grupos socioespaciais, sejam eles marginalizados ou abastados (3).

Como enuncia Sabroza (4) “o espaço socialmente organizado, integrado e profundamente desigual, não apenas possibilita, mas determina a ocorrência de endemias e sua distribuição”.

OBJETIVO

Analisar os padrões espaciais das taxas de incidência, de mortalidade e de letalidade por Covid-19, além dos aglomerados espaciais de alto risco para as referidas taxas dos casos e óbitos notificados entre 30 de março de 2020 a 19 de janeiro de 2021 em relação ao contexto de vulnerabilidade socioeconômica no Município do Rio de Janeiro, representado pela espacialização do Índice de Desenvolvimento Social, IDS.

METODOLOGIA

A pesquisa realizada é um estudo ecológico com abordagem espacial tendo por população os residentes do município do Rio de Janeiro, os casos e os óbitos confirmados desses residentes, no período de 30 de março de 2020 a 19 de janeiro de 2021. O período em questão corresponde ao

1 Mestrado em Epidemiologia e Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública. E-mail: cezariosc@gmail.com

primeiro óbito por covid-19 notificado e o início da campanha vacinal contra a doença na cidade do Rio de Janeiro.

Para o cálculo e espacialização das taxas de incidência, de mortalidade e de letalidade, bem como para a espacialização do IDS foi utilizado software QGIS 3.10.7, enquanto para a identificação dos clusters de alto risco foi realizada no software SatScan 9.7.

As informações sobre a população, os casos e os óbitos por Covid-19 e bairro de residência foram coletadas por meio do Instituto Pereira Passos, da prefeitura do Rio de Janeiro, disponível publicamente em: <<https://www.data.rio/>>.

O arquivo do mapa da cidade do Rio de Janeiro em formato shapefile com a divisão por bairros foi coletado no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Observa-se o cunho dos dados desta pesquisa: de nível secundário, agregados e de acesso público.

RESULTADOS

Foi encontrada a predominância de áreas com maior risco (6) para casos de Covid-19 sobrepostas nos bairros com melhores níveis de IDS ($IDS \geq 0,61$), já nos bairros com pior qualidade de vida ($IDS \leq 0,60$) foram encontrados menos aglomerados de interesse de alto risco de incidência (2), embora com altos valores (2,03; 1,32). Sobre isso, estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (5,6) constataram que a baixa taxa de incidência em bairros e em população de maior vulnerabilidade é fruto da baixa testagem e falta de acesso à saúde. Portanto, as áreas de maior risco para casos de Covid-19 englobarem bairros com maiores níveis de IDS se daria pelo fato de a população residente destes bairros terem acesso à saúde e aos testes, oportunizando a detecção de casos, as medidas de prevenção e o tratamento adequados. O que é corroborado pesquisa (7) ao tratar da baixa cobertura de testes para detecção do Sars-CoV-2 nas regiões de favela da cidade do Rio de Janeiro. De modo similar, esse raciocínio pode explicar a aparente homogeneização da taxa de mortalidade na cidade, já que foram encontrados muitos bairros da cidade (70 de 160 bairros) com taxa de mortalidade próxima (20,10 a 30,00/10.000), pois a maior oferta de testes de diagnóstico em bairros com melhor nível de IDS ($IDS \geq 0,61$) em contraposição aos bairros com pior qualidade de vida ($IDS \leq 0,60$) pode subestimar a taxa de mortalidade no segundo caso.

Ademais, encontrou-se áreas com maiores taxas de letalidade ($\geq 9\%$) para Covid-19 cobertas por clusters de alto risco de letalidade (1.55) em bairros de pior qualidade de vida ($IDS \leq 0,60$). De modo inverso, bairros com melhores condições de vida ($IDS \geq 0,70$) apresentam menores taxas de letalidade ($\leq 6\%$) e nenhum cluster de interesse para letalidade.

CONCLUSÕES

A cidade do Rio de Janeiro, mundialmente conhecida pelos seus latentes contrastes sociais no meio urbano, reflete no seu espaço geográfico a alta heterogeneidade espacial do processo saúde-doença

da Covid-19 já que, visualmente, a gravidade da pandemia foi variável segundo as condições de vida da população e, portanto, reproduz a lógica da produção social e histórica das iniquidades sociais. A análise espacial evidenciou que as áreas de alto risco para letalidade se encontram em bairros periféricos e de menor qualidade de vida, enquanto as áreas de alto risco para incidência e mortalidade são observadas nos bairros de melhor qualidade de vida. Mediante a desigualdade do acesso observada durante a pandemia, a taxa de mortalidade pode ter sido fortemente influenciada pelos testes de diagnóstico não serem ofertados oportunamente aos casos graves de SRAG que vieram a óbito de modo a permitir a detecção e notificação de óbitos por Covid-19 nos bairros com os piores níveis de IDS.

REFERÊNCIAS

- (1) Cifuentes MP, Rodriguez-Villamizar LA, Rojas-Botero ML, Alvarez-Moreno CA, Fernández-Niño JA. Socioeconomic inequalities associated with mortality for COVID-19 in Colombia: a cohort nationwide study. *J Epidemiol Community Health*. 2021;75(7):610-615. DOI: 10.1136/jech-2020-216275
- (2) Viana N, Soares CB, Campos CMS. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. Barueri: Manole; 2013.
- (3) Barcellos C. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
- (4) Sabroza P. Espaço e produção de endemias. Caracas; 1991.
- (5) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Aspectos socioeconômicos da COVID-19: o que dizem os dados do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IPEA; 2020. (Série nº 72).
- (6) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Texto para discussão. Rio de Janeiro: IPEA; 2021.
- (7) Meyer A, Santos R, Borges B, Eduardo C, Resende F, Rafael JA, et al. COVID-19 nas favelas: cartografia das desigualdades. Série Informação para ação na COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz eBooks; 2021.

ADOLESCENCIAS Y GÉNEROS: LA INVESTIGACIÓN COMO PRÁCTICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD COLECTIVA. EXPERIENCIAS DEL TRABAJO EN ESCUELAS MEDIAS DE LAS BUENOS AIRES Y LA PLATA

Debora Tajer¹

Graciela Reid

Maria Laura Lavarello

Maria Eugenia Cuadra

Patricio Krotsch

Leyla Quinteros

Florencia Pilanski

Juliana Fernandez Romeral

Monica Solis

Lucia Saavedra

INTRODUCCIÓN

Se presentan experiencias del trabajo de campo realizado en el marco del proyecto de investigación UBACyT 2020/2024 titulado “*Modos actuales de relaciones entre los géneros y sus efectos en la salud integral y en la salud mental en adolescentes escolarizados/as de las Ciudades de Buenos Aires y de La Plata*”, perteneciente al equipo Intercátedras Introducción a los Estudios de Género y Salud Pública Salud Mental II de la Facultad de Psicología de la UBA dirigido por la Dra. Débora Tájer Profesora a cargo de ambas Cátedras.

OBJETIVO

Los propósitos fueron identificar y analizar las formas de los vínculos entre los géneros en adolescentes escolarizadxs y sus efectos en su salud integral y su salud mental como también las respuestas colectivas y autogestivas que haya podido construir dicha población ante conductas abusivas entre pares y situaciones de violencia de género.

Para lo cual se tomaron los siguientes ejes de indagación: identidades generizadas, modos de relacionarse intra e intergéneros, salud sexual, cuidado del cuerpo, consumos de sustancias y salud mental.

La pandemia Covid-19 y el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) y posteriormente un distanciamiento social preventivo y obligatorio (DISPO), fue necesario revisar los objetivos planteados originalmente. Se incorporó los efectos en Salud Mental de este período en esta población por ser un problema de alto impacto en la autopercepción.

1 Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. E-mail: debora.tajer@gmail.com

METODOLOGÍA

Se utilizaron dispositivos grupales de indagación y el modelo de la Investigación Acción Participativa (IAP).

Se entrevistaron con este dispositivo adolescentes que asisten a escuelas secundarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y de la ciudad de La Plata y se realizaron entrevistas a informantes claves.

Los dispositivos diseñados para el encuentro con lxs estudiantes en sus aulas, buscaron: a) generar las condiciones de escucha y producción de decires grupales que abarcaran todas las voces para sortear el adultocentrismo que suele caracterizar a una parte de las investigaciones sobre esta población; b) dar visibilidad a las diferencias y múltiples miradas que portaban lxs estudiantes sobre los temas de indagación.

Se realizaron 20 dispositivos grupales con estudiantes pertenecientes a cuatro escuelas, dos de gestión privada y dos de gestión pública, de las ciudades de CABA y La Plata. Los grupos fueron mixtos en lo generico y estuvieron conformados por aproximadamente veinte estudiantes de tercero y quinto año agrupados al azar.

Los ejes relevados fueron: 1) **identidades generizadas**, en el cual se abordó el conocimiento sobre la Ley de Educación Sexual Integral, así como cuestiones vinculadas al uso del lenguaje inclusivo y situaciones de discriminación por identidad de género; 2) **modos de relaciones intra e intergénero** se relevó cómo vivenciaron los vínculos entre pares durante el ASPO y DISPO, qué cuestiones se vieron modificadas en los vínculos, qué situaciones generaron malestar, qué facilitadores encontraron para transitar ese momento y reflexiones acerca de las actitudes machistas en la actualidad; 3) **cuidado del cuerpo y salud sexual**, se indagaron ideales sobre la experiencia del “deber ser” y las expectativas de cómo deben vivirse los cuerpos en la adolescencia, los modos de cuidar su salud, el acceso a información sobre salud sexual y (no) reproductiva y las tensiones en los vínculos sexo-afectivos; 4) **salud mental** se indagaron imaginarios sobre la misma, las preocupaciones y padecimientos en esta etapa del ciclo vital, el vínculo entre malestares y pandemia y los apuntalamientos o modos de sostenerse frente al padecimiento; 5) **consumo de sustancias** se les consultó sobre los contextos en los cuales consumen, si encontraban diferencias por género, cuándo consideraban que dicho consumo se volvía problemático y a quiénes consideraban que podrían recurrir en esa situación.

RESULTADOS

Al momento de este escrito, se ha finalizado el trabajo de campo y el equipo se encuentra en la etapa de análisis de los resultados. Se presentan en esta oportunidad algunas consideraciones sobre el modo en que la experiencia de investigación en escuelas secundarias devino en una intervención de prevención y promoción de la salud adolescente.

La realización de dispositivos grupales de indagación con estudiantes de escuelas secundarias facilitó la producción grupal de conocimientos sobre la temática abordada, así como los procesos elaborativos de situaciones atravesadas durante la pandemia —entre otros procesos propios de la etapa y escolaridad—. El diseño y adecuación de las dinámicas de caldeamiento y guión en el transcurso de su implementación brindó un espacio habilitador de la palabra y la escucha que posibilitó a lxs adolescentes expresarse ampliamente al contar sus experiencias y compartir sus saberes. De esta manera, no sólo fueron escuchadxs sino que se escucharon entre sí, intercambiaron y pusieron en juego sus divergencias y sus convergencias. A su vez, la posibilidad de expresión en las dinámicas grupales de lo dicho y lo no dicho, permitió observar la distancia entre lo discursivo y las prácticas —expresadas en el modo de relacionarse en el aula entre los géneros—, tal como se identificó respecto a las situaciones machistas y el respeto a las identidades trans. Estas experiencias evidenciaron que generar coordenadas facilitadoras de mayor participación, tanto en directivxs como en estudiantes, promueve la posibilidad de visibilización y/o configuración de demandas de intervención sobre problemáticas individuales, grupales e institucionales que se expresan en el ámbito escolar.

CONSIDERACIONES

Considerando que la promoción de la salud adolescente implica la formulación de acciones concretas dirigidas a repensar, favorecer y fomentar prácticas saludables tanto individuales como comunitarias, podemos decir que el trabajo de campo a partir de técnicas como los dispositivos grupales con base en la IAP tuvo efectos directos e indirectos ligados a la promoción de la salud.

Los efectos directos se pudieron apreciar en todo lo acontecido en las aulas, así como en los agradecimientos sentidos por el espacio creado entre investigadorxs y estudiantes, en los cuales lxs estudiantes expresaron que habían podido hablar entre ellxs cosas que nunca habían conversado y afirmar que la jornada había sido “la mejor implementación de ESI”. Respecto a los efectos indirectos, se puede inferir que las temáticas abordadas funcionaron como una sensibilización respecto a la salud integral y, particularmente la salud mental, problematizando a qué refiere la misma en términos singulares y colectivos ligados a las condiciones de vida.

REFERENCIAS

- (1) Lavarello ML. Aportes del hacer psi en tiempos de catástrofes sociales. In: I Congreso Internacional de Psicología “A 40 años de la recuperación democrática en Argentina”; 2023; Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. La Plata; 2023.
- (2) Raffety EL. Minimizing social distance: participatory research with children. *Childhood*. 2015;22(3):409-22.
- (3) Tajer D, Reid G, Lavarello ML, Cuadra ME, Saavedra L. Adolescencia(s): ruptura y continuidad del binarismo. *Revue semestrielle de psychanalyse, psychopathologie et sciences humaines* [Internet]. 2023 [citado 2025 abr 15]. Disponible em: <https://www.revueadolescence.fr/>

ALARMES DA CONVIVÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO DESPERTAR DO CARIM QUE MOVIMENTA O CAPSi

Rayana Lima¹

Solanne Gonçalves Alves

INTRODUÇÃO

Este relato de experiência decorre da minha atuação como estagiária de psicologia no CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil) CARIM, um dos serviços da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) no município do Rio de Janeiro, embora pertencente ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), sendo portanto um serviço universitário. A RAPS é constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção para atender pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Por sua vez, o CAPSi propõe atenção psicossocial a crianças e adolescentes, reconhecendo tais como sujeitos de direitos. Sua proposta se constrói na coletividade e no compartilhamento do cuidado com outros serviços, por meio de práticas intersetoriais e territorializadas, garantindo a integralidade do cuidado. É importante considerar os territórios geográfico e subjetivo na construção do cuidado individual e coletivo. Nesse sentido, vale ressaltar que o CAPSi CARIM está localizado na Zona Sul da cidade e atende usuáries dos territórios de asfalto e de favela.

OBJETIVO

Este relato de experiência objetiva descrever o cuidado com adolescentes em um CAPSi, a partir da Convivência, bem como refletir sobre as potencialidades e desafios deste dispositivo. Considerando que o conceito de saúde é complexo, incluindo os atravessamentos e relações da determinação social da saúde com padrões sociais vigentes, como condições de trabalho-estudo e consumo, falência e potência dos suportes sociais, contextos de classe social, gênero, étnico-racial, dentre outros⁽¹⁾.

METODOLOGIA

Assim, o dispositivo da Convivência atende uma média de 9 usuáries, entre 12 a 18 anos, com distintas demandas de cuidado, por um período de 2h e 30 minutos. Realizamos discussão de cada caso para entendermos as demandas de cada participante e como a Convivência pode operar na mediação do cuidado. Concomitante à Convivência, ocorre o grupo de familiares, mediado por uma psicóloga. O CAPSi é formado por uma equipe multiprofissional, que se esforça para operar na lógica interdisciplinar, cuja Convivência é mediada por uma terapeuta ocupacional e estagiáries de terapia ocupacional e psicologia. Resende (2) explicita que por meio da convivência é possível produzir

1 Estagiária de psicologia do CAPSi CARIM/IPUB/UFRJ. Graduada em Psicologia da UFRJ. E-mail: rayanalimaufrrj@gmail.com

processos de subjetivação que respeitem o modo próprio de simbolização e de experiência de cada participante, em relações mais horizontalizadas, estando e fazendo junto, a fim de forjar “ligações entre as pessoas, os lugares, os fazeres” (2). É assim que sustentamos a Convivência no CARIM, como clínica do encontro e do cuidado. Encontro com a alteridade, com as dificuldades, singularidades e abrindo espaço para as simbolizações.

RESULTADOS

Durante a convivência, perguntamos sobre lugares que desejam conhecer, comidas que ainda não sabem fazer e desejam aprender; atividades de limpeza da casa, que ainda não experimentaram. A partir da construção conjunta, há divisão de tarefas entre participantes, inclusive parcerias com os recursos territoriais para ingressos-cortesia a museu, cinema, pontos turísticos; preparamos lanches e piquenique em praças e na praia. Para tal, compramos os ingredientes, atentos ao preço dos produtos, fazendo contas para o troco. Durante as atividades há discussões relativas ao adolescer, à vida em sociedade, com diagnóstico(s), questões de gênero e sexualidade, racismo, (dificuldade de) permanência na escola e mercado de trabalho/jovem aprendiz que vão atravessando e compondo. Por meio da Convivência, novos horizontes são forjados e possíveis, ao trabalharmos a independência e autonomia, desde o ônibus que vão pegar para casa; aprender a se expressar em grupo, a pedir ajuda; a curiosidade por assuntos diferentes, descobrir novas/outras formas de desempenhar determinadas tarefas e/ou pensamentos que nunca apareceram antes, bem como manter a continuidade na produção de cuidado. A potencialidade do grupo é uma forma de resistir à lógica de individualização do sofrimento psíquico, da construção de laços entre pares, da troca. Resende (2) apresenta três disponibilidades clínicas da convivência: *estar com, fazer junto e deixar ser*, as quais orientam a abertura ao (im)previsível e (im)possível no encontro. A dimensão ética no cuidado pode ser compreendida como a disponibilidade, forjando diferentes estratégias de cuidado, respeitando a singularidade. Ou seja, ao fazer que compreende as necessidades de acordo com as situações. Por vezes, apenas orientar não é suficiente; é preciso ir junto.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Compartilhando vivências e questionando como estamos situados nesse *estar junto e fazer com*, escrevemos este relato com intuito de refletir sobre essa prática de ‘cuidar com’, que desafia nossos corpos a sustentar dúvidas e incertezas, que nos desperta a um cuidado a ser experimentado. Lembro-me das minhas supervisões de estágio com a professora Fernanda Canavêz “*No dia que tiver certeza de algo, temos um problema*”. Referimos aos “alarmes da convivência” à temporalidade de cada participante, que nos exige corpos em movimentos antagônicos e complementares, de acompanhar a parte e o todo, as habilidades e dificuldades, aprender-a-fazer e fazer-diferente, em interação. Movimentos os quais obriga nossas corpos à direção de um cuidado aberto, em liberdade, forjando com tais adolescentes corresponsabilidades. Este é o desafio e a potência: apostar no encontro e nas possibilidades de sermos mediação.

REFERÊNCIAS

- (1) Sevalho G. Determinação social da saúde, complexidade, colonialidade e longa duração. Cad Saúde Pública. 2024;40(12). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT035724>
- (2) Resende TIM. Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2015 [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/21117>

ANÁLISE COMPARADA DOS SISTEMAS DE SAÚDE MENTAL PÚBLICO NOS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA: DESAFIOS E CONTRADIÇÕES

Giuliano Silveira Derrosso¹

Carolina Ellwanger

INTRODUÇÃO

A saúde mental é um tema de crescente importância no debate público e acadêmico, especialmente em contextos marcados por desigualdades socioeconômicas. Na América Latina, os modelos de atenção à saúde mental variam amplamente, refletindo diferenças históricas, culturais e institucionais. Esta pesquisa propõe uma análise comparativa dos sistemas de saúde mental pública na região, buscando compreender como as especificidades nacionais influenciam o acesso, a qualidade e a eficácia dos serviços prestados. Conforme apontam Silva e Santos (1), os sistemas de saúde mental na América Latina evidenciam uma diversidade de modelos, fortemente influenciados por legados históricos, culturais e estruturais. Estudos recentes (2, 3) demonstram que, embora iniciativas inovadoras tenham sido implementadas — por exemplo, a consolidação de modelos comunitários e a ampliação dos serviços por meio dos CAPS no Brasil —, persistem desafios relacionados à integração e à equidade dos serviços. Pereira & Almeida (4) ressaltam a necessidade de um enfoque mais integrado, que contemple a formação continuada dos profissionais e a descentralização dos recursos, contribuindo para uma rede de atenção que responda de maneira efetiva e colaborativa aos múltiplos determinantes dos transtornos mentais na região.

OBJETIVO

Comparar os sistemas de saúde mental pública dos países da América Latina, destacando as inovações, desafios e práticas que podem servir de exemplo para a melhoria coletiva dos serviços. O estudo pretende identificar fatores críticos de sucesso e limitações encontradas, contribuindo para a formulação de políticas públicas que promovam a equidade e a efetividade dos cuidados em saúde mental.

METODOLOGIA

Optou-se por uma abordagem qualitativa com base em revisão sistemática da literatura disponível entre 2000 e 2023. Foram selecionadas publicações científicas, dissertações e teses que discutissem indicadores estruturais, operacionais e de desempenho dos sistemas de saúde mental. Dados secundários provenientes de fontes nacionais e internacionais foram analisados, com especial atenção aos aspectos de organização, financiamento e políticas intersetoriais, permitindo a comparação entre diferentes realidades e experiências dos países latino-americanos.

¹ Pró-reitoria de Planejamento, Orçamento e Finanças da UNILA. E-mail: giuliano.derrosso@unila.edu.br

RESULTADOS

A análise evidenciou resultados heterogêneos entre os países analisados:

No Brasil, destaca-se o modelo de Atenção Psicossocial, que se consolidou como referência, permitindo maior integração entre os serviços de saúde mental e a rede de atenção básica. Iniciativas como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) contribuíram para a ampliação do acesso e a redução da internação prolongada.

No Chile, a centralidade do paciente e a descentralização dos serviços melhoraram a adesão ao tratamento, porém desafios persistem na regionalização dos recursos. As reformas recentes têm buscado equilibrar a oferta dos serviços entre áreas urbanas e rurais.

A Argentina apresenta uma experiência mista, em que a integração de políticas intersetoriais com programas de inclusão social resultou em avanços expressivos no acolhimento e na continuidade do cuidado, apesar das disparidades acentuadas entre as províncias.

Na Colômbia, a consolidação de um modelo híbrido que combina algumas práticas do modelo comunitário com a intervenção hospitalar tradicional tem demonstrado eficácia em determinadas regiões, mas ainda enfrenta limitações relacionadas à estabilidade do financiamento e à formação especializada dos profissionais.

Em síntese, os países com investimentos consistentes e políticas de formação continuada dos profissionais apresentaram melhores índices de acesso, continuidade e qualidade do cuidado em saúde mental. Por outro lado, as nações com restrições orçamentárias e dificuldades institucionais mostraram maior fragmentação dos serviços e gaps na rede de atendimento, evidenciando a necessidade de reformas estruturais.

CONCLUSÕES

A comparação dos modelos de saúde mental evidencia que, embora existam iniciativas bem-sucedidas em diversos países, a heterogeneidade dos contextos e a desigualdade na distribuição dos recursos impõem desafios significativos à integração dos serviços. Recomenda-se a adoção de políticas públicas baseadas em evidências, com foco na capacitação dos profissionais, na ampliação e descentralização dos serviços e na promoção de redes integradas de atenção. Os exemplos do Brasil, Chile, Argentina e Colômbia apontam caminhos para a replicação de boas práticas, reforçando a importância de estratégias regionais colaborativas para reduzir disparidades e efetivar transformações significativas na saúde mental coletiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Silva MR, Santos AL. Políticas de saúde mental na América Latina: desafios e perspectivas. J Public Health Stud. 2021;15(3):245-63.
- (2) Oliveira FC. Desafios na implementação dos sistemas de saúde mental em países emergentes [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2019.
- (3) Carvalho AP, Mendonça RM. Análise comparativa do sistema de saúde mental: uma abordagem internacional [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2022.
- (4) Pereira LD, Almeida JF. Inovação e desafios na rede de atenção à saúde mental na América Latina. Rev Latino-Am Saúde. 2020;8(2):112-29.

ASSOCIAÇÃO ENTRE MULTIMORBIDADE E ACÚMULO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO NO ESTUDO NUTRINET-BRASIL

Vinicius de Souza Mazzali
Thais da Silva Marques
Marhya Júlia Silva Leite
Amaury Hideki Freire Nakamura
Débora Andrade Moreira, Laura Luciano Scaciota
Fernanda Rauber
Maria Laura da Costa Louzada
Renata Bertazzi Levy
Maria Alvim Leite¹

INTRODUÇÃO

A multimorbidade é definida como a coexistência de duas ou mais doenças crônicas em um mesmo indivíduo. Sua prevalência tem aumentado globalmente e está associada a desfechos adversos, como redução da qualidade de vida, incapacidade funcional, maior mortalidade, uso intensificado dos serviços de saúde e aumento de custos assistenciais (1).

Comportamentos de risco, como inatividade física, tabagismo, consumo excessivo de álcool, privação de sono, tempo excessivo de tela e alimentação inadequada, são fatores de risco bem estabelecidos para o desenvolvimento de multimorbidade (2). No entanto, são poucos os estudos que investigam a qualidade de vida de pessoas com multimorbidade e os comportamentos adotados ou mantidos após o diagnóstico de duas ou mais doenças crônicas.

A adesão a comportamentos de risco por pessoas com multimorbidade pode estar relacionada a processos de fragilidade e perda funcional ou à continuidade de hábitos prévios a diagnósticos. Tais comportamentos, por sua vez, podem agravar o prognóstico da multimorbidade (3).

O Estudo NutriNet-Brasil, uma coorte online iniciada em 2020, conta atualmente com mais de 100 mil voluntários cadastrados. Seu grande tamanho amostral e os questionários detalhados permitem uma análise aprofundada da associação entre multimorbidade e comportamentos de risco praticados por adultos brasileiros.

OBJETIVO

O estudo teve como objetivo investigar transversalmente a associação entre multimorbidade e acúmulo de comportamentos de risco na linha de base do Estudo NutriNet-Brasil. E, também,

1 Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo (NUPENS). Departamento de Atenção Primária a Saúde, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). E-mail: maria.alvim@usp.com.

a associação entre multimorbidade e cada comportamento de risco individualmente, sendo eles inatividade física, tabagismo, consumo excessivo de álcool, privação de sono, tempo excessivo de tela e alimentação inadequada.

METODOLOGIA

Incluíram-se participantes com ≥ 20 meses de seguimento e três ou mais questionários curtos de consumo alimentar. Excluíram-se gestantes e indivíduos com dados implausíveis.

Multimorbidade foi definida como autorrelato de ≥ 2 doenças crônicas (cardíacas, diabetes tipo 2, colesterol elevado, hipertensão, depressão, câncer, osteoporose ou obesidade). Avaliaram-se sete comportamentos de risco: tabagismo, inatividade física (4), sono insuficiente (< 7 h), tempo de tela ≥ 4 h, consumo abusivo de álcool (≥ 4 ou 5 doses em uma ocasião no último mês), alto consumo de ultraprocessados e baixo consumo de alimentos integrais vegetais. Criou-se um escore (0 a ≥ 4) com um ponto por comportamento.

Utilizaram-se modelos de odds parcialmente proporcionais para a associação entre multimorbidade e escore de comportamentos e regressão logística para comportamentos isolados. Os modelos foram ajustados por sexo, cor da pele, faixa etária, região de residência, estado civil, estrato socioeconômico, escolaridade e tempo de sono. As análises foram conduzidas no Stata 14.0.

RESULTADOS

A amostra ($n = 22.891$) foi composta majoritariamente por adultos de 30–39 anos (28,0%), casados (58,6%), mulheres (79,3%), brancos (72,1%), de classe B (57,6%), com ensino superior (74,3%) e residentes na região Sudeste (64,3%). A prevalência de multimorbidade foi de 25% e associou-se a idade avançada, estado civil casado, sexomasculino, etnia branca, alta classe socioeconômica, baixa escolaridade e residência no Sudeste.

No modelo bruto, o acúmulo de comportamentos violou o pressuposto de odds proporcionais. No modelo ajustado, não houve violação do pressuposto e a multimorbidade associou-se a um maior escore de acúmulo de comportamentos de risco (OR: 1,85; IC95%: 1,74–1,95).

A multimorbidade associou-se positivamente à inatividade física (OR: 1,57; IC95%: 1,47–1,69), baixo consumo de alimentos integrais vegetais (OR: 1,54; IC95%: 1,42–1,67), alto consumo de ultraprocessados (OR: 1,39; IC95%: 1,28–1,52), tempo excessivo de tela (OR: 1,31; IC95%: 1,21–1,43) e sono insuficiente (OR: 1,27; IC95%: 1,17–1,38). Não houve associação com consumo abusivo de álcool (OR: 1,06; IC95%: 0,97–1,15) ou com tabagismo (OR: 0,93; IC95%: 0,80–1,07).

CONCLUSÕES

Neste estudo, indivíduos com multimorbidade apresentaram maior chance de acumular comportamentos de risco em comparação àqueles sem multimorbidade, incluindo maior consumo

de alimentos ultraprocessados, menor consumo de alimentos integrais de origem vegetal, tempo excessivo de tela no lazer, sono insuficiente e inatividade física. A prevenção desses comportamentos pode representar uma estratégia relevante tanto no manejo clínico quanto na formulação de políticas públicas voltadas à multimorbidade.

Entre as limitações do estudo, destacam-se o desenho transversal, a amostra não probabilística com alta proporção de indivíduos de classe socioeconômica elevada, o viés de autoseleção – uma vez que os participantes são voluntários de uma coorte voltada à investigação de padrões alimentares e saúde – e o possível viés de classificação decorrente do autorrelato das informações.

REFERÊNCIAS

- (1) Skou ST, et al. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers*. 2022 Jul;8(1):48. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4>.
- (2) Furman D, et al. Chronic inflammation in the etiology of disease across the life span. *Nat Med [Internet]*. 2019 Dec ;25(12):1822–32. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-019-0675-0>.
- (3) Chudasama YV, et al. Healthy lifestyle and life expectancy in people with multimorbidity in the UK Biobank: a longitudinal cohort study. *PLoS Med*. 2020;17(9):e1003332. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003332>.
- (4) World Health Organization. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). Geneva: WHO; 2021.

Fontes de financiamento

O estudo NutriNet-Brasil é financiado pelo Ministério da Saúde do Brasil, pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e pela Umane (associação civil, independente, imparcial e sem fins lucrativos que apoia iniciativas de saúde pública no Brasil).

AUTOLESÃO NA ERA DIGITAL: DINÂMICAS SOCIAIS E INTERAÇÕES EM COMUNIDADES DO FACEBOOK

Aline Ferreira Gonçalves¹

Joviana Quintes Avanci

Kathie Njaine

INTRODUÇÃO

A autolesão, também chamada de automutilação, tem aumentado entre adolescentes e jovens, sendo associada a fatores psicológicos, sociais e estruturais. Trata-se de um comportamento intencional de causar danos ao próprio corpo, como cortes, arranhões, queimaduras e pancadas contra si mesmo (1-3). Embora apresente semelhanças com o comportamento suicida, distingue-se pela intencionalidade, métodos, gravidade das lesões e consequências imediatas (1).

O ambiente digital tornou-se central na discussão e compartilhamento da autolesão desde os anos 2000, criando “subculturas de autolesão” em blogs, fóruns e redes sociais (4). Essas comunidades oferecem suporte emocional e estabelecem normas de pertencimento, mas também podem reforçar a prática e ampliar sua aceitação social (5).

Os impactos desse espaço são ambíguos: enquanto alguns relatam que reduz o isolamento e favorece o enfrentamento, outros apontam sua influência na intensificação da autolesão, especialmente pela exposição frequente a discursos que a reforçam como resposta válida ao sofrimento (6,7). A internet ressignificou a autolesão, possibilitando sua transição de um fenômeno puramente psicológico para uma construção social e coletiva (4).

OBJETIVO

Este estudo analisa como a autolesão é retratada em comunidades online do *Facebook*, considerando as interações, as narrativas produzidas e sua relação com aspectos estruturais e determinantes sociais da saúde mental dos jovens. Busca-se compreender de que forma esses espaços influenciam a construção de significados sobre a autolesão e as dinâmicas presentes nas interações.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em ambiente digital, utilizando observação online para identificar discursos, interações e representações sociais (8,9). Foi adotada a estratégia *lurking*, que consiste na observação silenciosa sem interação com os participantes, garantindo mínima interferência externa (10). O Facebook foi escolhido por abrigar grupos sobre autolesão com ampla interação (11). A seleção ocorreu por busca exploratória com a palavra-chave “automutilação” e critérios como perfil

¹ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: aline.fg20@yahoo.com.br

público, alta frequência de postagens e no mínimo 4 mil seguidores.

A pesquisa ocorreu entre agosto/2017 e novembro/2019. O roteiro de observação analisou interações, temas críticos, expressões nativas e dinâmicas de acolhimento ou hostilidade. Postagens foram registradas por *print screen* e categorizadas conforme Bardin¹². Os perfis foram anonimizados, e as comunidades nomeadas “Meu Diário” e “Lâmina”. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP/Fiocruz (CAAE: 59643622.4.0000.5240), seguindo a Resolução nº 510/2016.

RESULTADOS

As comunidades analisadas configuraram-se como espaços de troca sobre a autolesão. O grupo **Meu Diário** destaca-se pelo acolhimento e partilha de experiências, funcionando como um diário coletivo, onde os participantes compartilham narrativas pessoais. Essa dinâmica favorece interações de apoio, mas também manifestações de hostilidade. Já a comunidade **Lâmina** apresenta um tom mais sombrio, com menções recorrentes ao suicídio e compartilhamento frequente de imagens de ferimentos.

As interações evidenciam a ambivalência desses espaços: enquanto promovem suporte emocional e pertencimento, também normalizam a prática e, em alguns casos, incentivam a exposição dos ferimentos. Há uma forte tensão entre discursos que desaprovam a exibição da autolesão e aqueles que a validam como alívio e pertencimento identitário. Temas tabus, como o direito ao próprio corpo e à autolesão, são amplamente debatidos (13,6).

Os relatos indicam múltiplas motivações para a autolesão, incluindo rejeição, conflitos familiares, *bullying*, insatisfação com a imagem, dificuldades acadêmicas, depressão e bulimia. A dor surge como um elemento central, funcionando como meio de expressão e alívio emocional⁵. O **gênero** emerge como um fator relevante: jovens mulheres predominam, expressando sofrimento e buscando apoio, enquanto os homens frequentemente invalidam essas experiências com discursos agressivos (14).

A influência cultural é marcante, com referências a músicas e estéticas underground, reforçando a construção de subculturas online. O compartilhamento de imagens de cortes e cicatrizes fortalece tanto a glamorização da prática quanto seu uso como meio de comunicação do sofrimento (15,16). Os **administradores** exercem papel central, moderando postagens e, em alguns casos, incentivando a prática da autolesão. O anonimato e o uso de *nicknames* garantem maior liberdade de expressão, permitindo que os participantes compartilhem suas dificuldades sem medo do estigma (17).

Há migração para espaços mais privados, como *WhatsApp* e *Messenger*, em busca de sigilo e interações mais próximas. Essa movimentação para ambientes menos acessíveis a quem não compartilha da experiência reforça a fluidez do ambiente digital (18). Além disso, estratégias de enfrentamento, como o “Projeto Borboleta”, são compartilhadas, mas muitos relatos demonstraram a dificuldade em interromper a prática, frequentemente descrita como um ciclo de alívio e arrependimento (19, 20).

CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES

As comunidades analisadas funcionam como espaços de apoio e pertencimento para jovens em sofrimento, permitindo a livre expressão sobre temas tabus, mas também favorecendo a aceitação da autolesão e a aprendizagem social desse comportamento. Nesses ambientes, a autolesão assume múltiplos significados: alívio, prazer, vício e pertencimento, frequentemente associados à cultura juvenil e à transgressão de normas sociais.

A ausência de mediação profissional e a presença de discursos de hostilidade e incitação ao suicídio representam riscos significativos, especialmente para jovens em maior vulnerabilidade. A migração para espaços privados sugere um aprofundamento dessas dinâmicas, tornando mais difícil a identificação de conteúdos que reforçam comportamentos autodestrutivos (18).

A principal limitação do estudo foi a análise restrita a grupos públicos do Facebook, sem delimitação precisa da faixa etária dos participantes. Pesquisas futuras devem investigar a saúde mental dos usuários desses espaços e propor estratégias de prevenção e intervenção, promovendo suporte qualificado e mecanismos de proteção no ambiente digital.

REFERÊNCIAS

- (1) Walsh BW. Treating self-injury. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012.
- (2) Aratangy EW, Russo LF, Giusti JS, Cordás TA. Como lidar com a automutilação: guia prático para familiares, professores e jovens que lidam com o problema da automutilação. 3ª ed. São Paulo: Hogrefe; 2018.
- (3) Aragão Neto CHA. Autolesão sem intenção suicida e sua relação com a ideação suicida [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2019.
- (4) Adler PA, Adler P. Self-injury in cyberworld. Contexts. 2012;11(1):59-61.
- (5) Adler PA, Adler P. The tender cut: inside the hidden world of self-injury. New York: New York University Press; 2011.
- (6) Harris IM, Roberts LM. Exploring the use and effects of deliberate self-harm websites: an internet-based study. J Med Internet Res. 2013;15(12):e285. DOI: 10.2196/jmir.2802
- (7) Eichenberg C, Schott M. An empirical analysis of internet message boards for self-harming behavior. Arch Suicide Res. 2017;21(4):672-86. DOI: 10.1080/13811118.2016.1259597
- (8) Fragoso S, Recuero R, Amaral A. Métodos de pesquisa para internet. Porto Alegre: Sulina; 2011. (Coleção Cibercultura).
- (9) Deslandes S, Coutinho T, O'Donnell JG. Pesquisa social em ambientes digitais: questões teórico-metodológicas. In: 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. Disponível em: https://ciaiq.org/wp-content/uploads/2019/03/PainelDiscussao15_CIAIQ2019_PesquisaSocialAmbDigitais_PT_DeslandesCoutinhoODonnell.pdf. Acesso em: 2 fev. 2022.
- (10) Polivanov B. Etnografia virtual, netnografia ou apenas etnografia? Implicações dos conceitos. Esferas. 2013;2:61-71.

- (11) DataReportal. Digital 2021: global overview report. Disponível em: <https://datareportal.com/reports/digital-2021-global-overview-report>. Acesso em: 13 out. 2022.
- (12) Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
- (13) Whitlock JL, Powers JL, Eckenrode J. The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury. *Dev Psychol.* 2006;43:407-17. DOI: 10.1037/0012-1649.42.3.407
- (14) Gonçalves J, Silva E. Automutilação, gênero, sexualidade e escola. In: Ribeiro PRC, Magalhães JC, organizadores. Debates contemporâneos sobre educação para a sexualidade. Rio Grande: Editora da Universidade Federal do Rio Grande; 2017. p. 233-48.
- (15) Assumpção AP. O discurso da falta e do excesso: a automutilação [dissertação]. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas; 2016.
- (16) Westerlund M. Talking suicide: online conversations about a taboo subject. *Nordicom Rev.* 2013;34:35-46.
- (17) Bragazzi NL, Parigi D, Pezzoni F, Del Puente G. A content analysis of Italian NSSI websites. *Procedia Soc Behav Sci.* 2013;103:19-27.
- (18) Madianou M, Miller D. Polymedia: towards a new theory of digital media in interpersonal communication. *Int J Cult Stud.* 2013;16:169-87. DOI: 10.1177/1367877912452486
- (19) Silva AC, Botti NCL. Uma investigação sobre automutilação em um grupo da rede social virtual Facebook. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2018;14(4):203-10. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000355>
- (20) Whitlock J. Self-injurious behavior in adolescents. *PLoS Med.* 2010;7:e1000240. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000240>

CAMBIOS Y CONTINUIDADES EN LOS DISCURSOS EMERGENTES SOBRE EL CUIDADO EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS DE LA COVID-19

Jordi Bonet-Martí¹

INTRODUCCIÓN

La pandemia de la COVID-19 generó un contexto de excepcionalidad que tensionó las formas socialmente organizadas del cuidado. A pesar de las expectativas de avance en la democratización del cuidado tras el ciclo de movilizaciones feministas en el periodo 2017-2019, durante el confinamiento domiciliario se produjo un refuerzo de los discursos tradicionales y una intensificación de las cargas de cuidado sobre las mujeres. (1)

En este trabajo se analizan los cambios y continuidades en los discursos emergentes sobre el cuidado a partir del análisis de un corpus de entrevistas a mujeres cuidadoras en diferentes comunidades autónomas del Estado español. El estudio utiliza el análisis del discurso para identificar las configuraciones discursivas dominantes durante la crisis sanitaria, los efectos de la pandemia sobre las prácticas y significados del cuidado, y el modo en que estos discursos se relacionaron con los marcos institucionales, familiares y comunitarios (5).

El análisis evidencia la persistencia de desigualdades de género y territoriales, así como la emergencia de discursos híbridos que articulan elementos del cuidado tradicional, profesionalizado, democratizador e individualizado, mostrando la tensión entre la politización del cuidado y su reabsorción en clave individual y emocional (4).

OBJETIVO

Analizar los cambios y continuidades en los discursos sobre el cuidado entre mujeres cuidadoras durante la pandemia de la COVID-19, identificando configuraciones discursivas, sus transformaciones y la influencia de los marcos sociales e institucionales.

METODOLOGÍA

La investigación se basa en el Análisis Sociológico del Sistema de Discursos (ASSD) (3) aplicado a 29 entrevistas a mujeres con cargas de cuidado residentes en Cataluña, Islas Baleares, País Vasco y Comunidad Valenciana. Las participantes fueron seleccionadas mediante muestreo intencional, con diversidad de perfiles laborales, familiares y comunitarios. Las entrevistas, realizadas en el marco del proyecto RESCUPAN, fueron transcritas y codificadas con el software CATMA. El ASSD permitió reconstruir el sentido del discurso en función de las condiciones sociales de producción y las posiciones

¹ Jordi Bonet Martí es profesor del Departamento de Sociología en la Universidad de Barcelona e investigadora en el grupo de investigación consolidado (SGR) Cópolis, Bienestar, Comunidad y Control Social. E-mail: jordi.bonet@ub.edu

de enunciación. El análisis se centró en identificar configuraciones discursivas sobre el cuidado y sus desplazamientos durante el confinamiento. Se consideraron también las diferencias territoriales, las mediaciones tecnológicas y el papel del autocuidado en los relatos de las entrevistadas.

RESULTADOS

Las entrevistas revelan que el confinamiento fue vivido mayoritariamente como una intensificación de las cargas de cuidado, aunque algunas entrevistadas lo interpretaron como un periodo de reorganización personal y familiar. Se identificaron cuatro discursos principales:

1) Discurso tradicional-familiarista: asume el cuidado como obligación femenina, con fuerte presencia en madres.

2) Discurso modernizador: promueve la profesionalización del cuidado, aunque sin corresponsabilidad masculina.

3) Discurso democratizador: plantea el cuidado como derecho y responsabilidad colectiva (2) visible sobre todo en el País Vasco.

4) Discurso híbrido: combina elementos de los anteriores y articula el cuidado como atención mediada tecnológicamente y como gestión emocional, dando lugar a una forma individualizada del autocuidado.

Los resultados muestran que la pandemia no impulsó un avance generalizado del discurso democratizador. Solo algunos grupos (monomarentales, trabajadoras sexuales) experimentaron un giro en esa dirección, probablemente por la vinculación con redes de cuidado comunitario. El análisis territorial evidencia diferencias: en el País Vasco se destacan redes comunitarias, en Cataluña el papel del vecindario; en Baleares y Valencia, dificultades para acceder a recursos públicos. En todos los casos, persiste la feminización del cuidado y la dependencia del mercado ante la insuficiencia del Estado.

CONCLUSIONES

La pandemia reafirmó la centralidad del trabajo de cuidados en manos de las mujeres, sin generar una transformación estructural de su organización (6). El discurso sanitario hegemónico identificó el cuidado como una responsabilidad individual. Aunque, emergieron discursos que revalorizan el cuidado, estos coexistieron con narrativas tradicionales y formas individualizadas centradas en el autocuidado emocional. El discurso democratizador apareció como horizonte deseable, pero limitado en su implementación (1).

El estudio muestra como las diferencias territoriales en acceso y organización del cuidado deben ser consideradas en el diseño de políticas públicas sociosanitarias. Asimismo, el discurso híbrido plantea nuevos desafíos para la politización del cuidado desde una perspectiva feminista y emancipatoria.

REFERENCIAS

- (1) Camps Calvet C, Bonet-Martí J, Bernat Molina I. The social reproduction crisis during the COVID-19 pandemic in Barcelona: potentialities and limitations. *Crit Criminol*. 2024;32:171-84. DOI: 10.1007/s10612-023-09739-z.
- (2) Comas Argemir D. Cuidados y derechos: el avance hacia la democratización de los cuidados. *Cuad Antropol Soc*. 2019;46:13-29. DOI: 10.34096/cas.i49.6190.
- (3) Conde F. Análisis sociológico del sistema de discursos. Madrid: Cuadernos Metodológicos CIS; 2009.
- (4) Razavi S. The political and social economy of care in a development context: conceptual issues, research questions and policy options. Geneva: UNRISD; 2007.
- (5) Rodríguez Ruíz B. El discurso del cuidado: propuestas (de)constructivas para un estado paritario. Valencia: Tirant lo Blanch; 2019.
- (6) Sagastizabal M. La triple presencia: cuidados, empleo y participación sociopolítica. Tafalla: Txalaparta; 2024.

CLAVES PARA UNA PERSPECTIVA HISTÓRICO-TERRITORIAL DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LOS PROCESOS SALUD-ENFERMEDAD-CUIDADO-MUERTE

Liliana Henao-Kaffure¹

Elis Borde²

Juan Carlos Eslava-Castañeda³

Mario Hernández-Álvarez³

INTRODUCCIÓN

El campo de la salud ha sido históricamente un campo en disputa no solo por su complejidad intrínseca y la especialización creciente de sus saberes, sino también por los intereses que entran en juego. A lo largo del siglo XX, la separación entre medicina y salud pública configuró un modelo de acción sanitaria funcional, no exento de tensiones. En América Latina, la Medicina Social (MS) emergió como una postura crítica frente a esta división, ampliando el debate sobre los supuestos ontológicos, epistemológicos y políticos que orientan la comprensión de problemas y las estrategias de intervención en salud (1).

Desde esta tradición, la Medicina Social y Salud Colectiva Latinoamericana (MS-SCL) ha incorporado nuevas perspectivas críticas como el feminismo, el ambientalismo y la decolonialidad, entre otras. Nuestro trabajo se inscribe en este debate, transitando de un enfoque histórico-social hacia una perspectiva histórico-territorial, con el objetivo de aportar mayor complejidad al análisis del proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte y de las inequidades sanitarias. A través de esta propuesta en construcción, buscamos fortalecer los fundamentos teóricos de la MS-SCL y contribuir a un diálogo necesario y transformador.

OBJETIVO

El objetivo de este ensayo es presentar la perspectiva crítica histórico-territorial, destacando la historicidad, territorialidad y complejidad de los procesos de salud-enfermedad-cuidado-muerte. A partir de una revisión teórica, se analizan las dinámicas sociales, políticas y espaciales que configuran estos procesos, y se enfatizan su carácter relacional e inserción en la trayectoria crítica de la MS-SCL.

1 Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia (UNAL), Bogotá.

2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte.

3 Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia (UNAL), Bogotá.

METODOLOGIA

La perspectiva crítica histórico-territorial de la determinación social es presentada a partir de una revisión de las disputas contemporáneas en el campo a partir de tres momentos clave: [1] la transición de la teoría unicausal del germen a la biomedicina y la epidemiología multicausal de factores de riesgo; [2] el debate entre la biomedicina y la perspectiva de los determinantes sociales de las inequidades en salud; y [3] la ruptura propuesta desde la MS-SCL en torno al abordaje de la determinación social.

RESULTADOS

Con el abordaje de la determinación social de los procesos salud-enfermedad-cuidado y muerte, la MS-SCL ha consolidado un enfoque crítico frente a perspectivas reduccionistas en salud, que permite la construcción de marcos epistemológicos y praxiológicos desde la integración de las ciencias sociales y diálogos con el feminismo, la ecología política, la economía política y la geografía crítica. Nuestra investigación profundiza en la perspectiva histórico-territorial de la determinación social, entendiendo que los procesos sociales, incluido el de salud-enfermedad-cuidado y muerte, se configuran en una matriz de relaciones en transformación constante. En este sentido, historia y territorio conforman una unidad inseparable donde las dinámicas de salud no emergen en un vacío social, sino en una trama conflictiva de relaciones de poder historizadas y territorializadas que moldean los modos de vida y así los procesos salud-enfermedad-cuidado y muerte. Sostenemos que tales procesos están anclados en la relación sociedad-naturaleza, la cual, bajo el capitalismo, ha legitimado la mercantilización de la vida y naturalizado la explotación y expropiación de seres humanos, animales y ecosistemas a nombre del crecimiento económico. La caracterización de esta relación permite romper con los preceptos individualistas y aditivos, así como problematizar las continuidades y rupturas, junto con las dinámicas histórico-territoriales de resistencia y re-existencia, que configuran procesos tanto protectores como perjudiciales para la salud. En este ejercicio se revela que los procesos de determinación social son dialécticos y se (re)producen simultáneamente en tres dominios —general, particular y singular—, en que los niveles más complejos sobredeterminan los de menor complejidad (2).

CONSIDERACIONES

Desde una perspectiva histórico-territorial, proponemos analizar la determinación social considerando el territorio como un espacio en disputa histórica, producto-productor de relaciones de poder en múltiples escalas y temporalidades. Proponemos integrar la tríada territorio-territorialidad-territorialización como eje de análisis en estudios sobre la determinación social (3). La lente histórico-territorial permite materializar y evidenciar el devenir, así como la reproducción de modos de vida y relaciones naturaleza-sociedad propias de los territorios que determinan los procesos de vivir, enfermar, cuidar y morir. El abordaje histórico-territorial de la determinación social no solo amplía la mirada analítica, sino que aporta herramientas para la transformación social al permitir identificar en clave histórica y articular dispositivos y actores protectores de la salud en los territorios, incluyendo movimientos sociales, acciones colectivas y políticas públicas.

REFERENCIAS

- (1) Breilh J. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: ciencia ética y valiente en una civilización malsana. QuitoMéxicoBuenos Aires: Universidad Andina Simón Bolívar / Universidad Nacional Autónoma de México; 2023. 368 p.
- (2) Borde E, TorresTovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde Debate. 2017;41(spe2):264–275. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S222>
- (3) PortoGonçalves CW. De caos sistêmico e de crise civilizatória: tensões territoriais em curso. Revista da Casa da Geografia de Sobral. 2020;22(2):103–132. DOI: <https://doi.org/10.35701/rcgs.v22n2.687>

CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DE ESTRATEGIA DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON EXPERIENCIA DE VIDA TRANS QUE CONVIVEN CON VIH. BUSCANDO LA EQUIDAD

Yeymi Acevedo Ninco¹

Eliana Maria Quintero Trujillo¹

Manuel Fernando Lozano Nivia²

Olga Patricia Melo Barbosa³

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

Las personas con experiencia de vida trans presentan grandes desafíos para su desarrollo efectivo y libre; atender necesidades básicas como acceso al trabajo, vivienda y servicios en salud, los obliga a superar barreras como el estigma, discriminación, desconocimiento social, violencias y la ausencia de enfoques diferenciales en su atención. Ello socava sus posibilidades de ser, de participación social y de fortalecimiento personal y colectivo, limitando su autocuidado (1). En Colombia, la población trans presenta múltiples vulneraciones que van más allá de tener o no VIH (2); la exposición constante a riesgos incluidos la exposición a este virus, hace que sean doblemente estigmatizados. La convivencia con VIH para efectos del presente estudio, se refiere al riesgo de exposición al virus, no a portarlo, por lo tanto, es imperativo reconocer las experiencias, significados, y creencias como punto de partida para establecer estrategias de autocuidado de las personas con experiencia de vida trans, quienes deben resistir y superar múltiples barreras.

OBJETIVO

Co-construir y desarrollar participativamente una estrategia de autocuidado en un grupo de personas con experiencia de vida trans que conviven con VIH en la ciudad de Neiva Huila.

METODOLOGÍA

Investigación acción participación (IAP)(3) por fases: exploratoria, planificación, acción y reflexión. La población fueron personas con experiencia de vida trans que convivían con VIH de la ciudad de Neiva (Colombia). El muestreo por criterio, obtuvo una muestra de 11 personas. La recolección de la información en fase exploración aplico encuestas dirigidas y entrevistas en profundidad para la identificación de categorías de autocuidado. En la fase de planeación se realizaron círculos de palabra, cartografía corporal individual y colectiva para validar participativamente las categorías emergentes.

1 Universidad Surcolombiana. Facultad de Ciencias de la Salud. Neiva, Huila- Colombia. E-mail: yeymian2024@gmail.com

2 Organización de base comunitaria Severa Flor. Neiva, Huila- Colombia.

3 Universidad Antonio Nariño. Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia

Respecto a la fase acción se incluyó la exploración corporal, la introspección y el juego de roles en la co-creación de estrategias participativas. En la fase de reflexión se presentó una pieza audiovisual que sirvió de ruta para consolidar el autocuidado colectivo de las personas trans en Neiva. En cada fase se obtuvo el consentimiento de las personas participantes para grabar, transcribir y procesar la información. Para el análisis se empleó Atlas TI Version23 y análisis reflexivo con las personas participantes.

RESULTADOS

De la fase exploratoria se identificaron tres categorías centrales del autocuidado: los significados, creencias y experiencias a su alrededor, moduladas por la edad y tipo de tránsito: social, jurídico y médico (4). En la fase de planeación se validaron subcategorías que trascendieron la individualidad y emergieron subcategorías colectivas: *la identidad de género trans, el autocuidado del cuerpo deseado, la sexualidad, la salud mental, lo colectivo, la ocupación y lo espiritual*.

Las personas participantes propusieron y consolidaron de común acuerdo en la fase acción estrategias que potenciarían su autocuidado en cuatro grandes estrategias a saber: el fortalecimiento de su salud mental, la co-construcción de rutas para cambio de nombre -sexo/género- identitario y para la hominización/cambios corporales/reasignación de sexo; el conocimiento y fomento de mecanismos de participación social y medios de exigibilidad de derechos; y finalmente la agrupación como colectivo de personas trans mediante la figura de “organización o fundación trans”, que sirviera en la exigibilidad de sus derechos y visibilidad social, estableciendo acuerdos iniciales de lo que se consolidaría como la primera organización TRANS del municipio Neiva.

Respecto a la fase de reflexión, el proceso se realizó transversalmente en cada etapa de la puesta investigativa. Producto de este ejercicio, se realizó una pieza audiovisual tipo videoclip sobre el autocuidado de las personas trans desde una visión mas amplia que supera la individualidad y la corporalidad asociada al género diverso trans.

CONCLUSIONES

El autocuidado para las personas trans que conviven con VIH debe abordarse desde nuevas perspectivas, comprender las formas de construir salud, transcender el individualismo y respetar los significados, creencias y experiencias que lo configuran. Reconocer que cambia según la edad y el tipo de tránsito y las formas de interacción, en busca de la identidad trans, modulan el autocuidado del cuerpo, la sexualidad, la salud mental, lo colectivo, la ocupación y lo espiritual en las personas trans.

Las metodologías participativas favorecen la inserción y exploración de nuevas técnicas y métodos de investigación, que propician el dialogo de saberes, la comprensión respetuosa y propositiva de realidades poco reconocidas. Este estudio identificó cuatro estrategias de autocuidado: integrar la salud mental, la participación social en la elaboración de rutas que afirmen la identidad trans, el conocimiento y fomento de mecanismos de participación y exigibilidad de derechos y la organización trans, y el “junte” como la más potente estrategia de resistir por el autocuidado individual y colectivo.

REFERENCIAS

- (1) Wanta JW, Unger CA. Review of the transgender literature: where do we go from here? *Transgend Health* . 2017 jul 1;2(1):119-28. DOI: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/trgh.2017.0004>
- (2) Ramos-Jaraba SM, Berbesí-Fernández DY, Bedoya-Mejía S, Molina-Estrada AP, Martínez-Rocha A, Segura-Cardona ÁM, et al. Factores asociados a la percepción de vulnerabilidad al VIH en mujeres transgénero de tres ciudades de Colombia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2021 abr 1 [citado 2025 abr 14];38(2):232-9. Disponible em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342021000200232
- (3) Colmenares AE. Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. *Rev Latinoam Educ*. 2023;3(1):102-15.
- (4) Evans S, Crawley J, Kane D, Edmunds K. The process of transitioning for the transgender individual and the nursing imperative: a narrative review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2021 dez 1;77(12):4646-60. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14943>

CONTENCIÓN PRESERVACIÓN Y ACCIÓN DEFINIENDO EL PASO DE LOS SUEÑOS A LA ACCIÓN EN LUCHA CONTRA LAS INEQUIDADES SOCIALES EN SALUD

Mantini-Briggs, Clara¹

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

Este ensayo es el resumen del trabajo realizado desde el Centro de Estudios Críticos de la Salud de las Comunidades Latinx. Desde allí estamos realizando entrevistas con el fin de documentar las historias orales testimonios claves de la historia de la apertura y ampliación de los servicios médicos de salud para las comunidades Latinx en el estado de California en los Estados Unidos. Todo se inicia con la necesidad de saber de la experiencia de aquellos que quedaron relegados de la historia conocida de los movimientos sociales de los 1960s, sus líderes, sus propósitos, sus luchas y sus logros pero no menos importante sus seguidores los que a fuerza de padecer las inequidades desde su seno familiar, comunitario e individual, pasaron de la contención al instinto de preservación como barrera a la lucha social y al sobrepasar dicha barrera se convirtieron en seguidores, héroes anónimos de la historia contada en instituciones educativas y aún en muchos casos, sin l@s líderes que les inspiraron y motivaron a enlistarse en una lucha por lograr reivindicaciones de sus derechos sociales, una gran mayoría de ell@s, siguen en sus actuales tardíos 1980s luchando por el futuro anhelado, La justicia social en salud enmarcada en la premisa de Pasar de los Sueños a la Acción.

OBJETIVO

Nuestro propósito es develar la historia no contada de la apertura del acceso a la salud para las comunidades Latinx en el estado de California y visibilizar la historia y experiencias de los héroes y heroínas anonim@s que con su fidelidad a la causa de luchar por los derechos laborales y la justicia en salud, siguen su trabajo en el ocaso de sus vidas sin rendirse en lo que les ha dado el sentido de seguir adelante en loables ejemplos de pasar de los sueños a la acción.

METODOLOGÍA

De 100 entrevistas planificadas contamos hasta ahora unas 60s entrevistas realizadas de las cuales hemos publicado 11 en un archivo digital que será de acceso gratuito y permanente en un sitio de preservación de documentos en la Biblioteca de la Universidad de California Berkeley. Para los entrevistados seleccionamos los fundadores de las clínicas establecidas por movimientos Latinx y sus empleados contemporáneos. También hemos entrenado a 36 estudiantes de pregrado como Asistentes de Investigación adiestrados en técnicas de transcripciones, codificación, investigación, entrevistas, metadata y archivo digital. Incentivamos en esos estudiantes en su mayoría primera generación de

1 Centro de Investigaciones Latinas, Universidad de California, Berkeley. E-mail: cmantini-briggs@berkeley.edu

familias latinas accediendo a estudios superiores sobre el sentido del derecho al estudio en institutos de educación superior y a no ser víctimas del sentido de no pertenencia y desarraigo en las universidades que les lleva al fracaso o una lucha racial y económica desigual para lograr el éxito en sus ansias de profesionalismo.

RESULTADOS

Los líderes que entrevistamos eran nacidos de padres mexicanos viviendo por años en el estado de California y teniendo el común denominador de haber segunda generación de trabajadores míseramente asalariados y explotados en los campos de agricultura en la California de los años de los movimientos sociales. El régimen de los señores dueños de los campos de las empresas agrícolas industriales sentenciaba a las comunidades latinas y de otras minorías raciales como afroamericanos y filipinos entre otras a una discriminación, segregación y explotación perpetua que les condenaba a la pobreza extrema acompañada de los abusos licenciados por la misma discriminación impuesta desde la negación de los derechos al acceso a la salud. Este factor que acabó por desencadenar acciones que llevaron a la consolidación de sueños como la creación y amplificación del acceso a los servicios de salud para la comunidad latina de calidad, económicamente accesible y culturalmente apropiada. Durante la pandemia del Covid-19, este sistema que limita el acceso a los servicios de salud para las minorías raciales dejó en evidencia sus deficiencias tanto en el acceso como en la atención de salud a los Latinx y otras minorías por cuanto la mayoría de las muertes se evidenciaron en los cuerpos de inmigrantes en su mayoría latinos y afro-americanos en una denominación de trabajadores esenciales” como aquellos que se desempeñaban en trabajos de procesamiento de carnes, en procesadoras y enlatadoras de alimentos y los agricultores, eventos por demás notorios y comunicacionales en las redes sociales, noticieros, libros y artículos académicos.

CONCLUSIONES

Las desigualdades e inequidades en salud en los Estados Unidos se encuentran por razones diferentes de las carencias de tecnología y avances en el campo de la medicina, sino basadas en la pobreza racializada, legalizada, segregada y discriminada. Las políticas del actual gobierno federal de EE.UU. amenaza con empeorar las condiciones actuales. Sin embargo, registros de entrevistas con líderes de los esfuerzos de los grupos “Chicano” (1) y Afroamericanos (2) en los 1960s y 1970s manifiestan que las luchas en contra de la discriminación y la explotación son capaces de crear sueños de justicia en salud y otras esferas y, a través de movimientos sociales enriquecidos por nuevos profesionales basados en las clases oprimidas, pueden derribar las contenciones y entender que la verdadera preservación de nuestra humanidad se basa en producir acciones capaces de crear sistemas alternativas de salud.

REFERENCIAS

- (1) De la Rocha C, Bontá DM, García JJ, Hayes-Bautista DE. The Chicano boom: healing California 1965–1985. Los Angeles: AltaMed; 2019.
- (2) Nelson A. Body and soul: the Black Panther Party and the fight against medical discrimination. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2013.

CUIDAR-SE E SER CUIDADA: GESTANTES NA PANDEMIA DE COVID-19

Thaís Sayuri Yamamoto¹

Claudia Bonan

Vania de Matos Fonseca,

Andreza Pereira Rodrigues

Ana Paula dos Reis

APRESENTAÇÃO

No início de 2020, a pandemia de Covid-19 desencadeou uma crise sanitária e social de abrangência mundial. A partir de então, foram iniciadas medidas de proteção, como distanciamento social, proibição de aglomerações, uso de máscaras, entre outras, para prevenir o contágio pelo vírus SARS-CoV-2.

Logo após o decreto da emergência sanitária mundial, a Organização Mundial de Saúde recomendou a manutenção de serviços de saúde sexual e reprodutiva, considerados essenciais (1). Seguindo orientações internacionais, o MS incluiu todas as gestantes e puérperas no grupo de risco e a Coordenação de Saúde da Mulher lançou nota técnica para orientar e garantir o funcionamento desses serviços, incluindo o acesso a métodos contraceptivos e aborto legal. Contudo, o próprio Presidente da República foi contra a medida, ordenou a suspensão da nota e os técnicos responsáveis foram exonerados.

Estudos mostraram que as consequências foram nefastas para a vida reprodutiva das mulheres, com barreiras para acessar cuidados no pré-natal, parto e puerpério e comprometimento da qualidade da atenção ofertada durante os anos mais críticos da pandemia (2,3). Houve um aumento vertiginoso na razão de mortalidade materna no Brasil, além do comprometimento da saúde mental e das condições de cuidado das mulheres que gestaram durante a pandemia.

OBJETIVO

Este trabalho apresenta resultados de um estudo realizado com mulheres que gestaram entre os anos de 2020 e 2021, período que recobre fases distintas da pandemia de Covid-19. Seu objetivo foi compreender como a crise sanitária e social – com seus impactos sobre serviços de saúde, trabalho, vida doméstica e social – afetou a vivência e as condições de cuidado dessas mulheres, durante a gestação.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo desenvolvido com material da pesquisa “Pandemia de Covid-19 e práticas reprodutivas de mulheres no Brasil”, realizada entre 2021 e 2023, pelo Grupo de Pesquisa Gênero,

¹ Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunitária da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. E-mail: tsyamamoto@gmail.com

Reprodução e Justiça (RepGen). Na primeira fase, houve a circulação nacional de questionário online, respondido por 8313 mulheres, de 18 anos ou mais, entre julho e outubro de 2021. Dessas, 674 mulheres estiveram grávidas em algum período da pandemia e, dessas, 324 haviam tido partos.

Na segunda fase, foram realizados estudos qualitativos com subgrupos de mulheres respondentes, para compreender as vivências de situações específicas de saúde reprodutiva. Este trabalho apresenta os resultados do estudo de narrativas realizado a partir de 31 entrevistas em profundidade com mulheres que gestaram e pariram em algum momento da pandemia de Covid-19.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sob o CAAE 39133020.8.0000.5091, e foram cumpridos os princípios éticos em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A gravidez não foi planejada pela maioria das mulheres da pesquisa. O medo foi sentimento citado em todas as entrevistas, manifestado de várias formas: medo de morrer, de abortar, da criança nascer doente ou morrer, de se contaminar e passar a doença para outros, de perder familiares por Covid-19.

Houve relatos de dificuldade de acesso aos serviços de saúde entre mulheres que viviam em cidades do interior ou periferias, mas não nos grandes centros. Particularmente no primeiro ano, a percepção das mulheres estudadas foi de piora da qualidade do acompanhamento pré-natal, causada pelas medidas de prevenção contra a Covid-19.

Resultados deste estudo vão ao encontro da literatura produzida sobre as condições de cuidado no ciclo gravídico-puerperal no período pandêmico (4,5). Para as entrevistadas que haviam vivenciado gestações antes da pandemia, no processo de cuidar-se e ser cuidada, eram esperadas preocupações e medos quanto à saúde do feto, bem como desafios em relação ao acesso e à qualidade da assistência, particularmente nos serviços públicos. Porém, a atmosfera de medo e insegurança provocada pela irresponsabilidade das ações do governo federal e pela disseminação de notícias falsas, aliada à desinformação por parte dos profissionais de saúde, tiveram um impacto deletério inefável na vida dessas mulheres.

A pandemia ampliou e acentuou as desigualdades no que diz respeito à divisão sexual do trabalho. Os efeitos da pandemia de Covid-19 sobre a cotidianidade, a sociabilidade e o trabalho das mulheres se desdobraram em sobrecarga, exaustão, insegurança, solidão, medo e angústia, com imensas repercussões físicas e psicoemocionais para as gestantes. Mulheres negras, pobres e periféricas sofreram com o agravamento de vulnerabilidades pré-existent.

CONCLUSÕES

O presente estudo joga luz sobre os modos como as condições de cuidados de mulheres gestantes

foram afetadas, segundo dinâmicas epidemiológicas da pandemia, em suas várias fases; pelas respostas governamentais caóticas à crise sanitária; pela ausência ou imprecisão das informações prestadas por parte de profissionais de saúde e governo federal; pelas diferenças de acesso aos cuidados, de acordo com a utilização de serviços de saúde públicos ou privados, e conforme residência em capitais e grandes centros ou interior e áreas rurais; e, por fim, pelas desigualdades de gênero, classe e raça.

A aprovação da Política Nacional de Cuidados e o mergulho no conhecimento sobre a vivência da gestação durante a pandemia de Covid-19 comprovam a necessidade de valorizar o trabalho do cuidado e compartilhá-lo, em todas as suas dimensões, para reorganizar a reprodução social da vida e superar as crises que espreitam nossos horizontes - sanitárias, climáticas, econômicas e sociais.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak: interim guidance, 2020 Mar 25. Geneva: WHO; 2019.
- (2) Santos DS, Menezes MO, Andreucci CB, et al. Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black women in Brazil through structural racism lens. *Clin Infect Dis*. 2021;72(11):2068-9. DOI: 10.1093/cid/ciaa1066
- (3) Bonan C, Menezes G, Almeida MCC, et al. Direitos frágeis e desigualdades aprofundadas: atenção à saúde de mulheres gestantes e puérperas na crise socio sanitária da COVID-19. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2024 jul [citado 2025 mar 10]. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/direitos-frageis-e-desigualdades-aprofundadas-atencao-a-saude-de-mulheres-gestantes-e-puerperas-na-crise-socio-sanitaria-da-covid19/19309>
- (4) Almeida MO, Portugal TM, Assis TJCF. Pregnant women and COVID-19: isolation as a physical and psychic impact factor. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2020;20(2):599-602. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200015>
- (5) Zamarro G, Prados MJ. Gender differences in couples' division of childcare, work and mental health during COVID-19. *Rev Econ Househ*. 2021;19(1):11-40. DOI: 10.1007/s11150-020-09534-7

DEL GUARAPO A LA JUSTICIA SOCIAL: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN TROCHE

Agüero, Beatriz¹

Aquino Cardozo, Marcela de Jesús²

Lima Pereira, Patricia³

Mendoza Báez, Evelyn Maricel⁴

Pérez Quintana, Pedro Gabriel⁵

Ritter Simón, María de Jesús⁶

Scalamogna Paredes, Mercedes Panambí⁷

INTRODUCCIÓN

El proceso salud-enfermedad es una construcción histórica y social que no puede comprenderse solo desde una perspectiva biológica o individual (1). La salud, más que un estado, es un fenómeno colectivo que refleja las dinámicas sociales, económicas y culturales en que viven las personas (2). Así, el enfoque biomédico tradicional resulta insuficiente para explicar cómo las condiciones de vida influyen en la salud de los pueblos. Desde la epidemiología crítica, se propone una lectura compleja que integra factores sociales, económicos, políticos y territoriales, reconociendo que la salud está determinada por las relaciones de producción, el trabajo, el género, la clase y la etnia (3).

Este enfoque permite cuestionar las desigualdades estructurales que afectan a poblaciones enteras, considerando que la enfermedad también puede ser un marcador ideológico (4). Por tanto, es necesario incorporar categorías como clase social y reproducción social, que permiten observar cómo se generan y reproducen las desigualdades (5). El estudio del proceso salud-enfermedad debe abordarse desde una mirada integral, crítica y transformadora, que articule lo biológico y lo social, en búsqueda de la justicia social. Nuestra pregunta: ¿Cómo inciden las desigualdades sociales, económicas y territoriales en el proceso salud-enfermedad de la comunidad de Troche, y qué potenciales transformadores existen desde la participación comunitaria?

OBJETIVO

Analizar el proceso salud-enfermedad en la comunidad de Mauricio José Troche desde una perspectiva crítica, integrando dimensiones sociales, económicas y políticas. Se busca visibilizar cómo

1 FLACSO Paraguay. E-mail: aguerobea@gmail.com

2 FLACSO Paraguay. E-mail: marcela.aquicar@gmail.com

3 FLACSO Paraguay. E-mail: patricialima@flacso.edu.py

4 FLACSO Paraguay. E-mail: evelynmendoza@flacso.edu.py

5 FLACSO Paraguay. E-mail: pedroperez@flacso.edu.py

6 FLACSO Paraguay. E-mail: matiritter@gmail.com

7 FLACSO Paraguay. E-mail: panamogna@gmail.com

las desigualdades estructurales, territoriales y culturales determinan los perfiles de salud-enfermedad, y promover una planificación participativa que responda a las necesidades reales de la población.

METODOLOGÍA

La intervención se basó en una metodología de investigación-acción, incorporando saberes técnicos y comunitarios. Se aplicaron tres enfoques: Diagnóstico Rápido Participativo, Cartografía Participativa y Teatro del Oprimido durante el segundo semestre del 2024 y enero 2025.

El Diagnóstico buscó generar conciencia comunitaria, promover la participación activa y permitir la planificación autónoma. La Cartografía permitió representar el territorio según sus vulnerabilidades y potencialidades, con mapas comprensibles para la comunidad. El Teatro del Oprimido propició la expresión colectiva de experiencias e injusticias, especialmente entre jóvenes rurales y urbanos, cuyas voces suelen ser desoídas.

Estas metodologías permitieron visualizar las condiciones estructurales que afectan la salud, fortalecer vínculos comunitarios y reconocer a los actores locales como productores de conocimiento sobre su realidad.

RESULTADOS

Mauricio José Troche es una comunidad marcada por la actividad agroindustrial, en especial la caña de azúcar, cuyo procesamiento por la fábrica de alcohol genera efluentes contaminantes. Estos provocan un olor persistente conocido como “guarapo”, que se convierte en símbolo de las desigualdades locales.

Durante el trabajo territorial, se identificaron diversas formas de desigualdad: entre zonas con y sin servicios básicos; entre hablantes de español y guaraní; entre campesinos y trabajadores de la fábrica; entre jóvenes y adultos; entre mujeres y varones.

El “guarapo” se manifiesta como un igualador social: a pesar de diferentes situaciones que ponen en condiciones más o menos adversas a unos que a otros: jóvenes con respecto a adultos; mujeres con respecto a varones; campesinos con respecto a trabajadores de la fábrica. Todos lo padecen, todos lo sienten.

El “guarapo” también se manifiesta como un diferenciador social: porque todos lo llevan a todas partes, como una marca. Cuando salen de la ciudad son señalados por el olor que llevan en la piel.

Mediante el mapeo social, se logró visualizar los determinantes sociales de la salud desde la percepción comunitaria. Las agentes comunitarias, pertenecientes a la comunidad, fueron claves en el diagnóstico y acompañamiento, gracias a su conocimiento del territorio y sus vínculos cercanos con los pobladores. Su rol permitió acortar distancias entre los barrios periféricos y las Unidades de Salud Familiar, y colocar los tiempos y necesidades reales de la comunidad en el centro de la planificación sanitaria.

Estas acciones revelaron no solo las condiciones materiales que afectan la salud, sino también la capacidad organizativa y de transformación social existente en la comunidad.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

El estudio evidencia que la salud-enfermedad no puede reducirse a factores individuales o biológicos. En Troche, la salud está profundamente atravesada por procesos sociales como la reproducción social, las relaciones de producción y las desigualdades estructurales. La metodología empleada permitió articular conocimientos técnicos y populares, generando espacios de escucha, reflexión y acción comunitaria.

La figura de las agentes comunitarias emergió como un puente entre la comunidad y el sistema de salud, revelando su potencial para transformar la atención en salud desde adentro. Reconocer la dimensión política de la salud y los efectos del modelo productivo vigente es clave para repensar políticas públicas inclusivas. Este enfoque invita a seguir construyendo salud colectiva desde el territorio, el cuidado y la justicia social.

REFERENCIAS

- (1) Breilh J. Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud. Universidad Andina Simón Bolívar Corporación Editora Nacional; 2010.
- (2) Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva. 2010;6(1):83-101.
- (3) Laurell AC. Investigación en sociología médica. Revista Salud Problema Primera Época. 1978;1.
- (4) Laurell AC. Investigación en sociología médica. Revista Salud Problema Primera Época. 1978;2.
- (5) Laurell AC. La salud enfermedad como un proceso social. Cuadernos Médico Sociales. 1982;19.

DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DE MULHERES MIGRANTES VENEZUELANAS EM UMA CIDADE DO NORTE DO BRASIL

Leidy Janeth Erazo-Chavez¹
Thaiza Dutra Gomes de Carvalho
Maria do Carmo Leal
Rita Suely Bacuri de Queiroz
Ana Paula Mesquita Schutz
Laura Froes Nunes da Silva
Zeni Carvalho Lamy

INTRODUÇÃO

Em 2020, aproximadamente 287.000 mulheres morreram durante a gravidez e no pós-parto, sendo que quase 95% dessas mortes ocorreram em países de baixa e média renda. A maioria desses óbitos poderia ter sido evitada por meio de assistência qualificada (1). O acesso a cuidados adequados no parto é fundamental para a saúde materna e neonatal, contribuindo para a prevenção de complicações e para a redução da mortalidade. Estudos indicam que mulheres migrantes enfrentam maior vulnerabilidade a desfechos obstétricos adversos em comparação às nativas, apresentando maiores riscos de parto prematuro, recém-nascidos com baixo peso e taxas elevadas de mortalidade perinatal (2, 3).

No Brasil, a intensificação do fluxo migratório, impulsionada pela crise na Venezuela, aumentou a demanda por serviços obstétricos no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo em Manaus, onde se concentra um grande contingente de migrantes. Esse cenário impõe desafios à oferta de cuidados de qualidade, tornando essencial a compreensão das barreiras e das lacunas na assistência ao parto para essa população.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar a prestação de cuidados de saúde a migrantes venezuelanas durante o parto no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa transversal de abordagem mista, realizado com mulheres migrantes venezuelanas em Manaus (AM). O estudo integra um projeto internacional entre uma universidade do Reino Unido e três centros de pesquisa no Brasil. Foram incluídas mulheres de 15 a 49 que tiveram parto no Brasil. No componente quantitativo, utilizou-se *Respondent Driven Sampling*, que consistiu no recrutamento por meio de redes. Foram calculadas frequências absolutas e prevalências relativas com intervalos de confiança de 95%. Todas as análises consideraram a amostragem complexa

¹ Filiação institucional1: Universidade Federal do Maranhão. Filiação institucional2: Universidade Ceuma. E-mail: leidye32@gmail.com

utilizando-se o software SPSS. No componente qualitativo, a amostra foi intencional e o fechamento da amostral se deu pelo critério de saturação dos sentidos. Foram realizadas entrevistas individuais e em grupo. As entrevistas foram analisadas mediante análise temática que seguiu as etapas: Pré-análise, Exploração do material e Interpretação, com suporte do *NVivo*. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão.

RESULTADOS

Participaram do estudo 108 mulheres no componente quantitativo e 39 no qualitativo. A maioria se autodeclarou parda, tinha renda de até um salário-mínimo, um a dois filhos e status migratório temporário ou permanente. Entre aquelas que tiveram parto no Brasil, 98% tiveram gestação única e pariram em maternidades, sendo 58% partos vaginais. Todas tiveram recém-nascidos vivos, mas 14% nasceram prematuros. Sobre a assistência, 95% tiveram acompanhante em algum momento e 91% durante todo o parto. No entanto, 14% relataram complicações maternas e 21% complicações neonatais.

Nas entrevistas qualitativas evidencio o acesso ao parto como um desafio, com relatos de peregrinação entre maternidades devido à classificação de risco. Apesar disso, a maioria elogiou a assistência recebida após a internação, destacando o alívio da dor, o contato pele a pele e a amamentação precoce. Poucas experiências negativas foram citadas e, quando ocorreram, estavam relacionadas à postura de alguns profissionais. Na hospitalização, as mulheres ressaltaram a disponibilidade de medicamentos, alimentação adequada e cuidados ao recém-nascido, incluindo exames e triagem neonatal. Comparando com a Venezuela, destacaram como positivo o fato de não precisarem custear insumos e poderem ter acompanhantes, algo não permitido em seu país. Por outro lado, algumas práticas do Brasil, como o incentivo ao parto normal e a restrição da episiotomia e da manobra de *Kristeller*, foram vistas de forma negativa por algumas mulheres multíparas, refletindo diferenças na assistência ao parto recebido no país de origem.

CONCLUSÕES

A trajetória assistencial das mulheres migrantes venezuelanas durante o parto no Brasil apresentou aspectos positivos e desafios. As entrevistadas, em geral, avaliaram bem a assistência, destacando boas práticas como a presença do acompanhante, o contato pele a pele e o incentivo ao aleitamento materno. No entanto, persistiram dificuldades já presentes no sistema de saúde brasileiro, como a peregrinação materna e à falta de integração entre os serviços. Além disso, a barreira linguística impactou a comunicação entre pacientes e profissionais, influenciando a qualidade do cuidado e a experiência das mulheres durante o parto.

Fonte(s) de financiamento: Este trabalho foi financiado pelo *Economic and Social Research Council* [grant number ES/T00441X/1]; O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) [processos 405050/2024-0, 315493/2023-2 e 150821/2024-7]; Fundação de

Apoio à Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA) [processos PPSUS-01830/20 e BPD-10117/22]

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2023.
- (2) Miranda J, Sanabria MF, Annicchiarico W, Alfieri N, Cortes MS. Maternal and perinatal health among pregnant patients in the context of a migratory crisis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023;163(2):416-22. DOI: 10.1002/ijgo.14991.
- (3) Guarnizo-Herreno CC, Wehby GL. Health of infants born to Venezuelan refugees in Colombia. *J Immigr Minor Health*. 2021;23(2):222-31. DOI: 10.1007/s10903-020-01114-2.

DESAFÍOS PARA LA ENSEÑANZA DE SALUD COLECTIVA EN ESTUDIANTES DE GRADO DE TRABAJO SOCIAL. UNA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

Susan López¹
Virginia Michelli, Virginia
Cecilia Fernández
Carina Scharagrodsky

INTRODUCCIÓN

Se presentan los avances del proyecto de investigación ET001-24 (2024-2027) “Relaciones entre conceptualización sobre “Salud” y el “hacer profesional” de graduadxs recientes en Trabajo Social, acreditado y financiado por la UNLP. Se trata de un estudio de casos de profesionales insertxs laboralmente en establecimientos de salud de la Reg. Sanit. XI, pcia. de Bs.As. entre 2024-26, acreditado y financiado por la UNLP. Dirigido por Susan López y codirigido por Carina Scharagrodsky. El mismo tiene antecedente en el proyecto realizado durante los años 2019-2023, que investigó las Representaciones Sociales en Salud y Trabajo en los estudiantes de 4to año de la carrera de Trabajo Social (TS) antes y después del paso de los mismos por la asignatura Salud Colectiva. Asignatura que adhiere a la perspectiva de Latinoamericana de Salud Colectiva. En continuidad con dicha experiencia, en la investigación en curso, buscamos analizar las implicancias que los conocimientos apprehendidos en la formación universitaria de grado tienen en el hacer profesional de lxs Trabajadorxs Sociales en el campo de la salud. En este trabajo se presentan aspectos teóricos-metodológicos y se sintetizan algunos interrogantes devenidos de las prácticas de enseñanza y el ejercicio profesional en tiempos de cambios socioculturales y post pandemia.

OBJETIVO

Analizar las relaciones entre la formación universitaria de grado sobre salud y el hacer o práctica profesional de egresadxs de la Lic. en Trabajo Social insertos laboralmente en dicho campo.

Nos preguntamos:

- ¿Cuáles son las representaciones sociales sobre salud que predominan en lxs profesionales de reciente graduación insertos en dichos establecimientos?
- ¿Cómo intervienen las construcciones sobre “salud» aprendidas en la formación universitaria de grado en el hacer/Práctica profesional?

1 Instituto de Estudios de Trabajo Social y Sociedad (IETSyS) FTS- UNLP. E-mail: gsusanlopez@gmail.com

METODOLOGÍA

Investigación con diseño cualitativo y corte transversal. Trabajo de campo a realizarse en 2025. Muestra intencional constituida por graduadosxs recientes (entre 3 y 5 años) de TS, sin distinción de sexo, edad ni institución de egreso, que trabajan en establecimientos de salud en La Plata, Berisso, Ensenada y Magdalena de la Pcia. Buenos Aires, Argentina.

Técnicas de relevamiento:

– Entrevistas en profundidad y focus group. El diseño de la entrevista profundiza la relación entre los conocimientos apprehendidos en la formación y la práctica/el hacer para poder conocer las estrategias actuales puestas en juego frente a los desafíos de las intervenciones en salud del Trabajador Social pos pandemia por COVID 19: cambios en los procesos de trabajo, transformaciones en las representaciones sociales de salud tanto de profesionales como de la población, incorporación de la inteligencia artificial, digitalización de historias clínicas junto a demandas diversificadas y complejas que interpelan las formas de atención y cuidado

– Análisis de documentos en salud con relación a planes de estudio y formación en salud de TS de los establecimientos educativos de la Pcia de Buenos Aires y CABA.

RESULTADOS

El relevamiento de la información iniciará en mayo de 2025 y se tendrán resultados parciales para agosto de 2025.

El análisis de los resultados se enmarcan en las categorías teórico conceptuales de la perspectiva latinoamericana de Salud Colectiva que define al proceso Salud Enfermedad Atención Cuidado como un proceso socio histórico, complejo y multidimensional (1).

Se estima que los resultados esperados estarán en consonancia con la formación recibida.

Se considera que la construcción colectiva e interdisciplinaria sobre “salud” es atravesada por relaciones de poder desiguales arraigadas en el modelo de la medicina hegemónica (2). En el hacer, la formación profesional puede tensionar hacia una concepción de salud integral limitando las formas biológicas centradas en el cuerpo que objetalizan al sujeto.

Se considera que el atravesamiento del ámbito laboral y disciplinar, los recursos que disponen y las condiciones de exigencias condicionan los objetivos que modelan el hacer profesional (3).

Así los conceptos de “formación” en educación superior y “profesionalización” se articulan con los interrogantes mencionados anteriormente. El primero con la importancia y los desafíos que enfrentan las instituciones de educación superior en el proceso de formación de profesionales. Considera las políticas educativas y el perfeccionamiento de planes y programas de estudios que generen las condiciones para la inserción profesional en contextos dinámicos y complejos. El concepto de profesionalización alude a procesos de integración de saberes que guían la práctica y la construcción

de conocimiento profesional en términos tanto de proceso como de producto. Lxs profesionales construyen y se apropian de saberes que les permiten un hacer según los requerimientos de la práctica (4).

CONCLUSIONES

El contexto de transformaciones vertiginosas en el campo de la salud interpela el quehacer / práctica profesional del Trabajo Social, particularmente luego de la pandemia por COVID 19.

En este sentido, en la formación profesional se hace necesaria la actualización permanente de las dimensiones conceptuales que retroalimentan la praxis disciplinar. Los desafíos que se despliegan en distintos sentidos /dimensiones/ aspectos e interrogan simultáneamente los procesos de enseñanza y el quehacer /práctica profesional del Trabajo Social.

Como equipo de docentes investigadorxs desde la cátedra Salud Colectiva, asignatura obligatoria de la currícula de TS en la UNLP, sostenemos la continuidad de una línea de investigación comprometida con una formación profesional que aspira a ser crítica y transformadora frente a los desafíos actuales de lxs egresados recientes en el campo de la salud pública bonaerense.

REFERENCIAS

- (1) Laurell AC. El estudio social del proceso salud enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales. 1986 [citado 2025 maio 10];(37). Rosario. Disponible en: https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_estudio_social_del_proceso_salud_enfermedad_en_america_latina_autora_asa_crsitina_laurell.pdf
- López Arellano O. Determinación social de la salud. Divulgación en Saúde para Debate. 2013;(49):150–6. Rio de Janeiro.
- (2) Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
- (3) Ramírez S. Práctica profesional del trabajador social [tesis de maestría]. Río Gallegos: Universidad Nacional de la Patagonia Austral (UNPA); 2015 [citado 2025 maio 10]. Disponible en: https://www.unpa.edu.ar/sites/default/files/publicaciones_postgrado_adjuntos/Tesis%20Sergio%20D.%20Ramirez.pdf
- (4) Jarillo Soto E, et al. La salud pública: objeto del conocimiento, prácticas y formación. Revista de Salud Pública. 2007;9(1):140–54.

DESEJO E DEVIR: CONTRIBUIÇÕES DE DELEUZE E GUATTARI PARA UMA SAÚDE COLETIVA FLUIDA

Sarah Singh de Souza Silva¹

Manoela de Carvalho

INTRODUÇÃO

A saúde coletiva é constantemente tensionada entre pensar o modelo biomédico tradicional e a teoria da determinação social, enfrentando o desafio de integrar as dimensões sociais, psíquicas e existenciais. Nesse contexto, Deleuze e Guattari(1) propõem uma ruptura com ambas as perspectivas tradicionais, repensando a teoria psicanalítica e a marxista postas até então, denunciando a triangulação edipiana, redutora da vida a um “teatro familiar burguês ideal”, e trazendo a produção desejante como motor da realidade. A questão central deste projeto, então, emerge dessa dualidade: como articular a potência transformadora do desejo, enquanto força produtora de subjetividades e realidades, com as críticas já consolidadas? A filosofia da diferença desloca o eixo da identidade para o da multiplicidade, oferecendo ferramentas para desnaturalizar normatividades e explorar o social como campo de experimentação vital, onde o corpo (individual e social) não é estrutura fixa e idêntica a si mesma, mas espaço potencial de criação. Esta revisão crítica também dialoga com Suely Rolnik(2) e Laura Feuerwerker (3) para tensionar as limitações dos paradigmas vigentes e propor um devir ético-estético do cuidado, o qual incorpore o desejo como potência política e existencial.

OBJETIVOS

Dentre os objetivos, destacam-se a) mapear conceitos filosóficos da diferença e da multiplicidade para pensar novas concepções de sujeito e sociedade; b) compreender como esses conceitos transformam a noção tradicional de subjetividade; e c) analisar como essa subjetividade é modulada pelos fluxos de desejo na máquina capitalística.

DESENVOLVIMENTO

A metodologia adotada é a de um ensaio teórico na forma de revisão narrativa, separa em três etapas de análise. Num primeiro momento, busca-se apresentar a metafísica da diferença, proposta por Gilles Deleuze, e suas possibilidades para ser utilizada como princípio fundamental de um pensamento capaz de conceber a diferença não como a variação de um modelo pré-estabelecido, mas como uma manifestação em si mesma, situada em um plano de puro devir e potencialidades - o plano de imanência-, a partir do qual o sujeito não é mais concebido como essência, uma entidade fixa e idêntica a si mesma, mas como algo em constante transformação e multiplicidade, uma construção fluida(4).

1 Filiação da autora principal: Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina de Botucatu, Curso de Medicina. E-mail de contato: sarah.singh@unesp.br

Além de expor a construção desse pensamento, num segundo momento, esse estudo também explora sua aplicação mais prática e analítica, especialmente a partir da parceria entre Deleuze e Félix Guattari (5). Nesse contexto, são examinados conceitos como o produtivo e o não-produtivo, o inconsciente, o desejo e o *socius*, os organismos e seus órgãos, o capitalismo e a esquizofrenia, o corpo sem órgãos, além das diversas outras máquinas introduzidas em obras como *O Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia* e *Mil Platôs*(1,5).

Após estabelecer-se a compreensão do desejo como uma força produtora, tanto de novas realidades, como de organizações sociais e formas de existência, ele é tomado como uma ferramenta central para repensar categorias fundamentais dentro da área da saúde, especialmente no campo da saúde coletiva, como o funcionamento do corpo social e a subjetividade.

Num terceiro momento, o estudo aprofunda as relações entre subjetividade e saúde, a começar por explorar a própria noção de subjetividade, não como uma essência fixa e intrínseca, mas como um espaço vetorizado por forças diversas, a partir do qual destacamos uma capacidade importante dos organismos, ao utilizarem-se do poder, de capturar os fluxos de desejo e os vetores de subjetivação, impondo uma determinada subjetividade fixa e identitária.

A partir dessa via, nos apoiamos nas perspectivas de pensadoras como Suely Rolnik (2), a qual conecta essa conceituação de subjetividade com o grande organismo capitalista, introduzindo-nos ao conceito de subjetividade capitalística, conforme desenvolvido em seu livro *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Além disso, exploramos também as reflexões de Feuerwerker (3), no debate sobre a micropolítica do desejo e a mercantilização da saúde dentro de uma perspectiva vitalista, centrada no aumento de potência e afirmação da vida.

CONCLUSÕES

O percurso teórico proposto mostra que a filosofia da diferença, ao articular conceitos como desejo, devir e subjetivação, oferece caminhos potentes para repensar a saúde para além do biológico. Ao deslocar o sujeito de uma posição fixa para um campo de forças em constante variação, torna-se possível problematizar normatividades e ampliar as possibilidades ético-estéticas do cuidado. As contribuições dos autores de referência apontam para a importância de incorporar a dimensão do desejo como força política e existencial, capaz de tensionar os paradigmas vigentes e fomentar práticas mais afirmativas da vida. A continuidade do estudo permitirá aprofundar essas articulações e propor contribuições teóricas ao campo da saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Deleuze G, Guattari F. O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34; 2010.
- (2) Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes; 1996.
- (3) Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
- (4) Machado R. Deleuze: arte e filosofia. Rio de Janeiro: Zahar; 2010.
- (5) Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vols. 1–5. São Paulo: Editora 34; 1997–2000.

DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS NA INSEGURANÇA ALIMENTAR EM MULHERES NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Luana Teixeira Ghiggin

Larissa Brillo Nunes Rúbio

Lívia da Silva Nunes

Eloah Costa de Sant'Anna Ribeiro

Aline Alves Ferreira

INTRODUÇÃO

A insegurança alimentar (IA) ocorre quando há a ausência no acesso regular a alimentos adequados em quantidade e qualidade, comprometendo a nutrição, a saúde e o bem-estar das pessoas (1). Além de representar um problema de grande escala, a IA está relacionada a diversos fatores socioeconômicos, como menor renda per capita familiar, baixa escolaridade do responsável pelo domicílio, à chefia feminina, de raça/cor da pele preta, maior número de crianças e/ou moradores na residência, entre outros (2).

No Brasil, o percentual de mulheres chefes de família era 26% em 2004, subindo para 31,8% em 2018, correspondendo a mais de 28 milhões de famílias (3). Embora esse aumento seja visto como um sinal de emancipação, na prática, reflete uma carga ainda maior de responsabilidades e atividades nas esferas reprodutiva, econômica, doméstica e de cuidado (4).

Em diversos países, estudos demonstram que as famílias chefiadas por mulheres tendem a ser mais pobres e, como resultado, enfrentam uma maior prevalência de IA, em comparação com os lares chefiados por homens (2,4). Essa realidade suscita inquietações acerca da perpetuação das desigualdades de gênero somadas às demais desigualdades socioeconômicas. No entanto, há poucos estudos a nível municipal.

OBJETIVO

Analisar a relação das desigualdades socioeconômicas nos níveis de IA das mulheres chefes de família do município do Rio de Janeiro, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com dados do I Inquérito sobre a Insegurança Alimentar no Município do Rio de Janeiro (2023-2024) (5). Considerou-se os dados das mulheres chefiadas de família (n=1.024).

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar foi utilizada para classificar os domicílios em segurança alimentar (SA), IA leve e IA moderada/grave. Utilizou-se informações da chefia da família sobre os anos de escolaridade, renda familiar per capita em múltiplos de salário mínimo (SM)

(SM vigente de R\$1.302,00 em novembro de 2023); número de moradores do domicílio; e áreas de planejamento (AP) do MRJ. Realizaram-se as prevalências considerando os respectivos pesos amostrais e o teste qui-quadrado. O comando 'svy' do software STATA 16 foi usado para explicar o desenho amostral complexo. Projeto aprovado em comitê de ética (nº do Parecer: 5.380.885; CAAE: 54473421.6.0000.5257).

RESULTADOS

A maioria das famílias do município do Rio de Janeiro eram chefiadas por mulheres (50,9%). Entre aquelas em IA moderada/grave, 22,7% das mulheres chefiadas de família se autodeclararam pretas e 18,1% pardas. A distribuição por escolaridade demonstrou que 73,9% das chefiadas femininas em SA tinham mais de 8 anos de estudo, enquanto 25,0% em IA moderada/grave tinham até 4 anos de estudo. Em relação à renda, 50,3% daquelas em IA moderada/grave recebiam até ¼ SM e 95,1% das mulheres em SA recebiam >2SM. A maioria das chefiadas em IA leve morava com 5 ou mais pessoas (41,4%). Ao observarmos as AP do município, a AP3 apresentou as maiores prevalências de mulheres em IA leve (28,8%) e moderada/grave (23,5%).

CONCLUSÕES

Os resultados destacam a relação entre desigualdades socioeconômicas e os níveis de IA nas chefiadas femininas do município do Rio de Janeiro. A sobrecarga de responsabilidades nas famílias chefiadas por mulheres agrava essa situação. Políticas públicas municipais focadas em educação, apoio financeiro e programas específicos para mulheres são essenciais para combater a IA e promover o acesso a alimentos adequados. Medidas como a reabertura dos restaurantes populares e a ampliação da oferta de creches podem contribuir significativamente para reduzir a IA e garantir melhores condições de vida para essas famílias.

REFERÊNCIAS

- (1) Lignani JB, et al. Relationship between social indicators and food insecurity: a systematic review. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200068. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200068>
- (2) Oliveira JM, et al. Gênero, segurança alimentar e nutricional e vulnerabilidade: o Programa das Mulheres Mil em foco. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(4):1529-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.22112018>
- (3) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.
- (4) Lelis CT, Teixeira KM, Silva NM. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. *Saúde Debate.* 2012;36(95):523-32.
- (5) Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Frente Parlamentar contra a Fome e Miséria no Município do Rio de Janeiro. I Inquérito sobre a Insegurança Alimentar no Município do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: INJC/UFRJ; 2024 [citado 2025 mar 25]. Disponível em: <https://injc.ufrj.br/mapadafomerio/>

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA PERCEPÇÃO DA VIZINHANÇA DE ADULTOS MAIS VELHOS BRASILEIROS

Pablo Cardozo Rocon¹

Amanda Cristina de Souza Andrade

Mariana Rosa Soares

Maelison Silva Neves

Waleska Teixeira Caiaffa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os bairros são lugares privilegiados para o desenvolvimento da reprodução social de diferentes frações da classe social com seu conjunto de características e relações de poder econômicas, raciais e de gênero (1). É nesse conjunto de relações que emergem as determinações sociais das possibilidades de realizar a satisfação das necessidades de existência, gestando modos de vida coletivos e estilos de vida individuais (2). Pessoas idosas tendem a viver mais intensamente as proximidades de suas residências, estando assim mais tempo na vizinhança (3). Compreender a percepção da vizinhança de adultos mais velhos tem sido um dos objetos de estudos sobre envelhecimento, uma vez que a maioria dos idosos vivem em ambiente comunitário (3). Além disso, a percepção da vizinhança pode refletir experiências individuais e coletivas engendradas por desigualdades acumuladas numa trajetória (3,4). Assim, as iniquidades devem ser analisadas como um produto do conjunto de determinações das condições de adoecer ou viver com saúde, atravessadas por marcadores de gênero, etnicidade, raça/cor e classe social (1,2,5).

OBJETIVO

Analisar as diferenças de raça/cor, renda domiciliar per capita e gênero na percepção da vizinhança de brasileiros adultos mais velhos.

METODOLOGIA

Foram analisados dados de 7.357 adultos mais velhos residentes em áreas urbanas participantes da linha de base (2015-2016) do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). As variáveis sociodemográficas raça/cor, renda domiciliar per capita e sexo foram escolhidas como forma de aproximação da noção de etnicidade, classe social e gênero, apesar das limitações inerentes. A percepção da vizinhança foi analisada com base nas respostas atribuídas à 14 (quatorze) perguntas agrupadas em 7 (sete) indicadores: desordem física, poluição sonora (ruído), coesão social, sensação de insegurança, violência, problemas de mobilidade e agradabilidade com respostas sim ou não. Os

¹ Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: pablocardoz@gmail.com

resultados apresentados incluem as prevalências da percepção da vizinhança ajustadas por sexo e/ou idade, segundo raça/cor, renda domiciliar per capita e gênero. Foi realizado teste de Wald para avaliação das diferenças considerando o nível de significância de 5%. As análises foram realizadas com o software STATA (Stata Corporation, College Station, Texas), versão 16.1, utilizando o comando survey (svy) para o peso dos indivíduos e a complexidade do desenho amostral da pesquisa.

RESULTADOS

Comparados aos brancos, a percepção de desordem física, sensação de insegurança e ausência de agradabilidade foi mais frequente entre os pardos e ausência de coesão social entre os pretos. Em relação à renda domiciliar per capita alta, a percepção de desordem física e ausência de agradabilidade foi maior entre os participantes de renda baixa e, problemas de mobilidade e ausência de coesão maior entre os participantes de renda baixa ou média. Entre os gêneros, as mulheres relataram maior percepção de problemas de mobilidade e de ausência de coesão social comparadas aos homens. Stokes³ também observou pior percepção da vizinhança entre mulheres, pretos, não brancos e aqueles que não possuíam casa própria.

O acesso a um bairro de alta qualidade na idade adulta e na velhice é mediado por relações de poder de raça, renda e gênero (3). Essas relações são efeito da apropriação e concentração do poder, que pode ser econômico por uma classe dominante, de gênero via patriarcado ou racial via racismo estrutural (2). Essa realidade se agrava diante da constituição de uma cidade neoliberal (5) na qual a necessidade de moradia é subsumida pela acumulação capitalista, produzindo processos de segregação racial, econômica e de injustiça ambiental. As políticas neoliberais deterioram as condições de vida dos adultos mais velhos, na mesma proporção que as reformas previdenciárias aprofundam as iniquidades urbanas, sobretudo entre aqueles que vivenciam a redução da renda decorrente de uma trajetória de trabalho informal ou pela redução dos salários e perda de benefícios pela implantação de tetos para aposentadoria e estímulo à previdência privada (6), contribuindo assim para o ciclo de empobrecimento de adultos mais velhos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados mostram piores percepções de atributos do ambiente físico e social entre mulheres, pardos e pretos e aqueles com menor renda domiciliar per capita numa amostra de adultos mais velhos brasileiros. Contudo, esses resultados não devem ser vistos isolados um do outro, uma vez que, uma mulher de cor preta e de classe baixa tem ampliada sua chance de viver em vizinhanças desvantajosas³ decorrente das questões de raça, gênero e classe.

Guimarães (7), ao tratar das desigualdades presentes na realidade social brasileira, apresenta exemplos de como a concentração de poder produz diferentes condições de ocupação do espaço urbano, apresentando exemplos de como as dimensões geral e particular determinam as experiências no singular. Nessa direção, a percepção dos/as participantes desta pesquisa é afetada pelas condições

para residir em um bairro com maiores ou menores desvantagens físicas e sociais, que são determinadas pela etnicidade, pelo gênero e pela classe dos adultos mais velhos residentes.

REFERÊNCIAS

- (1) Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*. 2010;6(1):83-101. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2010.359>
- (2) Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
- (3) Stokes JE. Trajectories of perceived neighborhood quality across the life course: sociodemographic determinants and implications for wellbeing. *Social Science Research*. 2019;79:181-93. DOI: 10.1016/j.ssresearch.2018.11.001
- (4) Elliott M. The stress process in neighborhood context. *Health Place*. 2000;6(4):287-99.
- (5) Breilh J. *Epidemiologia crítica e a saúde dos povos: ciência ética e corajosa em uma civilização doentia*. São Paulo: Hucitec; 2024.
- (6) Lourenço EAS et al. Crise do capital e o desmonte da Previdência Social no Brasil. *Serviço Social & Sociedade*. 2017;(130):467-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.119>
- (7) Guimarães ASA. Formações nacionais de classe e raça. *Tempo Social*. 2016;28(2):161-82. DOI: <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2016.109752>

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE, ODS E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Luciana Santos Collier¹

INTRODUÇÃO

Em 2015, a AGNU estabeleceu metas globais para que “ninguém no mundo seja deixado para trás”. Os chamados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) defendem a necessidade de liderar o mundo em um caminho sustentável com medidas transformadoras, a serem alcançadas até 2030. O conceito de ‘desenvolvimento sustentável’ enfatiza a atenção às necessidades essenciais das populações mais pobres do mundo, às quais deve ser dada a máxima prioridade, bem como a noção de limitações que devem ser impostas ao uso de tecnologias e ao tipo de organização socioeconômica dos países, de modo a não exceder a capacidade do meio ambiente e garantir que seja possível atender às necessidades das gerações atuais e futuras (1).

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável é considerada um dos principais e mais inclusivos processos políticos globais recentes, influenciando grande parte dos Estados nacionais, da sociedade civil, do setor privado e do mundo acadêmico, impactando a situação política, econômica, social e de saúde, bem como os sistemas nacionais de saúde, bem-estar social e proteção social em todo o mundo (2). É possível afirmar então que estamos diante de um problema complexo: os ODS impactam diretamente os fatores determinantes da saúde da humanidade, assim como a sustentabilidade planetária tem íntima relação com o modo de produção e consumo na sociedade capitalista, que determina as condições de saúde globais.

Estamos próximos do ano de 2030 e tivemos alguns avanços do ponto de vista conceitual, com a realização de inúmeros encontros internacionais e a formalização de acordos e pactos multilaterais. Apesar disso,(1) adverte que a conjuntura política tem impactado a trajetória da implementação da Agenda 2030 e seus ODS em âmbito global e regional, com sucessos, fracassos e desafios. O rompimento de acordos e pactos multilaterais por governos de inclinação conservadora tem dificultado o avanço da concretização de alguns objetivos e levado ao retrocesso de outros.

OBJETIVO

Este artigo tem o objetivo de realizar uma reflexão analítica sobre a estreita relação entre o alcance dos ODS da Agenda 2030 e o processo de determinação social e ambiental da saúde na conjuntura de crise estrutural do capitalismo, apontando para a Educação Popular em Saúde como alternativa de mobilização para a transformação social.

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: lucianacollier@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que apresenta reflexões elaboradas a partir de leitura de referencial teórico, que discute de forma crítica as relações entre o modo de produção capitalista e a saúde global.

RESULTADOS

Ter saúde é estar vivo e em condição de realizar o máximo dentro do que a humanidade já estabeleceu como possibilidade. Desta forma, a determinação da saúde humana se faz pela análise do modo de produção vigente em um dado local e período histórico, bem como do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais estabelecidas entre os sujeitos (3). Se, para a sociedade capitalista, é vital promover a exploração de imensas parcelas da população, gerando a desigualdade, é possível afirmar que, o que o capitalismo precisa para sobreviver e progredir é exatamente o oposto daquilo que é preconizado para se ter uma vida saudável. Por este motivo, compreendemos que a concretização dos ODS está absolutamente vinculada à superação do modo de produção capitalista.

Para cumprir com a tarefa de produzir uma teoria da transição para uma nova ordem social é necessário um esforço coletivo, que acreditamos ser possível através da Educação Popular (EP) voltada para a problematização das iniquidades em saúde. A EP é conceituada como uma pedagogia dialógica com perspectivas de classe e respeito às diferenças (4), também concebida como movimento e participação de “natureza política, social e cultural de mobilização e de conscientização (5)” (p. 10). Entendendo a conscientização como uma opção, decisão, compromisso, ou melhor, um ato político da prática educativa que tem por objetivo, a recuperação da humanidade roubada dos oprimidos (6). Desta forma, reafirma-se que a EP é realizada com a intenção de lutar “pela humanização, pelo trabalho livre, pela desalienação, pela afirmação dos homens como pessoas” (p.16).

A Educação Popular em Saúde (EPS) se constitui numa perspectiva teórico-metodológica e ético-política, presente em diferentes experiências dos movimentos sociais brasileiros desde os anos 1970, qualificando a politicidade e a potência pedagógica e significativa da educação popular no setor saúde. Trata-se de uma perspectiva educativa que pode ser caracterizada como crítica, dialógica e participativa, cujo objetivo é gerar processos de reflexão, estimulando o desenvolvimento do senso crítico, de modo que os sujeitos busquem aprender de forma contextualizada com a sua realidade, problematizando e refletindo acerca da resolução dos problemas de saúde (7).

CONSIDERAÇÕES

No bojo dessas reflexões é possível enxergar na EPS um movimento de resistência popular que vai ao encontro do combate à desumanização imposta pela lógica de produção capitalista e as iniquidades sociais por ela produzidas. Tal movimento sugere ser imperativo lutarmos pela superação das relações sociais historicamente dadas que estão a determinar as condições de existência, sob o modo de produção capitalista.

REFERÊNCIAS

- (1) Buss PM. Saúde na Agenda do Desenvolvimento Sustentável 2030 e seus ODS: Análise e Perspectivas da Implementação na América Latina e Caribe (ALC) (2012-2019) [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2019 [citado 2025 maio 2025]. 322 f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40284>
- (2) Buss PM, Galvão LAC, Buss DF. Saúde na Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: política central para a governança global. In: Buss PM, Tobar S, organizadores. Diplomacia da Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. 654 p.
- (3) Albuquerque GS, Silva MJ. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. Saúde em Debate. 2014 Oct;38:953–65. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>
- (4) Paulo FS, Brandão CR. Pesquisa participante e a educação popular: luta e resistência a partir de Paulo Freire e de educadoras populares. Revista Panorâmica Online. 2018 [citado 2025 maio 2025];24. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/revistapanoramica/index.php/revistapanoramica/issue/view/31>
- (5) Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes; 1979.
- (6) Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
- (7) Cruz PJ, Silva JC, Danielski K, Brito PN. Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. Interface (Botucatu). 2024 Jul 8;28:e230550. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230550>

DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD DE TRABAJADORES SEXUALES MASCULINOS EN BOCA CHICA, REPÚBLICA DOMINICANA

Sheila Báez¹

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

El trabajo sexual masculino en contextos turísticos ha sido históricamente invisibilizado en América Latina (1). En la República Dominicana, hombres jóvenes afrodescendientes, residentes de zonas costeras como Boca Chica, se vinculan sexo-afectivamente con turistas nacionales y extranjeros en un marco de intercambios materiales, afectivos y simbólicos (2-4). Estos vínculos, si bien no siempre se reconocen como trabajo sexual por parte de sus protagonistas, reproducen una lógica de dependencia económica, exclusión estructural y negociación de afectos que impacta profundamente su bienestar (1,5,6). A pesar de su presencia sostenida en las zonas turísticas, estos hombres han sido marginados en los estudios sobre salud, trabajo sexual y turismo. El estudio se basa en la perspectiva de la determinación social de la salud, entendiendo que las condiciones de vida, las trayectorias vitales y la representación simbólica de estos hombres forman parte de un entramado de exclusión estructural y simbólica que incide directamente en su derecho a la salud (7,8). Visibilizar sus experiencias permite comprender mejor las múltiples violencias que enfrentan y promover transformaciones desde la salud colectiva y los derechos humanos.

OBJETIVO

Describir cómo se configuran las dimensiones general, particular y singular de la determinación social de la salud en las trayectorias vitales, experiencias y percepciones de los trabajadores sexuales masculinos en la playa de Boca Chica, en el contexto turístico de la República Dominicana.

METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló con un enfoque mixto de tipo exploratorio-descriptivo, con predominio cualitativo (QUAL → quan). Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a 6 hombres que establecen vínculos sexo-afectivos con turistas, observación no participante en la playa de Boca Chica, encuestas aplicadas a 140 actores comunitarios vinculados al turismo, y análisis de contenido de 24 memes viralizados en redes sociales. El análisis de los datos se realizó mediante codificación inductiva y deductiva, articulando categorías construidas desde los marcos conceptuales y otras emergentes en campo. Se aplicó triangulación de métodos, técnicas, fuentes y perspectivas. El análisis se sustentó en el modelo de Determinación Social de la Salud propuesto por la Epidemiología Crítica Latinoamericana, que considera dimensiones generales, particulares y singulares del proceso salud-enfermedad-atención. El componente cuantitativo aportó información sobre percepciones comunitarias de racismo y su posible repercusión en la salud de los TSM de Boca Chica.

1 Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), República Dominicana. E-mail: sheila.baez@intec.edu.do

RESULTADOS

En la dimensión general de la determinación social se identificaron trayectorias marcadas por pobreza estructural, abandono escolar, trabajo desde edades tempranas, racismo estructural, exclusión del mercado formal de trabajo y ausencia paterna. Estas condiciones propiciaron la incorporación temprana al trabajo sexual en contextos turísticos. En la dimensión particular, los resultados muestran barreras institucionales que obstaculizan el acceso efectivo a servicios de salud: estigmatización por parte del personal, ausencia de atención diferenciada y hostigamiento policial. La salud mental y sexual se ven invisibilizadas en las respuestas institucionales y no existen servicios específicos orientados a esta población. En la dimensión singular, se observó una estrategia de distanciamiento simbólico con la identidad de trabajador sexual, así como ambivalencias en las relaciones afectivas con turistas. La violencia simbólica, reflejada en memes compartidos en redes sociales, refuerza la hipersexualización y cosificación de estos hombres, lo que impacta su autopercepción y refuerza su exclusión social.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

El estudio demuestra que la salud de los trabajadores sexuales masculinos está profundamente influida por condiciones estructurales y simbólicas que no han sido reconocidas adecuadamente en las políticas públicas ni en las investigaciones académicas del país. Se requiere un abordaje intersectorial que articule salud, derechos humanos, justicia racial y equidad de género. Se recomienda diseñar estrategias de prevención, diagnóstico y atención en salud sexual y mental con enfoque interseccional y culturalmente contextualizado, así como incluir a los propios TSM en el diseño y ejecución de las intervenciones. Además, es necesario sensibilizar al personal de salud, eliminar prácticas discriminatorias, y generar campañas que contrarresten los estigmas raciales y sexuales difundidos en el imaginario social. Esta investigación aporta herramientas conceptuales y metodológicas para avanzar hacia una salud colectiva más justa e inclusiva.

REFERENCIAS

- (1) Báez-Martínez S, Gallur-Santorum S. Vulnerabilidad y riesgos del trabajo sexual masculino en contextos de turismo de sol y playa en el Caribe: revisión de literatura. *Maguaré*. 2023;37(2):93-133. DOI:10.15446/mag.v37n2.110650
- (2) Moya EA, García R. Three decades of male sex work in Santo Domingo. In: Aggleton P, editor. *Men who sell sex: international perspectives on male prostitution and HIV/AIDS* [Internet]. Routledge; 1999 [citado 2025 abr 13]. Disponible em: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203024638-7/three-decades-male-sex-work-santo-domingo-antonio-de-moya-rafael-garc%C3%ADa>
- (3) Moya EA, García R, Fadul R, Herold E. Report: Sosúa, sanky-pankies and female sex workers: an exploratory study. Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo; 1992.

- (4) Valdez E. Las ciudades del deseo: las políticas de género, sexualidad y espacio urbano en el Caribe hispano [Internet]. West Lafayette: Purdue University Press; 2022 [citado 2025 abr 13]. Disponible em: <https://docs.lib.purdue.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=psrl>
- (5) Bungay V, Guta A, Varcoe C, Slemon A, Manning E, Comber S, et al. Gaps in health research related to sex work: an analysis of Canadian health research funding. Crit Public Health. 2023;33(1):72-82. DOI:10.1080/09581596.2021.1987385
- (6) Valente PK, Mimiaga MJ, Mayer KH, Safren SA, Biello KB. Social capital moderates the relationship between stigma and sexual risk among male sex workers in the US Northeast. AIDS Behav. 2020;24:29-38. DOI:10.1007/s10461-019-02692-5
- (7) Breilh J. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. Rev Bras Epidemiol. 2015;18:972-82. doi:10.1590/1980-5497201500040025
- (8) Breilh J. Critical epidemiology and the people's health [Internet]. New York: Oxford University Press; 2021 [citado 2025 abr 13]. Disponible em: https://cfar.ucsd.edu/media/filer_public/fc/21/fc21fda7-bc1b-47c2-b62b-f7c73a170b8d/breilh-chapter-3.pdf

DETERMINACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO INTEGRAL EN NIÑOS DE DOS HOGARES INFANTILES DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

Diego Fernando Rojas Esguerra¹

Jhon Steven Hurtado Sánchez

Rosmery Vizcaíno Rodríguez

Gleidys Mercedes Ospino Sarmiento

Zenaida María Altamiranda Gómez

Tiffanys Andrea Suarez Licona

INTRODUCCIÓN

La determinación social de la salud relaciona la influencia que tienen los factores sociales, económicos, culturales en la salud y el bienestar de las personas. Esta perspectiva considera que la salud no solo está determinada por factores biológicos o elementos aislados de manera individual, sino también por la existencia de relaciones de poder en la estructura social. (1) La inequidad social en la salud es considerada en el mundo como un problema que afecta a distintos grupos sociales, puesto que tiene en cuenta la clase social y estrato socioeconómico como barrera o facilitador para el ingreso al sistema de salud (2). En este sentido, los niños que viven en la pobreza tienen más probabilidades de padecer retraso del desarrollo que los niños de niveles socioeconómicos más altos, puesto que se encuentran expuestos a una variedad de condiciones adversas, tales como nutrición inadecuada, falta de saneamiento e higiene, exposición a infecciones y enfermedades, falta de acceso a la atención de la salud, vivienda inapropiada o ausencia de la misma, violencia, abuso y abandono, mayor tensión y depresión maternas, institucionalización y falta de estímulo, de acuerdo a datos de la OMS. (3)

OBJETIVO

Analizar los condicionantes sociales del desarrollo integral de los niños de dos hogares infantiles de la ciudad de Cartagena desde el enfoque de determinación social de la salud.

METODOLOGÍA

Se trató de un estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal. En el cual se aplicó una encuesta de elaboración propia, con la que se recolectó información relacionada con aspectos relacionado con el modelo de determinación social de la salud y diversos factores sociales. Dicho cuestionario incluyó preguntas sobre el nivel socioeconómico, acceso a la atención médica, pertenencia a regímenes de afiliación en salud, nivel educativo de los padres, características sociodemográficas como la edad y sexo entre otras características. La muestra estuvo conformada por 20 participantes, padres y tutores legales de los hogares infantiles El Palomar y Los Luceros en la ciudad de Cartagena de indias, (Bolívar) Colombia. Los criterios de inclusión tomados en cuenta para realizar esta investigación

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Fisioterapia, Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena. Cartagena de indias (Colombia). E-mail: diego.rojas@usbctg.edu.co

fueron que los participantes fueran padres o tutores del niño inscrito en el hogar infantil; que el niño estuviese en un rango de edad entre 1 y 5 años y haber aprobado su participación en el estudio.

RESULTADOS

Se analizaron los patrones de desarrollo con la Escala Abreviada del Desarrollo EAD-3, de Nelson Ortiz, en una muestra de 213 niños, con una mayoría de 3 años de edad. Dicha recolección de información se realizó en el mes de octubre de 2023. Respecto al sexo, se observó una distribución casi equitativa, con 53% de niños y 47% de niñas. El 100% de los niños participantes, cuentan con la presencia de al menos uno de sus padres y cuidadores primarios. Se encontró una distribución desigual de la clase social y la seguridad social. En ambos hogares, se observa una predominancia de los estratos socioeconómicos más bajos, con un 50% de las familias en el estrato Uno en Luceros y un 50% en el estrato Dos en El Palomar. En general se encontró diversidad la presencia de diversidad étnica y geográfica en los hogares infantiles, con predominancia de afrocolombianos; un 17% reportaron ser víctimas del conflicto armado. El 25% de las familias de los niños era de tipo monoparental y se demostró que, de las cinco familias monoparentales, cuatro tenían niños/a en riesgo de problemas o sospecha en su ámbito personal social.

La mayoría de los padres/tutores legales tenían un nivel de educación técnico o tecnológico, 74% tenía algún tipo de empleo, mientras que el 36% se encontraba en condición de desempleo. En ambos hogares los padres tenían un sueldo menor que el salario mínimo vigente. Del mismo modo el régimen de salud que predominó en ambos hogares fue el régimen subsidiado. De acuerdo a los resultados obtenidos de la evaluación de la EAD-3, se encontró que un 33% de los niños en el hogar El Palomar y un 23% del hogar Los Luceros se encontraban en sospecha de problemas del desarrollo.

CONCLUSIONES

En general no se encontró relación entre aspectos de la determinación social, como clase social, etnia, nivel educativo, estatus laboral de los padres/cuidadores y el nivel de desarrollo encontrado en la escala abreviada del desarrollo. La mayoría de aquellos niños pertenecientes al tipo de familia monoparental se encuentran con riesgo y sospecha de problemas en el desarrollo, siendo estas familias lideradas por lo general por la madre del infante.

REFERENCIAS

- (1) Cardona Arias J. Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. Archivos de Medicina. 2016;16(1):183-191.
- (2) Ortega Bravo EE, Solano León EJ. Inequidad en la educación rural en Colombia: revisión de literatura. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023;7(1):7257-7274. DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4961
- (3) Torres DO. WHO and the global paradigm: The social determinants of health or the rhetoric of inclusión. Rev Fac Nac Salud Pública. 2020;38(2):1-10. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341524>

DETERMINACIÓN SOCIOCULTURAL DE LOS CONSUMOS ALIMENTARIOS Y DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA CIUDAD DE CUENCA

David Acurio Páez¹

INTRODUCCIÓN

La alimentación “expresa a la vez y de golpe todo tipo de instituciones; religiosas, jurídicas, morales” (1) incluye la producción, la distribución, el consumo y el desecho de alimentos (2), todos estos procesos subordinados a las condiciones que impone el capitalismo hegemónico, capitalismo que es, no solo una forma de producción sino un esquema de reproducción social y una cultura que se manifiesta y reproduce en el consumo

Hay un proceso de determinación social (3–5) del consumo de alimentos y la malnutrición, producto de históricas tensiones existentes entre la acumulación de capital y conservación de la vida y la salud, tensiones que dejan marca – cicatrices – en los territorios, llámense estos cuerpos, barrios, ciudades, países.

Por ello hacer un estudio de la alimentación como hechos social total demanda abandonar el análisis centrado en el individuo, y asumir la existencia de una complejidad (6).

Este artículo posiciona su análisis desde la epidemiología crítica y tiene como objetivo comprender las expresiones territoriales del proceso de determinación social del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años que asisten a centros de desarrollo infantil en el área urbana de Cuenca – Ecuador. El artículo presenta parte de los resultados de la investigación realizada entre el 2018 y el 2020.

OBJETIVO

Comprender los procesos de determinación sociocultural del consumo alimentario de las familias del área urbana de Cuenca y su efecto en la nutrición de niños menores de 5 años que asisten a centros de desarrollo infantil.

a) Explicar la relación entre inserción social, espacio urbano y género con las prácticas de la alimentación (producción-consumo-circulación-distribución-desecho) en las familias del área urbana de Cuenca.

b) Interpretar los elementos simbólicos de búsqueda de distinción en las prácticas de consumo de alimentos en el área urbana de Cuenca.

c) Estimar la prevalencia de malnutrición en niños menores de 5 años que asisten a programas de desarrollo infantil en el área urbana de Cuenca y su relación con la inserción social de sus familias.

¹ Dr. Acurio-Páez David PhD. Universidad de Cuenca: Cuenca, Azuay, EC. E-mail: david.acurio@ucuenca.edu.ec .

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio analítico cuanti–cualitativo con tres componentes: a) Un análisis de la economía política del sistema alimentario, b) Estudio transversal de prevalencia de malnutrición basado en datos antropométricos de 1293 niños y niñas, menores de 60 meses de edad y una encuesta sobre condiciones sociales y económicas a 1121 hogares, de las cuales 1053 registros c) Estudio cualitativo con enfoque etnográfico sobre prácticas de consumo alimentario con 6 madres de familias de distinta inserción social.

Con la información de la encuesta de hogares se construyó unos índices derivados que permitieron construir tipologías para las formas de inserción social, los modos de vida, la vulnerabilidad territorial y los estilos de vida, para luego con estos índices valorar los procesos críticos, tanto en la dimensión particular como singular.

El trabajo cualitativo tuvo por objeto profundizar en los aspectos relativos al consumo de alimentos, identificar criterios de distinción social en la alimentación y analizar la estructura alimentaria y la convivencia existente.

RESULTADOS

La prevalencia de desnutrición crónica en los niños y niñas menores de 5 años que asisten a los centros de desarrollo infantil del área urbana de Cuenca es de 26,2%. La prevalencia es mayor en los niños de hogares cuyos responsables económicos no superaron la educación primaria (30%). El porcentaje de niños con desnutrición crónica que asisten a servicios privados de desarrollo infantil fue de 14,7%.

Los menores de dos años tienen una prevalencia de 35,4%, frente a los niños entre 2 y 5 años en los que la prevalencia desciende a 23,1%. La prevalencia de desnutrición crónica llega a un 40% cuando el responsable económico es una adolescente

Las distintas inserciones de clase marcan de manera diferenciada la condición nutricional, así los hogares de desempleados urbanos llegan a tener un 43,6% de niños menores de 5 años con desnutrición crónica, mientras en la capa pudiente es de un 25%. También permite ver que, en los modos de vida con mayor precariedad, la prevalencia es significativamente mayor que en los otros

Las características que el espacio brinda a quienes lo habita, son expresión del proceso histórico vivido en la ciudad y pese a la ciudad de Cuenca tiene una cobertura de servicios básicos que rebasa el 98%. Se puede ver como la cobertura de servicios que son necesarios (recolección de desechos sólidos, iluminación en las calles, existencia de espacio de recreación, veredas) son menores en los espacios ocupados por las capas medias pobres, los pequeños productores, subasalariados y desempleados.

CONCLUSIONES

El espacio urbano de Cuenca expresa las históricas tensiones de clase y perfila rasgos de segregación social en el uso del espacio. La lógica dominante del modelo de desarrollo de Cuenca, pone en desventaja a aquellos grupos sociales que no son propietarios de los medios de producción y les provee de menos servicios recreativos ambientales e incluso los expone a procesos ambientales destructivos

La malnutrición en Cuenca es un sindemia (7) en la que coexistente malnutrición, consumos patógenos, pobreza y la desigualdad social y por ello su distribución responde en el territorio es como cicatriz delo proceso de determinación social.

El estudio muestra una tendencia a la segregación el espacio con una distribución inequitativa de los servicios públicos y unas vulnerabilidades territoriales supeditadas a los niveles de acumulación económica y de poder.

El estudio hace evidente que existe un proceso de determinación social del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años y que sus condiciones de malnutrición están subordinada a la inserción de clase y a los modos de vida que esta genera como parte de la dinámica de reproducción social de Cuenca y su proceso de acumulación de capital.

REFERENCIAS

- (1) Mauss M. Ensayo sobre el don: forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas. Buenos Aires: Katz; 2009.
- (2) Contreras J. Antropología de la alimentación. Madrid: EUDOMA; 1993. 96 p.
- (3) Breilh J. Critical Epidemiology and the People's Health. New York: Oxford University Press; 2020.
- (4) Breilh J. Hacia una redefinición de la soberanía agraria: ¿Es posible la soberanía alimentaria sin cambio civilizatorio y bioseguridad? In: Hidalgo F, Lacroix P, Román P, editores. Comercialización y soberanía alimentaria. Quito: Sistema de Investigación sobre la Problemática Agraria en el Ecuador (SIPAE); 2013. p. 45–55.
- (5) Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica). Universidad Andina Simón Bolívar; 2013. p. 45.
- (6) Breilh J. Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e intercultural. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. 320 p.
- (7) Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. The Lancet. 2019 Jan;393(10173):791–846. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)

DO MEDO DA MORTE À LUTA PELA VIDA: DESIGUALDADES E MATERNIDADES EM MEIO À COVID-19

Júlia Fleury Ferreira¹

Eduardo Baptista Prisco Paraíso

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Apesar da pandemia da COVID-19 ter sido um fenômeno global, ela foi vivenciada e seus efeitos foram sentidos de formas distintas de acordo com as realidades locais (1). As desigualdades sociais, raciais e de gênero, além das particularidades de cada contexto influenciaram diretamente no modo como esse período foi atravessado (2,3). Margarida, uma mulher negra de 32 anos, moradora de uma comunidade em Duque de Caxias, mãe e grávida acidentalmente de seu terceiro filho, passa a viver em um estado constante de inquietação frente às incertezas do momento. Diante das rupturas pandêmicas, ela duvida que conseguirá seguir com seu planejamento familiar. Por outro lado, Isabel, uma mulher branca de 59 anos, mãe, residente em um apartamento no Leblon, bairro de elite do Rio de Janeiro, encontra-se internada em uma UTI para pacientes com COVID-19, lutando contra a doença. Ela teme não poder acompanhar o crescimento de sua filha adolescente e promete a si mesma que, caso sobreviva, dará mais valor ao essencial, deixando de lado preocupações superficiais. Embora vivam a apenas 40 minutos de distância e compartilhem um sofrimento marcado pelas angústias da maternidade e incertezas do futuro, nossas interlocutoras vivem realidades inteiramente diferentes e têm formas distintas de experimentar as dores da pandemia (1-4, 6).

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo refletir sobre como os marcadores sociais da diferença impactaram e influenciaram as formas de enfrentamento adotadas por nossas interlocutoras frente às angústias da pandemia de COVID-19 (3). Como um mesmo fenômeno de saúde foi vivenciado por classes sociais distintas de um mesmo centro urbano? Como as diferenças sociais moldaram as experiências de sofrimento de nossas interlocutoras? Quais as semelhanças e diferenças de suas percepções sobre esse momento?

METODOLOGIA

Este estudo se baseia na análise integrada de duas pesquisas de mestrado, realizadas pelos autores deste trabalho, ambas realizadas durante a pandemia de COVID-19. A pesquisa de Júlia, com trabalho de campo realizado no primeiro semestre de 2022, investigou as experiências de indivíduos de camadas médias hospitalizados pela covid-19 no Rio de Janeiro. Já a pesquisa de Eduardo explorou os impactos

1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPCIS). E-mail: jufleuryf@gmail.com.

do isolamento social em moradores de favelas da mesma região e seu campo se passou no primeiro semestre de 2020. Ambas as pesquisas utilizaram entrevistas semiestruturadas, com 10 participantes cada. Para este trabalho, foram selecionados trechos das entrevistas de uma interlocutora de cada pesquisa, que abordam temas convergentes: as experiências de maternidade e angústias com o futuro. Esse material foi analisado de forma comparativa e destacamos como os marcadores sociais da diferença (neste caso, raça, território e renda) influenciaram não apenas a vivência da crise, mas também o caráter qualitativo de suas aflições e sofrimentos (3). Adotamos a noção de camadas sociais, de Gilberto Velho, como norte para a compreensão dos dois grupos sociais presentes em nosso trabalho (5).

RESULTADOS

A maneira como o coronavírus impactou as vidas de Isabel e Margarida foi profundamente distinta, refletindo não apenas suas trajetórias individuais, mas também o abismo socioeconômico que as separava (2). Isabel, uma mulher branca de classe média, viu-se confrontada com a possibilidade de sua própria morte durante a internação, e suas preocupações giravam em torno das consequências que sua ausência traria, especialmente para sua filha adolescente. Já Margarida, uma mulher negra e periférica, vivia uma angústia cotidiana relacionada às dificuldades de sobreviver em um cenário pandêmico e pós-pandêmico, marcado pela precariedade, violência e desemprego.

A maternidade também surge como um ponto de convergência e, ao mesmo tempo, de distanciamento entre as duas mulheres. Para ambas, o exercício da maternidade se destacava como uma preocupação central. Isabel, ao enfrentar a possibilidade da morte, expressava o medo de deixar sua filha adolescente sozinha. Já Margarida, grávida e mãe de outras filhas, voltava sua angústia para como a pandemia intensificou as condições de precariedade em que vivia e como isso poderia afetar a criação de seus filhos. Enquanto Isabel temia o impacto de sua ausência, Margarida preocupava-se com as dificuldades concretas de garantir um futuro digno para sua família em um cenário pós pandêmico. Assim, a maternidade, embora vivida de formas distintas, unia as duas mulheres em um sentimento de responsabilidade e cuidado, ao mesmo tempo que revelava as profundas diferenças em suas realidades e prioridades.

CONSIDERAÇÕES

As histórias de nossas interlocutoras evidenciam as formas como a pandemia da COVID-19, impactou de formas distintas pessoas de realidades socioeconômicas diferentes, mesmo dentro de um mesmo espaço urbano. Enquanto Isabel foi lançada à vulnerabilidade através da doença, Margarida já habitava uma realidade de vulnerabilidades estruturais, que a pandemia apenas intensificou. Se a história de Isabel aponta para o medo de tornar-se ausente na vida da filha, o relato de Margarida revela o receio de, mesmo presente, não ser capaz de proporcionar condições dignas para os seus filhos. Uma teme a finitude da vida e a outra a continuidade em meio a um contexto de debilidades profundas.

Nesse sentido, uma análise no campo da saúde deve estar comprometida com as distintas realidades sociais que um mesmo evento nesta área engloba. (1-6). Os marcadores sociais da diferença mostram-se essenciais para compreender as complexidades que envolvem os processos saúde-doença na contemporaneidade (1-4, 6).

REFERÊNCIAS

- (1) Biehl J. Descolonizando a saúde planetária. Horizontes Antropológicos. 2021 abr;27(59):337-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100017>
- (2) Bógus LMM, Magalhães LFA. Desigualdades sociais e espacialidades da COVID-19 em regiões metropolitanas. Caderno CRH [Internet]. 2022 [citado 2025 maio 10];35:e022033. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/8KZPyqRMMyGKbzNMCPwWVXyJ/>
- (3) Aragão HT, Santana JT, Silva GM, Santana MF, Silva LNM, Oliveira ML, et al. Impactos da COVID-19 à luz dos marcadores sociais de diferença: raça, gênero e classe social. Saúde debate. 2022;46(spe1):338-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E123>
- (4) Kleinman A, Das V, Lock MM, editors. Social suffering. Berkeley: University of California Press; 1997.
- (5) Velho G. Individualismo e cultura. São Paulo: Companhia das Letras; 1981.
- (6) Das V. Affliction: health, disease, poverty. New York: Fordham University Press; 2015.

“ELE DESLIGA O CORPO”: QUESTIONAMENTOS DE PACIENTES COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS SOBRE O USO EXCESSIVO DE ANTICONCEPCIONAIS COMO TRATAMENTO

Carolina Andrei Fischmann¹

Cristiane Silva Cabral

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é a endocrinopatia mais frequente em mulheres em idade reprodutiva, com prevalência estimada entre 6% e 19% no Brasil (1). Ela é uma doença multifatorial de apresentação heterogênea, com repercussões em diversos sistemas - reprodutivo, obstétrico, metabólico, dermatológico, psicológico, além de ser um fator de risco para doenças cardiovasculares (2). O anticoncepcional oral é considerado o padrão-ouro do tratamento medicamentoso para a SOP (1,2). Apesar da grande produção nas ciências humanas sobre o uso contraceptivo da pílula, poucas pesquisas qualitativas investigaram a percepção de usuárias sobre o uso terapêutico dos anticoncepcionais, como no caso da SOP.

Através da análise da literatura e das entrevistas, nota-se a necessidade de uma perspectiva de gênero para compreender como os sintomas da SOP (hirsutismo, peso maior, irregularidade ou ausência menstrual, acne, infertilidade) são vivenciados. Nas entrevistas ficou evidente que as características corporais da SOP conflitam com a construção de uma feminilidade cisgênera, impactando na formação da identidade de gênero feminina das pacientes, especialmente durante a adolescência.

O trabalho se divide em três tópicos: a SOP enquanto uma condição liminal da diferença sexual, o uso da pílula como um agente normalizador da feminilidade cisgênera e as estratégias de cuidado mobilizadas.

OBJETIVO

Analisar as percepções de pacientes paulistanas sobre a recomendação de uso terapêutico da pílula anticoncepcional para o tratamento da SOP a partir de uma leitura de gênero.

METODOLOGIA

A partir de sete entrevistas semiestruturadas com mulheres e pessoas que menstruam de 18 a 35 anos com diagnóstico formal de SOP vivendo na cidade de São Paulo, foi realizado um estudo sobre suas percepções quanto ao diagnóstico de SOP, sua interação com profissionais de saúde e os tratamentos utilizados. É preciso levar em conta que a população entrevistada não é representativa da população brasileira, uma vez que há uma maior representação de pessoas brancas de classe social mais

1

FSP/USP. Email para contato: carolinafischmann@usp.br

elevada e com ensino superior. Assim, os resultados não podem ser generalizados, contudo, justamente pelo caráter voluntário da pesquisa, as entrevistadas representam um grupo de pessoas que refletiu bastante sobre sua condição, oferecendo, assim, uma oportunidade de análise dos significados sociais da SOP.

Utilizando a crítica feminista sobre a produção de ciência (3), a medicalização (4) e os estudos menstruais críticos, busco explorar os conceitos de saúde, menstruação, feminilidade e o binômio natural/artificial.

RESULTADOS

Há uma instabilidade das fronteiras entre o sexo feminino e masculino na ciência contemporânea, o que faz com que seja necessária reafirmar constantemente suas oposições (3). Neste contexto, as pessoas com SOP estão em uma situação liminar, pois possuem androgênios ligeiramente aumentados, potencialmente afetando a construção da feminilidade cisgênera por conta de sintomas como peso maior, formato corporal em maçã, pêlos faciais e corporais aumentados, ausência de menstruação por períodos prolongados e infertilidade.

Uma vez feito o diagnóstico de SOP, todas as entrevistadas relataram receber a prescrição de anticoncepcional hormonal de forma normativa e com poucas explicações. Nesse sentido, a questão que se coloca em torno da pílula não é sobre sua artificialidade, mas a sua potência reguladora de um corpo que desvia da norma construída do sexo biológico. Neste contexto, “regular a menstruação” tornou-se o objetivo do tratamento, sendo que as entrevistadas relataram outras preocupações de saúde e estéticas.

No momento da entrevista nenhuma delas continuava o uso da pílula. Elas citam longos itinerários médicos e uma percepção de falta de acolhimento, com prescrição automática e sem ponderação sobre possíveis benefícios e efeitos colaterais da pílula e outras alternativas ou tratamentos complementares. Isso levou diversas entrevistadas a buscar educação e tratamentos na Internet e redes sociais. Nas entrevistas fica evidente o lugar ambíguo da Internet: se por um lado serve como uma fonte de acolhimento e educação, por outro lado pode reforçar padrões de beleza e levar a estratégias de comer transtornado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Se compreendermos que na contemporaneidade, a medicina assume um papel de normatização da vida social, a SOP pode ser vista como um obstáculo para a constituição do feminino, como um polo da construção sexual. Na era farmacopornográfica (4), a pílula é o dispositivo ideal para garantir a feminilidade dentro da estreita margem permitida à feminilidade. Assim, podemos pensar a pílula na SOP como uma metonímia do cuidado de saúde que não oferece acolhimento e individualização do paciente, mas tem por objetivo a normalização de um corpo desviante. Tal condição amplifica a desconfiança do sistema médico, o que se configura como um desafio para a saúde pública, pois

tratamento não baseados em evidências ganham preponderância por pretensamente oferecerem mais escuta das necessidades individuais.

REFERÊNCIAS

- (1) Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da síndrome de ovários policísticos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-sindrome-dos-ovrios-policsticos.pdf>
- (2) Teede H, Tay CT, Laven JSE, Dokras A, Moran LJ, Piltonen T, et al. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023 [Internet]. Melbourne: Monash University; 2023 [citado 2025 abr 15]. Disponível em: https://bridges.monash.edu/articles/online_resource/International_Evidence-based_Guideline_for_the_Assessment_and_Management_of_Polycystic_Ovary_Syndrome_2023/24003834/1
- (3) Oudshoorn N. Beyond the natural body: an archaeology of sex hormones. Routledge; 1994.
- (4) Preciado PB. Testo junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: n-1 edições; 2018.

EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL CONTEXTO DE VULNERACION SOCIAL, REFLEXION DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADO ENFERMERO Y LAS POLITICAS PUBLICAS EN SALUD

Lourdes Ribeiro¹

PRESENTACION

Este trabajo es una reflexión a partir de la experiencia profesional en contexto de alta vulneración social en un servicio del primer nivel de atención del sector público.

El embarazo adolescente es una situación socio sanitaria, que se asocia a múltiples determinantes, donde las condiciones de pobreza extrema, y de desigualdad social, cultural, y de género exigen un enfoque del cuidado de enfermería integral en donde el contexto y el papel de las políticas de sistema de salud son esenciales (1,2). En Uruguay el acto de maternar se incrementa en adolescentes entre 15 y 19 años, siendo en nuestro país más de una de cada cinco adolescentes, que transitan un embarazo en condiciones de extrema pobreza y desigualdad social, cultural y de género (3). La adolescente embarazada transita su embarazo frecuentemente sin apoyo familiar, acompañado de carencias afectivas y económicas, en donde generalmente el abandono escolar ocurre tempranamente, aspectos que contribuyen a que la adolescente se aisle de sus vínculos sociales (en particular las educativas y barriales). Es una estrategia del primer nivel generar espacios de intercambio entre los profesionales de la enfermería y las poblaciones adolescentes, con los objetivos de sensibilizar sobre educación sexual y reproductiva, promover los controles en salud, vincular con redes sociales, acompañar en procesos educativos y de apoyo familiar, entre otras.

OBJETIVO

Reflexionar sobre los determinantes que inciden en la vulneración de las adolescentes embarazadas, desde la visión profesional del cuidado enfermero, con una mirada integradora y comunitaria desde el primer nivel de atención.

DESARROLLO

En todas las comunidades del mundo, la estratificación socioeconómica, genera determinantes sociales que inciden en la salud pública e integración social de sus habitantes. Muchos estudios mencionan, que las adolescentes en vulnerabilidad social y de un nivel socioeconómico más bajo, tienen mayor posibilidad de tener un embarazo a edades tempranas (1).

Este contexto se manifiesta en sociedades en donde el propio sistema segrega ante la ausencia de competencias generadas por la finalización de estudios, derivando en la segmentación del trabajo, falta de oportunidades y accesibilidad a fuentes de empleos formales y con beneficios sociales, en donde se excluyen a familias, de niveles socioeconómicos, que se ven inmersas en círculo en donde los hijos

1 Alames Uruguay. E-mail: evaluna3105@gmail.com

de padres pobres repetirán la secuencia. Desde las políticas públicas en salud, desde el primer nivel de atención se gestionan estrategias con el fin de sensibilizar y educar en salud sexual y reproductiva a través de taller disertados por profesionales de la salud, especialmente de la disciplina enfermería, brindar la accesibilidad a los métodos de anticoncepción, el acompañamiento a las familias en el cuidado físico y en salud mental de las adolescentes, la inclusión en programas comunitarios de participación social, para promover empoderamiento personal y social, lo que se ve enmarcado en injusticias sociales del sistema que convergen en la vulnerabilidad de esta población y el eventual embarazo adolescente. Es importante reflexionar sobre la importancia del personal de enfermería en el cuidado de las adolescentes para disminuir el impacto de la consecuencia de sus vulneraciones en el contexto de pobreza, evitando la prematura maternidad. Las inequidades sociales promueven las barreras en el acceso a los recursos, a las ofertas educativas y laborales, a las oportunidades de vivienda, de servicios básicos, de inclusión a las actividades sociales y barriales, afectando a las familias que se encuentran en condiciones de pobreza, vulnerabilizando las oportunidades de una vida digna, el usufructo de sus derechos, y afectando las posibilidades de crecimiento personal y laborales de nuestras adolescentes.

CONCLUSIONES

Es necesario el aporte del rol de la disciplina en enfermería, que participe activamente en contribuir y promover las acciones de cuidado integral para las poblaciones vulneradas en contexto inequidad social, especialmente de las adolescentes que son atravesadas por los determinantes que influyen en la prematurez de sus embarazos, afectando el usufructo de sus derechos. Para ello debemos jerarquizar el cuidado de las embarazadas adolescentes, identificar sus necesidades afectadas y de comprender el proceso de embarazo como una situación de vida que hay que acompañar y apoyar con políticas públicas inclusivas, extensivas, y en un sistema de salud continente.

A través de la formación profesional en enfermería y los aportes de la experiencia comunitaria es que se proyectan estrategias de cuidado integral, prevención y promoción, acompañamiento y educación para las adolescentes y sus familias.

REFERENCIAS

- (1) Maternidad adolescente, desigualdad social y exclusión educativa en el Norte de Santander (Colombia) y Táchira (Venezuela). *Redalyc.org* [Internet]. [citado 2025 mar 15]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/122/12252817007/html/>
- (2) Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Embarazo adolescente: otra cara de la inequidad en Uruguay [Internet]. Uruguay: UNFPA; [citado 2025 mar 15]. Disponible en: <https://uruguay.unfpa.org/es/noticias/embarazo-adolescente-otra-cara-de-la-inequidad-en-uruguay>
- (3) Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Porcentaje de embarazos en madres adolescentes en el total de nacimientos según departamento de residencia materna [Internet]. Uruguay: MIDES; [citado 2025 mar 15]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/porcentaje-embarazos-madres-adolescentes-total-nacimientos-segun-departamento-residencia>

EMPODERAMIENTO FEMENINO Y SALUD CARDIOVASCULAR EN COMUNIDADES RURALES

Rosa Nury Zambrano Bermeo¹

Paula Andrea Tamayo Montoya

Palabras clave: Enfermedad cardiovascular, mujer, zona rural, prevención, empoderamiento.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres rurales representan un tercio de la población a nivel mundial y el 43% de la mano de obra agrícola (1). En América Latina y el Caribe (ALC) la población rural representaba un 20% de la población (2). En ALC las mujeres rurales desarrollan una gran variedad de actividades como ser asalariadas, emprendedoras, artesanas, pescadoras, agricultoras, recolectoras; participan también en actividades productivas familiares o comunitarias y otras se desempeñan en actividades no agrícolas (3)

La falta de atención en salud para las mujeres rurales es la manifestación de las brechas de género que ponen en riesgo su vida; ellas viven bajo pautas culturales de desigualdad y su bienestar suele estar por debajo de las necesidades de sus familias y comunidades, poniendo en riesgo su salud (4). Las mujeres rurales a pesar de ser productoras de alimentos saludables se ven expuestas a presiones económicas y educativas, no teniendo acceso equitativo a la asistencia sanitaria, educación, saneamiento, agua potable o acceso a internet. Lo que se traduce en una menor remuneración por el trabajo realizado en el sector agrícola, ganando en promedio un 18.4% menos que los hombres asalariados que trabajan en el mismo sector (5).

Estas desigualdades se traducen en que 19 millones de mujeres de ALC, sufren inseguridad alimentaria severa, en comparación con 15 millones de hombres; y la prevalencia de obesidad entre las mujeres de 19 países de la región supera en al menos 10 puntos porcentuales a la de los hombres (6). Así entonces, las mujeres rurales experimentan una doble carga nutricional, coexistencia de desnutrición con sobrepeso, obesidad o enfermedades no transmisibles relacionadas a la dieta (7), quedando claro que el género modela la salud de hombres y mujeres, haciendo un llamado a que se lo identifique como un determinante social de la salud (7,8). Ante esta situación, se hace necesario el empoderamiento de las mujeres rurales para mejorar la salud cardiovascular en las comunidades rurales, teniendo en cuenta que la falta de atención en salud y las brechas de género agravan esta situación, poniendo en riesgo sus vidas (9).

OBJETIVO

Promover el empoderamiento de las mujeres rurales para el autocuidado de su salud cardiovascular.

1 Docente Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia. E-mail: rosa.zambrano00@usc.edu.co

METODOLOGÍA

Diseño: Investigación acción participación. Sujetos/participantes/muestra: 50 mujeres rurales del Valle del Cauca, Colombia, provenientes de 10 municipios diferentes.

Procedimientos:

– Reclutamiento: el acercamiento a las mujeres se llevó a cabo a través de los líderes de la Red de Mercados Agroecológicos del Valle del Cauca (Red Mac) con los investigadores de la Universidad Santiago de Cali y la colaboración Fundación WWB Colombia,

– Instrumentos de recolección de datos: Conoce tu riesgo y peso saludable, además de grupos focales, talleres participativos para identificar necesidades y prácticas alimentarias.

Análisis de datos:

Cuantitativo: Análisis estadístico de encuestas

Cualitativo: Análisis temático de entrevistas y talleres.

Consideraciones éticas: esta investigación contó con el aval de comité de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali, según Acta de fecha 23 de febrero de 2024.

RESULTADOS

Se formaron grupos de trabajo con las mujeres asistentes, promoviendo un ambiente colaborativo donde se intercambiaron conocimientos y experiencias. Se evaluó el riesgo cardiovascular, lo cual proporcionó una base sólida de información para el análisis. Posteriormente, se implementó un análisis participativo de estos datos, permitiendo a las propias mujeres rurales contribuir activamente y validar la información recopilada.

En el monitoreo de prácticas alimentarias a través del fotovoice, se exploraron las pautas culturales y familiares que influyen en el acceso de las mujeres a alimentos saludables y se encontraron estrategias que las mujeres rurales pueden emplear para cuidar su salud y apoyarse mutuamente; se llevaron a cabo actividades educativas como “¿Cómo cuido mi corazón?”, donde se sensibilizó a las participantes sobre la toma de presión arterial, resaltando la importancia de monitorear su salud cardiovascular.

La sensibilización se extendió a temas cruciales como la alimentación saludable y la actividad física, bajo el lema “La salud cardiovascular está en tu cocina”. Se realizaron sesiones para enseñar a las mujeres sobre prácticas alimentarias beneficiosas para el corazón y se promovió la actividad física como una herramienta vital para mantener la salud cardiovascular. También se abordó el bienestar emocional, destacando cómo cuidar el corazón también implica proteger la salud mental.

Finalmente se creó una cartilla educativa para el autocuidado cardiovascular. Para validar el contenido de la cartilla educativa, las participantes trabajaron en subgrupos, proponiendo y desarrollando temas relevantes como recetas de cocina para prevenir el riesgo cardiovascular, remedios tradicionales, y estrategias de apoyo mutuo entre las mujeres.

CONCLUSIÓN

Las mujeres rurales adquirieron conocimientos y habilidades para gestionar su salud, con apoyo académico para validar y aplicar estos conocimientos en sus comunidades.

El empoderamiento y la educación en salud son fundamentales para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares en mujeres rurales. Este enfoque no solo mejora la salud de las mujeres, sino que también contribuye al fortalecimiento de la población rural y al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

REFERENCIAS

- (1) Food and Agriculture Organization of the United Nations. Women in agriculture [Internet]. [citado 11 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.fao.org/reduce-rural-poverty/our-work/women-in-agriculture/en/>
- (2) Banco Mundial. Población rural (% de la población total) – Latin America & Caribbean [Internet]. 2021 [citado 11 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.RUR.TOTL.ZS?end=2021&locations=ZJ&start=2021&view=map>
- (3) Food and Agriculture Organization of the United Nations. Atlas de las mujeres rurales de América Latina: al tiempo de la vida y los hechos [Internet]. 2017 [citado 11 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://lac-conocimientos-sstc.ifad.org/es/w/atlas-de-las-mujeres-rurales-de-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-%C2%A8al-tiempo-de-la-vida-y-los-hechos%C2%A8-1>
- (4) ONU Mujeres. Learn the facts: rural women and girls [Internet]. 2018 [citado 11 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/multimedia/2018/2/infographic-rural-women>
- (5) Food and Agriculture Organization of the United Nations. La situación de las mujeres en los sistemas agroalimentarios [Internet]. 2023 [citado 11 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.fao.org/documents/card/en/c/CC5060ES>
- (6) Food and Agriculture Organization of the United Nations; Organización Panamericana de la Salud; World Food Programme; United Nations Children's Fund. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018. Santiago: FAO; 2018.
- (7) World Health Organization. The double burden of malnutrition: policy brief [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [citado 11 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255413/WHO-NMH-NHD-17.3-eng.pdf?ua=1>
- (8) Organización Panamericana de la Salud; World Health Organization. Determinantes sociales [Internet]. 2019 [citado 11 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=336&Itemid=40924&lang=es
- (9) Suárez Higuera EL. El empoderamiento de la mujer campesina como contribución al logro de la seguridad alimentaria y nutricional: caso Bogotá Rural y Cundinamarca [master's thesis]. Bogotá: Departamento de Nutrición Humana; 2017.

ENTRE DUALIDADES: VIOLÊNCIA COTIDIANA E POSSIBILIDADE DE ACOLHIMENTO NA JUVENTUDE QUE ESCAPA À CISHETERONORMATIVIDADE

Andrea Del Pilar Trujillo Rodríguez¹

Gilherme Lamperti Thomazi

Cristiane Da Silva Cabral

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência é um problema de saúde pública mundial. Entretanto, quando vinculada às questões de gênero ela tem sido tratada como uma questão privada. Como forma de enfrentamento, movimentos de grupos minorizados têm buscado trazer ao debate público essa questão e demandando do estado diferentes estratégias de proteção e reconhecimento de direitos. No Brasil, a violência contra homens e mulheres não-heterossexuais é alarmante e muitas vezes invisibilizada pelas estatísticas oficiais. Argumentamos neste trabalho que a violência contra pessoas dissidentes do sistema sexo-gênero é cotidiana e está presente em todas as áreas de sua vida. Instituições como família, escola e religião operam simultaneamente como espaços de acolhimento e opressão, reforçando normas e práticas excludentes

OBJETIVO

Analisar como a violência contra pessoas dissidentes do sistema sexo-gênero se manifesta de forma cotidiana e em diferentes esferas da vida, evidenciando o papel ambíguo de acolhimento e opressão de instituições como a família, a escola e a religião.

METODOLOGIA

Trata-se de análise biográfica a partir de um estudo de caso, que permitiu identificar os momentos de ruptura na trajetória de vida do jovem, assim como as dinâmicas que perpetuam violências normalizadas. Nos detivemos na narrativa de Yuri, um homem cisgênero gay, de dezoito anos, para discutir como práticas de controle e exclusão são naturalizadas no cotidiano, especialmente contra corpos dissidentes da cisheteronorma. Este trabalho é fruto do projeto matriz: “Em tempos de COVID-19: iniciação sexual, socialização e exposição ao risco de jovens de escolas públicas de ensino médio” que entrevistou, entre 2022 e 2024, jovens com idades entre 16 e 19 anos estudantes de escolas públicas de ensino médio que vivem em territórios de grande vulnerabilidade social na cidade de São Paulo.

¹ Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde e Sociedade, Faculdade de Saúde Pública. E-mail: atrujillor@usp.br.

RESULTADOS

A trajetória de Yuri evidencia como a violência contra pessoas dissidentes do sistema sexo-gênero é cotidiana e institucionalizada, atravessando diferentes esferas de sua vida. No âmbito familiar, ele vivenciou tanto apoio financeiro e incentivo aos estudos quanto o controle rigoroso de sua identidade, ilustrando a dualidade entre proteção e disciplina. Sua irmã se destacou como fonte de acolhimento em meio a discursos disciplinadores e normas cisheteronormativas. No contexto religioso, práticas como a “cura gay” e o “culto da disciplina” funcionaram como instrumentos de repressão, legitimando restrições severas sob a lógica de purificação. Essas experiências ilustram o controle biopolítico exercido sobre corpos dissidentes, como argumenta Foucault (1), e expõem a religião como potente mecanismo de exclusão e normatização. A escola revela também um papel ambíguo: enquanto a instituição privada adventista reforçou a vigilância moral e comportamental, a escola pública proporcionou acolhimento, redes de apoio e oportunidades de resistência, graças ao suporte de docentes e pares. Este contraste dialoga com Louro (2), que aponta a escola como espaço fundamental na (re)produção de gênero e sexualidade. Nas relações afetivo-sexuais, a violência assumiu formas variadas, desde abusos e ausência de consentimento até práticas inseguras e dinâmicas de poder desiguais, revelando a vulnerabilidade e a dificuldade de impor limites. Com base no conceito de “outsider within” (Collins) (3), Yuri ocupa um entre lugar nas instituições: pertence, mas não é plenamente reconhecido. Sua trajetória reforça a noção de violência descrita por Das (4,5), mostrando como ela se infiltra no ordinário, nos vínculos sociais, molda subjetividades e acaba sendo naturalizada como parte da vida diária.

CONCLUSÕES

A partir do estudo da trajetória de vida de Yuri, concluímos que mesmo em cenários de intensa opressão, a resistência e a agência são possíveis. A busca por redes de apoio, a construção de novas narrativas de pertencimento e a reivindicação de espaços mais inclusivos são estratégias fundamentais para o enfrentamento das violências estruturais. As políticas de prevenção da violência de gênero devem considerar não apenas a dinâmica doméstica, mas também os processos institucionais que reforçam a marginalização de identidades dissidentes. É urgente problematizar o papel das instituições religiosas e educacionais na perpetuação de violências simbólicas e estruturais, ampliando as discussões sobre políticas de acolhimento para os jovens da população LGBTQIA+.

REFERÊNCIAS

- (1) Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1976.
- (2) Louro GL. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica; 2018.
- (3) Collins PH. Fighting words: Black women and the search for justice. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1998.
- (4) Das V. Vida e palavras: violência e sua descida ao ordinário. São Paulo: Editora UNESP; 1999.
- (5) Das V. Texturas do ordinário. São Paulo: Editora UNESP; 2015.

ENTRE O DITO E O NÃO DITO: AS RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO DO SUS

Maria Caroline da Silva Nascimento¹

Daniel de Souza Campos²

INTRODUÇÃO

O presente trabalho constitui-se enquanto resultado de pesquisa elaborada durante estágio supervisionado na graduação de serviço social, levantando a problemática do silenciamento das relações étnico-raciais em um serviço terciário do Sistema Único de Saúde (SUS) do município do Rio de Janeiro.

Apesar de constituir-se enquanto um modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações, a política de saúde pública está, desde a sua gênese, inserida em uma disputa política, econômica e social, cujas tensões se encontram no âmbito da correlação de forças entre o serviço público e privado, no qual “as políticas sociais são os principais alvos da mercantilização, da focalização, da privatização, da transformação de bens e serviços em mercadorias destinadas a manter aquecido o consumo e a competitividade (1)”.

Nesse sentido, o avanço do debate da questão de raça e gênero faz-se importante na medida em que esses conceitos são inerentes ao modo de estruturação das relações sociais brasileiras, constituindo, então, uma disputa societária de projetos da sociedade: falar do enfrentamento à todas as formas de preconceito e discriminação é falar de mudança; de outra forma de sociabilidade que não o capitalismo; é falar da produção de conhecimento e da sistematização das informações a partir de perspectivas democratizantes no que tange ao acesso aos serviços.

OBJETIVO

Problematizar o silenciamento das relações étnico-raciais em um serviço terciário do SUS a partir do projeto de intervenção “Sankofa: o resgate de uma memória social negra em um serviço terciário do SUS”, realizado durante estágio supervisionado na graduação de Serviço Social.

1 Graduada em Serviço Social pela UFRJ. Residente do Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde (CESSS) na Modalidade Residência da FFS/UERJ, atuando no âmbito do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/UERJ). E-mail: mariacaroline.seso@gmail.com

2 Professor Adjunto da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisador do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/UERJ). E-mail: d.campos@ess.ufrj.br

METODOLOGIA

A presente pesquisa buscou retomar o processo histórico da formação social brasileira com vistas a fomentar a discussão das iniquidades raciais presentes no setor saúde. Para tanto, realizou-se duas ações, sendo: 1) Ação de educação em saúde com os usuários dos serviços; e 2) Ação com os profissionais da equipe multidisciplinar da referida unidade.

Para a primeira ação, realizou-se a confecção de um folder informativo sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a importância desta para os serviços e a viabilização de direitos, onde após aprovação do mesmo pela chefia do Serviço, este ficou disponível para a equipe do Serviço Social enquanto recurso permanente para as intervenções profissionais.

A ação com o corpo multiprofissional ocorreu por meio de um formulário autoral de sensibilização para a temática das relações étnico-raciais na instituição, buscando identificar entraves e potencialidades na apreensão da temática em âmbito interdisciplinar e profissional, no qual o conjunto das ações metodológicas e interventivas possam tensionar um posicionamento ético-político e técnico-operativo que vá de encontro com as perspectivas contra hegemônicas.

RESULTADOS

No tocante às respostas obtidas no formulário para a sensibilização da equipe multiprofissional acerca da temática das relações étnico-raciais, apesar de as categorias profissionais considerarem relevante a presença do quesito raça/cor nos instrumentos de trabalho na saúde, nota-se, ainda, uma mitificação da questão racial na sociedade quando perguntado sobre situações em que o profissional apresentou dificuldades em responder às demandas dos usuários dos serviços.

No que se refere à intervenção realizada diretamente com este último público, o não interesse das pessoas que se identificam enquanto brancas na atividade de educação em saúde com o enfoque na PNSIPN frente aos olhares atentos daqueles que se identificam enquanto pessoas negras exemplifica o caráter narcísico da branquitude (2): ao se optar por silenciar, não falar, não ouvir, não ler e, em suma, não discutir a temática étnico-racial, não se modifica a estrutura que preserva os seus privilégios e, com isso, alimenta da branquitude como universal.

A potencialidade da execução de ações de educação em saúde ocorre, também, na medida em que os olhares atentos demonstram um processo de tomada de consciência de atravessamentos sociais alicerçados pelo racismo e de desalienação das subjetividades coletivas, apontando, então, para novas possibilidades de (re) existir.

No que concerne aos eventos e atividades proporcionados pela equipe de assistentes sociais, o Serviço Social na referida instituição demonstra o seu compromisso ético-político com a luta antirracista ao reafirmar um princípio fundamental do Código de Ética Profissional (1993), sendo a eliminação de todas as formas de preconceito e discriminação, o incentivo ao respeito e à diversidade e a defesa intransigente dos Direitos Humanos.

CONSIDERAÇÕES

A implementação efetiva de políticas voltadas à população negra ainda se constitui enquanto um desafio na sociedade brasileira, sustentado pelo racismo estrutural e institucional.

A intervenção aqui exposta possibilita um estudo mais amplo dos dados epidemiológicos para o planejamento de políticas sociais e públicas, cuja não sinalização, produção e sistematização dos dados supracitados acabam por corroborar com o silenciamento conivente ao racismo estrutural e institucional, produzindo, no entanto, uma defasagem de pesquisas, trabalhos e estudos voltados à temática.

Contudo, ressalta-se que esta iniciativa não deve partir apenas de assistentes sociais. Demais categorias profissionais podem e devem abordar essa temática com seus pares e usuários dos serviços a fim de proporcionar um atendimento que se distancie de concepções que corroborem para o recrudescimento das iniquidades raciais em saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Pelaez EJ, Behring ER, Boschetti IS, Cislighi JF, Bravo MIS, Teixeira SO. Ajuste fiscal e seguridade social: retrocessos e desafios em tempos de ofensiva conservadora. Rev Pol Públ [Internet]. 2020 set 16 [citado 2025 abr 9];24:200-2. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/15104>
- (2) Bento MAS. O pacto da branquitude. São Paulo: Companhia das Letras; 2022. 148 p.

ENTRE O TERRITÓRIO E A UBS: AÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA DINÂMICA DA VIOLÊNCIA OSMÓTICA CONTRA A MULHER

Jeremias Campos Simões¹

Silvanir Destefani Sartori

Jandesson Mendes Coqueiro

Maria Angélica Carvalho Andrade

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública, agravado pelo aumento de 12,4% no número de mulheres violentadas em 2024, em comparação ao ano anterior. No Brasil, isso significa que, a cada 24 horas, 13 mulheres sofreram alguma forma de violência (1). Nesse cenário, o enfrentamento e a intervenção sobre esse fenômeno exigem estratégias integradas entre segurança pública, assistência social e saúde. Na saúde, destaca-se a atenção primária, com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), dada sua capilaridade.

De forma metafórica, pode-se descrever que, como um sistema osmótico (2), a violência vivenciada pela mulher ultrapassa os limites do território onde ocorre a violência, transferindo-se para o interior do serviço da UBS. Nesse processo, ao atravessar a membrana semipermeável da UBS, a experiência de violência se mistura às vivências e experiências dos profissionais que acolhem a mulher violentada.

Há de pensar metaforicamente. Para que esse movimento aconteça sem gasto de energia, é essencial que os profissionais estejam sensíveis a acolher as necessidades da mulher, a compreender o não dito. Nesse movimento, na abertura e capilaridade dos “poros” da membrana da UBS, destaca-se a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais que, no cotidiano do trabalho, exploram o território de saúde da UBS com ESF.

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Atenção Primária à Saúde, Agentes Comunitários de Saúde, Cuidados de Saúde

OBJETIVO

Compreender os sentidos elaborados pelas trabalhadoras e trabalhadores de saúde de nível superior quanto a atuação dos agentes comunitários de saúde na dinâmica da violência osmótica, no contexto das ações da Estratégia Saúde da Família.

1 1 Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC/UFES. Professor da Universidade Federal Fluminense - UFF. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc); do Laboratório de Investigação em Atenção Psicossocial (Liaps) e do Laboratório Lean Healthcare, Bioética e Enfermagem (LeBiEn). jcsimoes@id.uff.br

METODOLOGIA

O estudo adota abordagem qualitativa, exploratória com dados obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas. Participaram da pesquisa trabalhadoras e trabalhadores da saúde de uma UBS, integrantes de três equipes da ESF na região metropolitana da Grande Vitória, ES. As entrevistas ocorreram entre janeiro e maio de 2023, realizadas com perguntas norteadoras, gravadas, transcritas e geraram um corpus de 97 páginas. A produção de dados foi encerrada quando identificado a ocorrência de saturação teórica, associada a não disponibilidade de mais trabalhadoras e trabalhadores.

A análise do corpus produzido, incluiu as etapas: a) Tratamento do corpus de pesquisa; b) Leitura flutuante; c) Análise das entrevistas a partir da técnica de “análise de similitude” via Iramuteq. Essa análise foi considerada apropriada e relevante, uma vez que se baseia na teoria dos grafos, permitindo a detecção das coocorrências entre as palavras e a representação visual obtida por meio da análise do corpus, que evidencia relações de conexão entre os termos (3). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob parecer nº 5.640.771.

RESULTADOS

Foram entrevistados 12 profissionais de nível superior: 3 da Enfermagem, 1 da Fonoaudiologia, 4 da Medicina, 1 da Odontologia e 3 da Psicologia. Entre os participantes, 8 se identificaram como mulheres e 4 como homens. A análise das falas indicou que o processo de territorialização do serviço de saúde se consolida como principal estratégia para promover saúde conforme as diretrizes da ESF. Nesse processo, ocorre o movimento osmótico do território para a UBS, tendo o ACS como potente mediador e condutor para permeabilidade da membrana da UBS, conforme expresso nas falas: “[...] quando o agente de saúde está atuando, ele está atuando dentro da casa das pessoas [...]” e “[...] quando ele está dentro da casa das pessoas, ele pode identificar uma situação e trazer para a equipe. Ele cria um vínculo com o usuário e aí esse usuário acaba se sentindo acolhido e compartilhando algumas situações com esse agente de saúde [...]”.

Observa-se, portanto, que, para essas trabalhadoras e trabalhadores, os ACS ao estabelecerem vínculo com o território, família e sujeito, são capazes de identificar situações (violências) “dentro da casa das pessoas” e, a assim inicia-se a (re) conexão com o serviço de saúde, elemento fundamental para a manutenção do movimento osmótico, pois é no estabelecimento do vínculo que a membrana da USB se torna permeável (2).

O “estar dentro da casa das pessoas” permite ao ACS transportar as demandas identificadas no território, para dentro da UBS, para o núcleo da equipe multidisciplinar, requerendo assim, outras medidas de intervenções frente a suspeita de violência contra determinada mulher. Sem vínculo, a dinâmica da capacidade semipermeável da membrana é diminuída e pode levar a desidratação do serviço e consequentemente ao desequilíbrio osmótico.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A interrupção do ciclo da violência contra a mulher demanda múltiplas frentes de intervenção que considerem os aspectos socioculturais da mulher violentada, incluindo o acesso e a articulação da rede de atenção à saúde no território habitado pelos sujeitos envolvidos. Nesse contexto, os eventos de violências perpassam o território e alcançam a estrutura interna da UBS por meio dos processos intersubjetivos de fala e escuta mediados pelos ACS, sustentando a dinâmica do sistema osmótico da violência.

Assim, ao compreender a violência contra a mulher em movimento osmótico com a UBS, onde diferentes trabalhadoras e trabalhadores atuam como componente celular fundamental para a dinâmica das trocas, é imprescindível reconhecer que as medidas de proteção devem ser formuladas não apenas para a usuária em situação de violência, mas também para os profissionais envolvidos no seu enfrentamento, que se constituem como componentes essenciais da engrenagem coletiva de cuidado e responsabilização.

REFERÊNCIAS

- (1) Observatório da Segurança. Elas vivem: um caminho de luta [Internet]. Rio de Janeiro: CESeC; 2025 [citado 2025 mar 22]. Disponível em: https://observatorioseguranca.com.br/wordpress/wp-content/uploads/2025/03/elas-vivem_um-caminho-de-luta_fev25_WEB-1.pdf.
- (2) Campos Simões J, Destefani Sartori S, Carvalho Andrade MA. Movimentos osmóticos: A violência contra a mulher e a promoção da saúde em uma unidade básica de saúde. Textos Contextos (Porto Alegre) [Internet]. 23 de julho de 2024 [citado 30 de março de 2025];23(1):e45328. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/45328>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- (3) Veras RM, Passos VBC, Feitosa CCM, Fernandes SCS. Diferentes modelos formativos em saúde e as concepções estudantis sobre atendimento médico humanizado. Ciênc Saúde Colet. 2022 [citado 2025 mar 15];27(5):1781-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23832021>.

ESCUTANDO O TERRITÓRIO: A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E OS MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA

Clarice Pimentel Paulon¹

Tatiana de Vasconcellos Anéas²

Renata Souza Gonçalves³

André Carreiro Kohan⁴

Dalila Viana de Freitas⁵

Alexander de Carlo Freitas Navarro⁶

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa papel central na construção de redes que acolham o sofrimento psíquico da população de forma integral (1). Apesar desse potencial observa-se a predominância de práticas biomédicas com uso recorrente de psicofármacos e encaminhamentos, em detrimento de abordagens integradas. Persistem desafios na articulação das equipes, na escuta qualificada e no reconhecimento das singularidades do sofrimento, invisibilizadas por marcadores sociais como classe, raça, gênero e trabalho (2, 4).

Nesse contexto, a proposta do projeto de Educação Permanente, fruto da parceria entre a APSP (Associação Paulista de Saúde Pública) e o GITS (Grupo de Investigação Território e Subjetividades), surgiu para fortalecer a capacidade crítica e técnica das equipes da APS no município de Diadema-SP. A formação parte do cotidiano dos trabalhadores, propondo reflexões sobre suas práticas de acolhimento e escuta, e incorporando os marcadores sociais da diferença na leitura do sofrimento psíquico.

A escuta, enquanto prática ética e política, deve captar os atravessamentos do sofrimento em sua complexidade: as relações entre classe, raça, gênero e trabalho no território. Ampliando essa compreensão, o cuidado deixa de ser um ato isolado e fragmentado para se constituir como prática coletiva, situada, comprometida com a transformação social e com a produção de redes de apoio e resistência (3, 4).

1 Professora credenciada no Programa de Pós Graduação em Educação Sexual da Unesp (campus Araraquara). E-mail: claricepp@gmail.com

2 Instituto de Saúde da SES. E-mail: tatiana.v.aneas@gmail.com

3 Mestre em Psicologia Social (USP) e professora do curso de Psicologia na FMU. E-mail: sgoncalvesrenata@gmail.com

4 E-mail: andrekohan18@gmail.com

5 E-mail: freitas.dv@gmail.com

6 E-mail: Acfnavarro@yahoo.com.br

OBJETIVO

Este relato apresenta a experiência de um processo de Educação Permanente em Saúde desenvolvido no município de Diadema-SP, com o objetivo de discutir e analisar os principais problemas de saúde do campo da saúde mental de forma interseccional com classe, raça e gênero, buscando apoiar o desenvolvimento da escuta para a subjetividade na APS.

METODOLOGIA

O processo foi construído com base nos princípios da Educação Permanente em Saúde. A prática fundamentou-se no uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com foco na análise de casos concretos trazidos pelos próprios profissionais da APS. A escuta qualificada das experiências em serviço foi ponto de partida para reflexões, reconstruções e elaboração coletiva de estratégias de cuidado (1).

O conteúdo foi organizado em três eixos temáticos: A noção de escuta para a produção e promoção da saúde mental; Interseccionalidades e a escuta – abordando as relações entre raça, gênero, classe e território, e como eles impactam a construção das subjetividades, o sofrimento psíquico e as formas de vulnerabilidade nos diferentes contextos de vida; o mundo do trabalho e seus efeitos na escuta – analisando como a lógica produtivista, a precarização das relações de trabalho na saúde e a sobrecarga impactam tanto os trabalhadores quanto à população.

RESULTADOS

A formação foi ofertada a todas as unidades e categorias profissionais da APS de Diadema, com turmas compostas por até 25 participantes, garantindo espaços acolhedores, com escuta ativa e participação horizontal. Estão previstas 5 turmas, totalizando a formação de 125 profissionais. 4 turmas já foram realizadas com ampla adesão, trocas potentes e aprofundamento crítico sobre as práticas de cuidado em saúde mental. Após essa primeira formação serão realizadas rodas de conversa in loco em todas as unidades de saúde do município.

A partir da escuta ofertada observou-se a possibilidade de articulações entre a rede, abrindo espaço para a escuta qualificada de profissionais o que possibilitou uma ressignificação de seus processos de trabalho e um entendimento sobre suas condições de atuação. Raça e gênero foram os temas predominantemente mais sensíveis nos grupos até agora desenvolvidos. Observa-se também que a privatização da saúde tem produzido impasses tanto na lógica de trabalho necessária para o desenvolvimento de uma escuta qualificada e integrada na APS quanto na organização, autonomia e gestão dos processos de trabalho por parte dos trabalhadores.

A Educação Permanente, assim, se consolida como dispositivo estratégico na luta antimanicomial, na valorização das práticas emancipatórias e no fortalecimento de vínculos entre trabalhadores e comunidade. É por meio dela que se constrói uma APS crítica, potente e enraizada na justiça social.

CONCLUSÕES

O sofrimento psíquico não pode ser desvinculado das condições materiais e simbólicas impostas por estruturas históricas de opressão (4). O capitalismo subordina a vida humana à lógica da produtividade e do lucro, precariza as relações sociais, intensifica a exclusão e gera subjetividades marcadas pela ansiedade, isolamento e exaustão. A colonização também deixou heranças profundas — como o racismo estrutural, o epistemicídio e a marginalização de saberes e práticas não-hegemônicas — que seguem produzindo sofrimento e desigualdade no cotidiano das populações racializadas e periféricas (4). Se faz necessário pensar políticas públicas que garantam o processo de formação e aprofundamento da discussão dos marcadores sociais da diferença em saúde mental na APS bem como garantir maior autonomia dos trabalhadores na gestão de seu próprio trabalho (5).

REFERÊNCIAS

- (1) Paiva V, Ayres JR, Buchalla C, organizadores. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá; 2012.
- (2) Amarante P. Teoria crítica em saúde mental: textos selecionados. São Paulo: Zagodonj; 2017.
- (3) Reis AP. Trabalho, saúde e adoecimento mental: percursos na rede de atenção do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2020.
- (4) Passos RG. “Crimes da paz”: as expressões do racismo na saúde mental da população negra. In: Magno PC, Passos RG, organizadoras. Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro; 2020. p. 34-48.
- (5) Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

ESTIGMA, VIOLENCIAS Y TÁCTICAS DE RESISTENCIA ENTRE MUJERES QUE VIVEN CON VIH EN CHILE A TRAVÉS DE MÉTODOS MULTIMODALES Y ARTE

Angelica Cabezas-Pino¹

Ana Maria Alarcon Munoz

PRESENTACIÓN / INTRODUCCIÓN

Esta investigación analiza los efectos del estigma del VIH en las experiencias de vida de mujeres que viven con el virus en la Región de La Araucanía, Chile, mediante una metodología participativa y multimodal basada en las artes. El estudio se sitúa en un contexto marcado por la feminización de la epidemia (3), con un aumento sostenido de nuevos casos y baja cobertura de tratamiento antirretroviral. A pesar del acceso gratuito desde 2013, el estigma persiste como barrera estructural que dificulta el diagnóstico, la atención y el apoyo comunitario (1). Se explora cómo las mujeres significan, experimentan y resisten el estigma, considerando su intersección con violencias estructurales como racismo, pobreza y violencia de género en contextos de salud (5). A través de trabajo etnográfico y talleres de autorrepresentación visual, el proyecto busca aportar conocimiento situado y relevante para el diseño de políticas públicas en salud colectiva, promoviendo la participación significativa de mujeres viviendo con VIH, como plantea ONUSIDA (4).

OBJETIVO

Comprender cómo mujeres que viven con VIH en la Región de La Araucanía experimentan, significan y resisten el estigma en sus vidas cotidianas, considerando las intersecciones entre género, clase, etnicidad y ruralidad, mediante métodos participativos y arte multimodal, con el fin de visibilizar sus trayectorias y aportar a estrategias de salud colectiva con enfoque situado e interseccional (6).

METODOLOGÍA

El estudio se basa en una metodología cualitativa, participativa y multimodal, que integra trabajo etnográfico, entrevistas y talleres de autorrepresentación visual, en colaboración con mujeres viviendo con VIH en la Región de La Araucanía. Se articula desde principios de la Investigación Acción Participativa (IAP), combinados con lenguajes artísticos como medios de reflexión, expresión y análisis. Las participantes fueron convocadas mediante redes de salud pública y organizaciones comunitarias. En los talleres se emplearon collages, autorretratos y artefactos visuales para explorar experiencias vinculadas al diagnóstico, el estigma y la resiliencia. Estas producciones fueron analizadas colectivamente, permitiendo identificar zonas de conflicto y agencia. El análisis se estructura desde una perspectiva interseccional que reconoce la copresencia de múltiples formas de opresión (7), situando las experiencias en su complejidad social, histórica y afectiva.

1

PhD. E-mail: ange.cabezas@gmail.com

RESULTADOS

Los hallazgos preliminares revelan que el estigma del VIH actúa como una estructura persistente, configurando distintos aspectos de la vida cotidiana. Se identificaron cuatro dimensiones relevantes:

- Estigma sentido y representado (6): las participantes expresan vergüenza, miedo y rechazo derivados de experiencias personales y discursos sociales que asocian el VIH con desviación o culpa moral.
- Violencias estructurales: se documentaron prácticas discriminatorias en centros de salud, como atención diferida, discursos moralizantes y coerción reproductiva (5), intersecadas con pobreza y discriminación étnica y de género.
- Resiliencia y cuidado colectivo: las mujeres movilizan estrategias de resistencia que van desde redes de apoyo entre pares hasta formas de reinscribir el cuerpo como territorio de dignidad. Muchas resignifican el diagnóstico como una oportunidad vital (2).
- Lenguajes visuales como dispositivo crítico: los productos artísticos operan como narrativas contrahegemónicas que desafían imaginarios biomédicos y estigmatizantes, visibilizando trayectorias marcadas por el deseo de reconocimiento, cuidado y justicia social.

CONCLUSIONES

El estigma del VIH en contextos rurales y empobrecidos del sur de Chile no solo es una barrera de acceso a salud, sino que configura experiencias de exclusión que atraviesan cuerpo, sexualidad y pertenencia social (1). La violencia no es solo un factor de riesgo, sino que el VIH puede devenir en un acelerador de violencias. Frente a políticas que homogeneizan a quienes viven con VIH o excluyen a mujeres y niñas, esta propuesta subraya la necesidad de intervenciones sensibles a desigualdades estructurales y comprometidas con la participación activa de quienes habitan estas realidades (4). El proyecto busca aportar a la salud colectiva promoviendo formas éticas de escucha y representación que transformen imaginarios sociales y prácticas institucionales.

REFERENCIAS

- (1) Buseh AG, Stevens PE. Resistance by African American women living with HIV. *Women Health*. 2007;44(3):1-18.
- (2) Cianelli R, Wilkinson C, Mitchell E, Rivera D, De la Rosa A. HIV in Chile: an urgent need for prevention interventions. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26(6):660-9.
- (3) Ministerio de Salud de Chile. Vigilancia VIH/SIDA [Internet]. Santiago: MINSAL; 2019 [citado 2025 mar 10]. Disponible em: <https://epi.minsal.cl>
- (4) UNAIDS. Right to health [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2020 [citado 2025 mar 10]. Disponible em: <https://www.unaids.org>
- (5) Center for Reproductive Rights. Dignity denied [Internet]. New York: CRR; 2011 [citado 2025 mar 10]. Disponible em: <https://reproductiverights.org>

EXPRESSÕES DAS DESIGUALDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Thais de Souza Oliveira¹,
Adelyne Maria Mendes Pereira

INTRODUÇÃO

América Latina (AL) é uma região potente, diversa e atravessada por desigualdades estruturais, fruto dos processos de colonização e ocupação extrativista do território, que determinam as condições de vida e saúde das pessoas.

Este estudo partiu da preocupação de compreender como as desigualdades influenciam o acesso à saúde na AL. A ancorou-se em três argumentos principais. O primeiro diz respeito à importância das determinações sociais da saúde, conceito cuja gênese está relacionada ao movimento da medicina social na AL. Crítico às noções de subdesenvolvimento, liberalização da medicina e individualização do processo saúde-doença, este conceito ressalta a influência dos modos de produção e reprodução do capital sobre a saúde (1).

O segundo se refere ao peso das desigualdades e de seus efeitos sobre a saúde. As desigualdades podem ser compreendidas como uma repartição desigual produzida pelo processo social e histórico, que estratifica as pessoas e os grupos sociais (2). As desigualdades se sobrepõem, de maneira que as populações mais vulnerabilizadas são as que mais sofrem.

O terceiro e último argumento reconhece a saúde como um direito e a importância do papel do Estado na produção de políticas que promovam condições equânimes de acesso aos serviços (3). Os sistemas de saúde podem colaborar para a redução das desigualdades, ou não, a depender de sua estrutura.

OBJETIVOS

Analisar as expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina nos últimos 10 anos, destacando suas principais dimensões e características.

Os objetivos específicos foram: 1) Mapear quais dimensões das desigualdades influenciam o acesso aos serviços de saúde; 2) Identificar quais barreiras de acesso são mais frequentes; e 3) Compreender quais fatores parecem determinar tais desigualdades.

1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Mangueiras. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. E-mail: thatadso@gmail.com

METODOLOGIA

A pesquisa desenvolveu-se por meio da revisão de escopo (4), método recomendado por sua capacidade de responder a uma pergunta exploratória e ampla, fornecendo um adequado mapeamento da literatura sobre o tema.

Seguiu as etapas previstas no *Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (5): 1. Definição da questão de pesquisa; 2. Definição dos critérios de elegibilidade; 2. Mapeamento das fontes de informação; 3. Apresentação da estratégia de busca; 4. Descrição do processo de seleção das fontes de evidência; 5. Exposição gráfica da aplicação do método para seleção dos manuscritos; 6. Análise e síntese dos resultados.

Os critérios de inclusão foram: artigos que abordam desigualdades em saúde, iniquidades em saúde e acesso aos serviços de saúde; nos 20 países da América Latina; no período de 2012 a 2022; publicados em português, espanhol e inglês. Utilizou-se como fontes, as bases Lilacs, Medline, SciELO e *Web of Science*.

A análise descritiva considerou o país de publicação, autores, ano do estudo, tipo de estudo e principais resultados. Na última etapa, os resultados foram classificados em cinco dimensões que caracterizam as expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

RESULTADOS

Foram obtidos 2.117 registros e 691 foram retirados por duplicidade automaticamente. Das exclusões: 1.027 registros após leitura dos títulos, 108 após leitura dos resumos e 19 após leitura de seus textos, restando o produto final de 272 registros.

A análise da distribuição temporal (2012 a 2022) mostra uma média estável no período. A maioria dos artigos (48,52%) foi publicada no idioma inglês, seguido por 31,98% em português e 19,48% em espanhol.

A análise da frequência por dimensões das desigualdades revelou majoritariamente as desigualdades socioeconômicas no acesso aos serviços de saúde (42,6%); seguida pelas desigualdades geoespaciais (27,6%); em terceiro lugar, as desigualdades étnico/raciais (15,1%); depois, a desigualdade de gênero (11,7%); e, por fim, a desigualdade enfrentada pelas pessoas com deficiência (3,0%).

Em escala decrescente, as barreiras mais frequentes foram: socioeconômica/capacidade de pagamento em maior número (34,8%); seguida pela geográfica ou dificuldade de transporte (23,6%); disponibilidade, funcional ou organizativa (23,1%); cultural/étnica (13,5%); aceitabilidade/comunicação (3,3%); e arquitetônica (1,8%).

Considerando todas as dimensões das desigualdades, os principais fatores relacionados à sua ocorrência foram: renda (44%), expressando o peso das desigualdades socioeconômicas para o acesso aos serviços de saúde; escolaridade (35%), associada à desigual distribuição de renda, fator importante

para compreender os limites da mobilidade social; transporte (13,7%), evidenciando o peso da desigual distribuição dos serviços no território, bem como da insuficiente adaptação às necessidades das pessoas com deficiência; e condições de moradia (7,4%), associadas às desigualdades socioeconômicas, como componente estrutural importante.

CONCLUSÕES

A desigualdade socioeconômica se destaca como determinante estrutural do acesso aos serviços de saúde na AL, presente em todas as dimensões estudadas. As desigualdades se expressam através da combinação de barreiras e fatores que conformam desiguais possibilidades de acessar os serviços de saúde. As barreiras de acesso são reflexo das diferentes dimensões das desigualdades.

Esse achado é coerente com o contexto latino-americano, reforçando a importância da defesa da saúde como direito e da implementação de políticas abrangentes e intersetoriais. Estimular a participação social é fundamental para a consolidação da base social necessária ao fortalecimento de sistemas de proteção social e saúde universais. Trata-se de um compromisso ético-político para reduzir as desigualdades em todas as suas dimensões.

Os resultados completos foram publicados em Oliveira e Pereira (6).

REFERÊNCIAS

- (1) Breihl J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Salud Colectiva*. 2010;6(1):83-101.
- (2) Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
- (3) Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev Bras Epidemiol*. 2000;3(1-3):4-20.
- (4) Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020). *JBIManual for Evidence Synthesis*, JBI [Internet]. 2020 [citado 2025 Maio 12]. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>
- (5) Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 [citado 2025 Maio11]; 372:n71. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- (6) Oliveira TS, Pereira AMM. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024;29(7):e04932024. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04932024>

FAÍSCAS QUE BROTAM DO CHÃO DE UMA PRAÇA PÚBLICA EM FESTA: RELATO DE PESQUISA SOBRE CARNAVAL E LUTA ANTIMANICOMIAL

Israel Dias de Castro¹

Paulo Duarte de Carvalho Amarante²

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O presente resumo expandido visa compartilhar alguns achados, reflexões e considerações elaboradas no contexto da pesquisa realizada na construção de uma Tese de Doutorado em Saúde Pública que possui como tema as experiências de iniciativas culturais e carnavalescas inseridas no âmbito da luta antimanicomial (LA) e como problema a análise sobre sua incidência no processo social complexo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) no deslocamento do lugar social da loucura.

A atual conjuntura de contra-reforma psiquiátrica que vivemos com as mudanças no âmbito nacional que caminharam para financiar comunidades terapêuticas, bem como portarias que criaram serviços com caráter ambulatorial, são desafios importantes para a ação-reflexão-ação do conjunto da militância da luta antimanicomial, de pesquisadores do campo, de pessoas usuárias/frequentadoras dos serviços, seus familiares, trabalhadores e gestores. As festas da cultura popular, como o carnaval, poderia ser um caminho para lidar com essa conjuntura e continuamente incidir sobre o lugar social da loucura?

OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é discutir sobre as experiências de blocos de carnaval identificadas com a luta antimanicomial e seu papel na mudança do lugar social da loucura. São objetivos específicos investigar os sentidos de presença de obra presentes nos relatos sobre a vivência do desfile e a espera pelo do ano seguinte, e, compreender o papel da iniciativa de um bloco de carnaval no contexto de uma luta social mais abrangente.

METODOLOGIA

O presente trabalho possui um caráter exploratório e se trata de uma pesquisa qualitativa. Para tal desafio, realizamos revisões narrativas, mapeamentos, análises documentais. Bem como, nos encontramos com dois desses blocos, realizamos visitas à exposições, participamos de reuniões, ensaios e desfiles, realizamos entrevistas e grupos focais (E/GF). A Análise de Sentidos (1) foi o nosso aporte teórico para interpretar os elementos compartilhados pelos participantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (CAAE: 70609123.4.0000.5240). Por efeito de síntese e eclipse, escolhemos três exemplos de enunciados dos participantes e faremos algumas articulações com autores do campo da saúde coletiva e da saúde mental.

1 Doutorando em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: israeldiascastro@gmail.com

2 Pesquisador Sênior da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

RESULTADOS

No Rio de Janeiro, encontramos o Bloco Loucura Suburbana, iniciativa que existe desde o ano 2000, que foi importante no processo de desinstitucionalização de centenas de pessoas ora internas no Hospital Psiquiátrico Pedro II e de transformação no Instituto Nise da Silveira. Sua singularidade é marcada por ser um bloco de samba, com oficinas de percussão, composição musical, ateliê de fantasias durante todo o ano, evento para escolha do samba-enredo à cada ano, ademais, ter conquistado os lugares de ponto de cultura e de patrimônio imaterial cultural do povo carioca.

Em Brasília, encontramos o Bloco RivoTrio, iniciativa que existe desde o ano 2012, teve como ponto de partida o Centro de Convivência Inverso que, por sua vez, foi uma experiência pioneira de cuidado em liberdade e que já nasce em contexto de Rede de Atenção Psicossocial. Sua singularidade é marcada por ser um bloco que reúne vários coletivos, entre eles outros blocos de carnaval, bandas de música, grupos de teatro e performance, além de mobilizar os serviços substitutivos do Distrito Federal.

Os enunciados que damos destaque no presente trabalho falam, a partir de seus repertórios discursivos, sobre as vivências que mencionam catarse e trabalho relacionadas aos desfiles carnavalescos, a expectativa de que no ano posterior o bloco será mais organizado, com um público maior, que seja mais prazeroso, tratam de um sentido de porvir com esperança e implicação. A implicação com o processo de construção que se dá o ano todo também é reveladora de um processo de vínculo e convivência que a experiência no bloco proporciona.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Interpretamos que “pôr o bloco na rua” - em praça pública, com arte e cultura e bandeiras de luta - amplia e democratiza o debate público sobre saúde mental e direitos humanos etc. Ora, ao conceber que o louco não obedece à lógica do discurso da razão, do tempo linear ou das normas estabelecidas, a modernidade cria um ambiente e diversas tecnologias para excluí-lo do convívio social. (2). O que se diferencia na relação com a psicose, é a questão da obra, pois é ela que permite que a loucura tenha lugar no mundo, distante disso, a pessoa decai num esfacelamento de sua subjetividade posto que não consegue articular mediações pela linguagem ou pela criatividade. Portanto, esse futuro desejado, muitas vezes enunciado por quem vive vulnerabilidades e estigmatizações, se apresenta como uma faísca de esperança e alegria, que desloca os seus papéis e relações sociais e incide sobre um outro lugar social da loucura na sociedade.

REFERÊNCIAS

- (1) Spink MJP, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 1ª ed. São Paulo: Cortez; 1999. 295 p.
- (2) Birman J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: Amarante P, Bezerra Jr B, organizadores. Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 71-98.

FEMINIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA Y DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO: DESIGUALDAD ESTRUCTURAL EN LOS SISTEMAS SANITARIOS LATINOAMERICANOS

Maria Romina Cattaneo¹

Romina Ibarra

Lisandro Werbin

Belén Rana

PRESENTACIÓN

La presente ponencia se inscribe en un proyecto de investigación radicado en la Facultad de Salud (IUNIR) en el marco de la cátedra Filosofía II de la carrera Licenciatura en Enfermería. Dicha investigación se propone realizar una exploración histórica de la relación entre enfermería, género y división sexual del trabajo. Se hace énfasis en cómo el cuidado enfermero ha sido, desde su origen, una práctica profesional feminizada y, en consecuencia, desvalorizada y precarizada dentro de los sistemas sanitarios.

Esta feminización responde a determinaciones ideológicas, sociales, económicas y epistémicas que configuran la división sexual del trabajo, como señala Collière (1). García-Peña (2) refiere que estas condiciones consolidan una menor autonomía de las enfermeras, una escasa representación en los espacios de toma de decisiones y una distribución desigual de los recursos, limitando su desarrollo profesional y reforzando la exclusión de los ámbitos de investigación y gestión en salud. En América Latina, esta precarización de las enfermeras se potencia y amplifica bajo la lógica neoliberal del sistema de salud.

Articulando los desarrollos teóricos de Collière (1), Butler (3), Scott (4), Bourdieu (5), entre otros, este estudio busca analizar cómo la feminización construye la situación estructural de las enfermeras dentro del sistema de salud.

OBJETIVO

Indagar acerca de los principales argumentos respecto de la feminización de la disciplina y profesión de cuidados y sus posibles relaciones con la división sexual del trabajo.

Explorar las modalidades particulares que asume la feminización de la enfermería en países latinoamericanos.

Reflexionar acerca de la producción de cuidado como una dimensión social y central de la salud pública.

¹ Dra. en Ciencias Biomédicas. Instituto Universitario Italiano de Rosario (IUNIR). Facultad de Salud. E-mail: mrcattaneo@hotmail.com

METODOLOGÍA

El estudio consiste en una revisión bibliográfica-histórica de textos académicos sobre la feminización de la enfermería en América Latina. Se analizan fuentes primarias y secundarias en bases de datos como Dialnet, Redalyc y SciELO, priorizando estudios que aborden la relación entre género, trabajo de cuidado y equidad en salud. Se utilizan herramientas de análisis crítico para examinar cómo las representaciones sociales han configurado la identidad disciplinar y profesional de la enfermería y su lugar dentro del sistema sanitario.

Desde el enfoque de la epistemología crítica (6,7), resulta crucial en la construcción del conocimiento abrirse a la historia, a la pluralidad de concepciones teóricas y de mundo y a una ética que trascienda los sesgos de género en el desarrollo de las disciplinas y profesiones, siempre en el marco de una disputa por los sentidos y significados de la identidad profesional y su ubicación en la arquitectura social e institucional.

RESULTADOS

Este estudio espera contribuir a la comprensión de la enfermería como una disciplina científica y profesión históricamente subordinada dentro del sistema de salud, poniendo en evidencia cómo la división sexual del trabajo (1) y la consecuente feminización del cuidado estructuran desigualdades al interior del propio sistema sanitario. Si tal como afirma Cano-Caballero Gávez (7) las profesiones son creaciones humanas, y las creaciones humanas son creaciones históricas, el lugar social y la construcción epistémica de la profesión enfermera debe analizarse en el marco de las configuraciones ideológicas, sociales, políticas y económicas en las que se ha desarrollado.

Asimismo, las categorías de género y de división sexual del trabajo permiten visibilizar e incorporar al análisis aspectos históricamente solapados, no solo en la estructuración y articulación social, sino principalmente en la práctica de la profesión enfermera. Butler (3) señala que el género no es solo una identidad, sino una estructura normativa que moldea relaciones de poder y determina qué cuerpos y qué prácticas son valoradas en un sistema productivo. Desde esta perspectiva, la enfermería, al estar históricamente ligada a la idea de lo femenino, ha sido relegada a un segundo plano en la jerarquización de los profesionales de la salud. Scott (4) sostiene que el género es un eje estructurante de las relaciones de poder en todas las instituciones sociales. Sumado a ello, Bourdieu (5) plantea que la dominación masculina opera a través de la internalización de estructuras simbólicas que legitiman la desigualdad en los distintos ámbitos sociales.

Siguiendo estas líneas de análisis se reflexionará, finalmente, acerca de la producción de cuidado como una dimensión social y central de la salud pública.

CONCLUSIONES

La enfermería no solo enfrenta desigualdades laborales, sino también epistemológicas y políticas. Para avanzar hacia un sistema de salud equitativo es fundamental reconocer la producción de cuidado

enfermero como una práctica disciplinar autónoma que puede establecer diálogos horizontales con otras disciplinas. La en las oportunidades de acceso a los sistemas de salud requiere una transformación estructural que desarticule la feminización disciplinar y profesional de la enfermería como una forma de opresión de género. En este sentido, resulta fundamental promover políticas públicas que asuman decididamente las perspectivas de género, cómo única forma de garantizar la participación plural y equitativa en la toma de decisiones al interior de los sistemas de salud.

REFERENCIAS

- (1) Collière MF. Promover la vida. México: McGraw-Hill Interamericana; 2009.
- (2) García-Peña AL. De la historia de las mujeres a la historia del género. Contrib. Coatepec [Internet]. 2016 [citado 2025 mar 19];(31). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28150017004>
- (3) Butler J. Deshacer el género. Barcelona: Paidós Ibérica; 2006.
- (4) Scott J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. In: Lamas M, compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. 1ª ed. México: PUEG; 1996. p. 265-302.
- (5) Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 2000.
- (6) Feyerabend P. La ciencia en una sociedad libre. Madrid: Siglo Veintiuno Editores; 1982.
- (7) Zemelman H. Uso crítico de la teoría: en torno a las funciones analíticas de la totalidad. México: El Colegio de México; 1987.
- (8) Cano-Caballero Gálvez MD. Enfermería y género: tiempo de reflexión para el cambio. Index Enferm [Internet]. 2004 Oct [citado 2025 mar 19];13(46):34-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007&lng=es

FLUXOS MIGRATÓRIOS E DEMANDAS DE SAÚDE: ANÁLISE DO ATENDIMENTO HOSPITALAR EM ÁREA DE FRONTEIRA

Isadora Gomes de Souza Fernandes¹

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Vivianne Peixoto da Silva

INTRODUÇÃO

Migração é um fenômeno definido pelo deslocamento de pessoas ou grupos, no espaço e no tempo, por razões sociais, econômicas, políticas, culturais, religiosas ou ambientais (1). O Brasil é um país que sempre acolheu migrantes, inicialmente europeus e asiáticos, e mais recentemente latino-americanos, com destaque para haitianos a partir de 2010 e venezuelanos a partir de 2015. Os primeiros, face ao terremoto que arrasou o país naquele ano e os segundos pela crise política, econômica e humanitária, agravada a partir de 2013. Em regiões fronteiriças, como no Paraná, a presença de paraguaios também é representativa no contingente de migrantes, nos municípios que compõem a região (2). O crescimento econômico e a adoção de políticas pró migração são determinantes para o aumento do fluxo migratório de latino-americanos ao Brasil. (3;4)

No Paraná, Cascavel tem se constituído como importante município acolhedor por sua economia baseada na agroindústria que oferece oportunidade de trabalho formal nos inúmeros frigoríficos de abate, na construção civil e no setor de serviços. (5;6) No âmbito da saúde, Cascavel conta com o Hospital Universitário do Oeste do Paraná (Huop), **sendo o único hospital público da Região Oeste do Paraná com 100% de seus leitos destinados a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Apesar dos migrantes, inicialmente, tendem a apresentar um melhor estado de saúde do que os residentes no país que os acolhe, com o passar dos anos a tendência é se tornar igual ou inferior aos níveis da sociedade de acolhimento (7).

OBJETIVO

Definiu-se como objetivo do estudo, identificar como tem ocorrido o fluxo migratório no município de Cascavel, qual o perfil demográfico e epidemiológico e quais as demandas de migrantes atendidos no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (Huop) no período de 2010 a 2023.

METODOLOGIA

Pesquisa exploratória, documental, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados primeiramente no portal de imigração do Ministério da Justiça e Segurança Pública, no sistema SisMigra, referente aos migrantes que entraram com pedido de cadastro para a emissão do Registro Nacional Migratório, com 8219 registros, no período de janeiro a abril de 2024. Posteriormente,

1 Universidade Estadual do Oeste do Paraná. E-mail: isa.gds8@gmail.com

foram coletados dados no Sistema de registro do hospital (Tasy) entre abril e outubro de 2024. A amostra é composta por prontuários de migrantes com mais de 18 anos (n=753) e por atendimentos realizados a estes migrantes (n=4.667). Foram excluídos os prontuários com o campo nacionalidade incompleto ou que mostravam divergências entre nacionalidade e local de nascimento.

Os dados foram armazenados em planilha Excel (97-2003) e transferidos para o software Epi Info 7.2.6. A apresentação dos resultados foi feita em gráficos e tabelas, analisados por meio de estatística descritiva e discutidos com a literatura pertinente. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres humanos da Unioeste e aprovado pelo parecer número 7.107.059.

RESULTADOS

O fluxo de migrantes, segundo dados do SisMigra, apresenta crescente número de registros a partir de 2012. O maior volume ocorreu no ano de 2023 (n=2239). Houve queda no número de registros no ano de 2020, provavelmente devido ao início da pandemia de Covid-19. A maior porcentagem de migrantes são haitianos 45,97% (n=3778), seguida de venezuelanos com 43,72% (n=3593). Observa-se que até 2018, as principais entradas eram de migrantes haitianos e paraguaios, mas a partir de 2019 aumenta o fluxo de venezuelanos, superando a entrada de haitianos a partir de 2021. Em relação ao perfil demográfico dos migrantes, 81,75% (n=6719) são solteiros, 40,71% (n=3346) tem idade entre 25 e 40 anos. Entre as ocupações descritas, as principais foram estudante 16,27% (n=1337) e pedreiro 9,88% (n=812).

Foram identificadas 12 nacionalidades atendidas no Huop. A maioria 60,29% (n=454) eram haitianos, seguidos por paraguaios 25,37% (n=191); as mulheres compuseram 79,28% (n=597) da amostra; 35,86% (n=270) eram casados; 16,34% (n=123) trabalhava em frigorífico, como auxiliar de produção, 15,01% (n=113). A segunda ocupação mais relatada foi do lar com 14,61% (n=110). A raça negra foi a mais presente, em 61,09% (n=460) e a faixa etária predominante, em 60,29% (n=454), era entre 25 e 40 anos.

A série histórica mostra que a partir de 2014 houve um aumento nos atendimentos, com pico de atendimentos em 2022 (n=740). Os principais procedimentos realizados foram atendimentos de urgência, 41,83% (n=1952). Entre os procedimentos realizados, oito deles estão relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, totalizando 25,18% dos procedimentos. Somando o número de nascimentos por parto normal e cesariana (n=558), identifica-se que 56,81% (n=317) dos nascimentos foram por via vaginal.

CONCLUSÕES

A análise dos dados revela um perfil com predomínio de haitianos e venezuelanos. O perfil dos migrantes no SisMigra é majoritariamente masculino, solteiro e em idade economicamente ativa. A maior demanda no Huop é de mulheres, para procedimentos relacionados à vida sexual e reprodutiva. O maior atendimento em serviços de urgência indica possíveis complicações no parto e/ou puerpério.

O desconhecimento SUS, vulnerabilidade social e dificuldades comunicacionais, podem retardar o diagnóstico de problemas de saúde levando ao agravamento dos casos e procura pelo serviço em situação de urgência.

A dificuldade linguística pode ser fator de não adesão a orientações dos profissionais de saúde e da piora da situação de saúde. A oferta de cursos de português para migrantes, cartilhas com orientações de saúde traduzidas e iniciativas de preparação dos profissionais para atendimento dos migrantes, são medidas que merecem a atenção do setor público das áreas da educação e saúde do município.

REFERÊNCIAS

- (1) Landau LB, Achiume ET. Misreading mobility? Development and Change, 2017;48:1182-1195. DOI: [10.1111/dech.12325](https://doi.org/10.1111/dech.12325)
- (2) David JB, Rizzotto MLF, Gouvêa LAVN. Ways of living and working of Haitian immigrants in Western Paraná, Brazil. Rev Esc Enferm USP. 2023;57(spe).DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0030en>
- (3) Sant'Ana PGI. Migração e refúgio. 1ª ed. Brasília: FUNAG; 2022. 266 p.
- (4) Oliveira AT. Um panorama da migração internacional a partir do Censo Demográfico de 2010. REMHU. 2013[citado 2025 maio 10];21(40):195-210. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/remhu/a/NN4gmkBQfbn4fF6bWw7pX4J/?lang=pt>
- (5) Eberhardt LD, Schütz GE, Bonfatti RJ, Miranda AC. Imigração haitiana em Cascavel, Paraná: ponto de convergência entre história, trabalho e saúde. Saúde Debate. 2018;42(118):676-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811811>
- (6) Nunes LAG, Antonello IT. A inserção do migrante haitiano no mundo do trabalho no município de Cascavel, PR. Rev Caminhos Geogr. 2020;21(78):65-77. DOI: <https://doi.org/10.14393/RCG217852969>
- (7) Ingleby D. Access to health services for migrants: what are the policy challenges? Eur J Public Health. 2016;26. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw168.032>

FORMACIÓN EN SALUD. UN ENCUENTRO DE SALUD Y EDUCACIÓN EN PRÁCTICAS DE CUIDADO CON JÓVENES CON TUBERCULOSIS

Maria Soledad Martinez¹

Mariana Abadía²

Sonia Gastelu

Silvia Guanciarrosa

PRESENTACIÓN

En Argentina, a partir de la llegada de un gobierno de ultraderecha en Diciembre del 2023, los indicadores sociales de desocupación y pobreza, provenientes del último gobierno neoliberal (2015-2019) y que la post pandemia por COVID19 nos dejó, se agudizaron estrepitosamente.

Entre las semanas epidemiológicas 1 y 52 de 2024 se registraron en el SNSV 2.0, 16.563 casos de TB, de estos 15.536 fueron casos incidentes y 10.272 casos no nuevos. Dentro de la incidencia, los casos con clasificación Nuevo aportaron el 85.4% y dentro de los casos no nuevos, Pérdida del seguimiento recuperado fue la clasificación más frecuente, con el 59.9% de los mismos, sumándose más de 100 personas fallecidas en relación al año anterior (1).

El aumento de la desigualdad, donde hay 1 millón de niños que se van a dormir sin cenar (2), se constituye en un determinante social que nos obliga como sistema de salud a realizar un abordaje situado teniendo en cuenta el carácter histórico social de la TB.

Este trabajo se basa en una experiencia de articulación entre el CEBAS* y el Servicio Social del Hospital San Juan de Dios de la Plata para la formación de promotores de salud con eje en el acompañamiento a jóvenes en tratamiento por TB, en un Hospital Especializado de referencia para la pcia. de Bs.As., el resto del país y países limítrofes.

OBJETIVO

- Conocer el impacto de la determinación de la salud en la Tuberculosis.

1 Afiliación institucional: Lic. en Trabajo Social. Docente Fac. Trabajo Social. UNLP. Asesora en Salud CEBAS N° 1 Floreal Ferrara, La Plata. Coordinadora provincial del Programa CEBAS. Escuela de Gobierno en salud Floreal Ferrara. Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As. E-mail: masolmartinez@hotmail.com

2 Afiliación institucional: Lic. en Trabajo Social. Hospital IEAyC San Juan de Dios. La Plata. Prof. adjunta interina Cátedra Política Social. Facultad Trabajo Social. UNLP. E-mail: marabadie@gmail.com

* Bachilleratos de Adultos con Orientación en Salud Pública. Son escuelas conveniadas entre la cartera de Educación y Salud de la Provincia de Bs. As. Creados en 1989 para dar respuesta a la necesidad de profesionalizar a los enfermeros empíricos del sistema de salud, en el marco de la formación permanente de fuerza laboral del Ministerio de Salud. Actualmente existen 18 sedes y dos extensiones distribuidos en la Pcia. y pueden acceder todas las personas que estén interesadas en la orientación en salud y se forman con perfil de promotor de salud. La mayoría de los egresados continúan su formación en carreras vinculadas al ámbito de la salud proyectando su inserción laboral en el sistema.

- Promover la promoción de la salud y prevención de la TB desde la pedagogía de aprendizaje basado en problemas
- Acompañar trayectorias de atención integral de la TB e intervenir en los obstáculos en la accesibilidad
- Identificar, visibilizar y potenciar el rol del promotor/a de salud en el ámbito hospitalario con problemáticas complejas.
- Fortalecer la APS como estrategia transversal a todos los niveles de atención.

METODOLOGÍA

Los estudiantes de 3° año del CEBAS en la asignatura taller Integrador de Salud Pública III participan en el acompañamiento junto a trabajadores sociales del Hospital y las profesoras del taller.

Las trabajadoras sociales seleccionan y presentan las situaciones, previo consentimiento verbal de los pacientes para realizar el seguimiento.

Los estudiantes se dividen en grupo asignándoles una situación, con quien mantendrán contacto cotidiano. Se trabaja los “modos de acercamiento” estableciendo vínculo con el paciente o con familiares y referentes para implementar estrategias que acompañen el sostenimiento del tratamiento, ya que debido a su extensión en el tiempo, los controles regulares que deben realizarse y los determinantes sociales que operan como obstáculo, existe una tasa preocupante de pérdida de seguimiento.

Se realizan informes semanales acordando acciones articuladas dentro de una estrategia de intervención. Se elaboran informes de avance, evaluaciones conjuntas de proceso y resultado con trabajadoras sociales del Servicio Social y las docentes del taller.

En 2024 se avanzó en la práctica, implementando entrevistas presenciales con el o la paciente que realizaban seguimiento.

RESULTADOS

– Disminución de pérdida de seguimiento, generando nuevos trayectos de vida (seguir estudiando, etc.) que redundan en la finalización del tratamiento del 99% de las personas con TB y en la realización de los controles de contactos.

– Trabajo en equipo con puesta en acto de intersaberes docentes, estudiantiles, profesionales para delinear estrategias de sostenimiento del tratamiento. Contando con el acompañamiento de Trabajadores Sociales, desde la formación situada, promoviendo la identificación y comprensión de los condicionamientos de las determinaciones de la salud en procesos vitales formando una posible fuerza laboral capacitada y sensibilizada con la problemática.

– Los estudiantes asumieron responsabilidad y compromiso en el trabajo con el otro, con la centralidad del cuidado para construir condiciones de posibilidad y acceso a la atención identificando oportunamente dificultades y actuando sobre ellas, generando buenas prácticas de salud, inscriptas en la calidad y calidez del vínculo establecido (3).

– El trabajo en equipo permitió la resignificación del discurso hegemónico sobre la “adherencia” al tratamiento e incluyó la dimensión intercultural en torno a mitos, creencias, prácticas, y la accesibilidad simbólica en torno a la estigmatización y organización de los servicios. Estimuló al equipo en intervenciones creativas con la persona y sus vínculos afectivos.

– Se implementaron estrategias de red e intersectorialidad para viabilizar la comunicación y los cuidados en la población con TB, como la prevención de la misma considerando su relevancia epidemiológica.

– Se profundizaron acciones basadas en la integralidad de derechos; ej. acceso al Subsidio por Tuberculosis (ley provincial n° 10436), flexibilidad horaria en la atención; acciones que inciden en la reducción de las brechas de desigualdad en el acceso a cuidados.

CONSIDERACIONES

Creemos importante que los equipos de salud puedan ser parte de la formación situada de la futura fuerza laboral desde una perspectiva de Salud Colectiva donde puedan problematizar los determinantes sociales que impactan en cada sujeto con el que trabajamos. Esta puesta en marcha de un aprendizaje situado e integral con estudiantes retroalimenta la práctica aportando éstos un caudal de conocimiento en el que todos aprendemos.

Los estudiantes asumen un sentido de corresponsabilidad en el seguimiento e implementación de estrategias que permiten sostener el tratamiento. El trabajo sistemático sobre continuidad de cuidados representa un eslabón crucial en tratamientos por TB, este proceso permite poner en tensión “estigmas” - pre conceptos de todo el equipo.

Esta experiencia nos devela la importancia de contar con promotores de salud en el ámbito hospitalario, en problemáticas complejas, trabajando vínculos de proximidad y con la institución hospitalaria, siendo multiplicadores de la promoción y prevención de TB en el territorio con su impacto en la salud colectiva.

REFERENCIAS

- (1) Argentina. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico Nacional n° 742. Semana Epidemiológica 5. Año 2025 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2025 Feb 10 [citado 2025 abril 9]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_742_se_5.pdf
- (2) UNICEF Argentina. El hambre no tiene final feliz [Internet]. Buenos Aires: UNICEF; 2024 Aug 13 [citado 2025 abril 9]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/el-hambre-no-tiene-final-feliz-la-nueva-campana-de-unicef-argentina>
- (3) Argentina. Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Reconocimiento a las buenas prácticas en APS 2024 [Internet]. Buenos Aires: OPS/OMS; 2024 [citado 2025 abril 9]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/argentina/reconocimiento-buenas-practicas-aps-2024>

GÊNERO, CUIDADO E POLÍTICAS PÚBLICAS: DIÁLOGOS ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS A PARTIR DE UMA ETNOGRAFIA EM UM CAPS NO RIO DE JANEIRO

Vanessa Crumial Herdy de Andrade¹

Laura Lowenkron

INTRODUÇÃO

Este trabalho busca refletir de maneira crítica sobre o processo de familiarização e feminização do cuidado no campo da Atenção Psicossocial, atual política de assistência à saúde mental no Sistema Único de saúde do Brasil, instituída pelo processo de Reforma Psiquiátrica, em curso desde o fim da década de 1970. Com base nos achados da pesquisa empírica no qual se baseia, pretendemos colocar o tema em diálogo com os debates políticos atuais que ancoraram a recente formulação de uma política nacional de cuidados no país (1, 2).

A Reforma marca a passagem de um modelo baseado na centralidade das instituições psiquiátricas de caráter asilar para uma rede de serviços de base comunitária, que ofertam cuidados em diversos níveis de complexidade. Considerando que a sustentação desse projeto se ancora em sua capilarização nos territórios, o Estado atua como agente do cuidado técnico, compartilhando seu exercício com as famílias e com a comunidade.

Levantamos a hipótese de que a reformulação da política de saúde mental está alicerçada e reforça a histórica feminização do cuidado, fortemente atravessada por desigualdades de raça, classe e territoriais (3). Acionamos a interseccionalidade como chave analítica para pensar como os diferentes marcadores sociais não operam de forma isolada na produção de circuitos de vulnerabilização que permeiam as relações de cuidado (4).

OBJETIVO

O objetivo da pesquisa foi analisar a relação entre gênero e cuidado por meio de um estudo etnográfico em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município do Rio de Janeiro, observando o cotidiano das mulheres cuidadoras familiares não remuneradas nesse serviço. Desse modo, pretende-se investigar a relação entre cuidado e mecanismos de regulação de gênero que têm operado na política de saúde mental, e as possíveis ressonâncias na política de cuidados instituída recentemente no país.

METODOLOGIA

A pesquisa empírica, de caráter etnográfico, foi realizada a partir da observação participante em um CAPS do município do Rio de Janeiro. Privilegiou os espaços coletivos do serviço, em especial

1 Aluna de doutorado do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: vanessaherdy@gmail.com.

a “convivência”, e as atividades coletivas que contavam com a participação dos cuidadores, como a assembleia e os grupos de acolhimento aos familiares, que serão o foco da discussão analítica deste trabalho.

A aposta no CAPS como campo de observação se dá pela sua função como ordenador do cuidado na rede de Atenção Psicossocial, o que consideramos que poderia contribuir para apreensão dos movimentos dos usuários e seus cuidadores pela rede. Através da observação dos espaços coletivos do serviço, pretendíamos capturar a circulação e inserção dos familiares, não apenas como acompanhantes dos usuários, mas em sua participação ativa nos arranjos de cuidado singulares e coletivos.

Para realização das análises do material recolhido no campo, o presente trabalho privilegiou o diálogo entre diferentes noções de cuidado como categoria analítica e as abordagens nativas do campo da Atenção Psicossocial. Além disso, as autoras analisaram os documentos oficiais referentes à Política Nacional de Cuidados.

RESULTADOS

A pesquisa empírica evidenciou a centralidade de mulheres como principais cuidadoras dos usuários do serviço pesquisado, a maior parte se constituía por mulheres negras, que não exerciam uma atividade remunerada, sendo responsáveis pelo trabalho doméstico e de cuidado. As narrativas traziam famílias em contextos vulnerabilizados, que contavam com redes de apoio precárias, e cuja renda principal dessas famílias vinha de programas de distribuição de renda do governo ou benefícios previdenciários.

Nesse sentido, o trabalho de cuidado nesse contexto, associado ao forte estigma ainda vivenciado por pessoas que demandam cuidados em saúde mental, parece contribuir para a vulnerabilização das condições de vida de cuidadoras e usuários que dependem da assistência pública, que convivem com as expressões do racismo e da vida precarizada nas regiões periféricas da cidade. Por um lado, estes familiares parecem encontrar nos espaços coletivos dos serviços formas de agenciar seu cotidiano, com o suporte da equipe. Mas por outro, a dimensão do trabalho de cuidado em âmbito doméstico parece não ter visibilidade para o campo, tendo em vista que a agenda política da Reforma tem privilegiado a expansão dos serviços assistenciais da RAPS, em detrimento das condições para a sustentabilidade do próprio projeto.

No entanto, os movimentos em direção à implantação da PNaC indicam que há uma direção de que o Estado deve ter um papel ativo na condução de uma política mais igualitária na distribuição dos encargos com o trabalho de cuidado, contribuindo para a redução das desigualdades sociais. Por outro lado, o texto parece tangenciar a temática, não apresenta de modo evidente qual o nível de articulação entre as políticas, ou até que ponto as ações previstas podem se estender aos usuários da RAPS.

CONCLUSÕES

Nos parece profícuo analisar tais achados à luz dos debates sobre a responsabilidade estatal sobre o trabalho de cuidado, considerando como agenciamentos coletivos podem contribuir para sua visibilização em diferentes níveis, tanto no cotidiano de um CAPS, como em debates mais amplos acerca de uma política nacional intersetorial. No entanto, diante das imprecisões sobre a aplicação das medidas previstas na política às cuidadoras (remuneradas ou não) de pessoas em sofrimento psicossocial que necessitam de alto nível de suporte no cotidiano, nos perguntamos acerca da visibilidade do trabalho de cuidado no próprio campo da Atenção Psicossocial. Considerando a função política do trabalho de cuidado exercido em âmbito doméstico pelas familiares de usuários da RAPS, nos parece pertinente analisar as confluências e distanciamentos entre as concepções sobre cuidado em disputa no atual momento político, na chave pela luta por equidade racial e de gênero.

REFERÊNCIAS

- (1) Batthyány K, Genta N, Perrota V. El aporte de las familias y las mujeres a los cuidados no remunerados en salud en Uruguay. *Rev Estud Fem*. 2017;25(1):187-213. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n1p187>
- (2) Brasil. Presidência da República. Marco conceitual da Política Nacional de Cuidados do Brasil [Internet]. Brasília: Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família; 2023 [citado 2025 jan 28]. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/marco-conceitual-da-politica-nacional-de-cuidados-do-brasil>
- (3) Andrade VCH. Gênero e cuidado na Atenção Psicossocial: o cotidiano de mulheres cuidadoras em um CAPS no Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2023 [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/20408>
- (4) Araujo AB. Da ética do cuidado à interseccionalidade: caminhos e desafios para a compreensão do trabalho de cuidado. *Mediações*. 2018;23(3):43-69. DOI: <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2018v23n3p43>

GEORREFERENCIAMENTO DE ÁREAS DE RISCO DE EXPOSIÇÃO A POLUENTES INDUSTRIAIS COM POTENCIAL CARCINOGÊNICO EM MUNICÍPIOS DA BAIXADA FLUMINENSE

Nirvana Paredes de Oliveira Souza¹

Helen Paredes de Souza Bárbara Rodrigues Geraldino

Júlia Serra Lima Pinheiro de Souza Cruz

Wallace Pereira da Silva

Thainá Lopes Wellen da Silva Duarte

INTRODUÇÃO

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública e uma das maiores causas de óbitos, inclusive prematuros. A maioria dos casos ocorre em países em desenvolvimento, onde faltam prevenção, detecção precoce e tratamento adequado (1). A prevenção pode reduzir até 30% dos casos (2), e alguns, ligados ao trabalho, são totalmente evitáveis.

Aproximadamente 80% dos cânceres estão relacionados a fatores ambientais evitáveis (3), como água, ar, alimentos, fumo, álcool e exposição ocupacional. De 4 a 17% dos casos mundiais são atribuídos ao trabalho (1). No Brasil, esses cânceres são subestimados pela escassez de pesquisas e falta de notificação ao SINAN.

A identificação espacial de áreas com maior exposição a agentes cancerígenos é crucial para a vigilância ambiental e saúde do trabalhador. O uso do espaço geográfico como ferramenta analítica auxilia no planejamento de políticas públicas, na gestão estratégica de informações e na alocação eficiente de recursos (4,5).

OBJETIVO

Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar áreas de maior risco de exposição ambiental e ocupacional a agentes cancerígenos nos seguintes municípios da Baixada Fluminense: Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Nova Iguaçu, Queimados e São João de Meriti. Para isso, o estudo pretende verificar a existência de autocorrelação espacial entre os estabelecimentos industriais potencialmente poluidores, e identificar clusters espaciais desses estabelecimentos nas diferentes atividades econômicas dos municípios isoladamente e em todo o conjunto de municípios da área de estudo. Além disso, o estudo também pretende discutir a emissão de poluentes e tipos de câncer associados à exposição ambiental ou ocupacional a estes poluentes.

1 Bacharel em Geografia pela Universidade Federal Fluminense. E-mail: nirvanaparedesos@gmail.com

METODOLOGIA

O estudo realizou uma análise descritiva da distribuição espacial de indústrias potencialmente poluidoras em seis municípios da Baixada Fluminense. Os dados foram obtidos de órgãos oficiais como INEA, MPRJ, IBGE e IPP/RJ, além de fontes não oficiais como GuiaMais e Econodata. Foram catalogadas empresas de médio e grande porte nos setores de petróleo, metalurgia, serraria, extração mineral, plástico, cerâmica e agricultura.

Os dados foram estruturados em bancos tabulares e transformados em mapas no QGIS 3.16, utilizando shapefiles dos setores censitários do IBGE. A autocorrelação espacial foi analisada pelo Índice Global de Moran, utilizando o software Geoda, para identificar padrões de agrupamento. Para detectar clusters de maior risco relativo (RR) de exposição a poluentes, foi utilizado o software de estatística espacial SatScan. O estudo fornece subsídios para políticas públicas voltadas à vigilância ambiental e saúde ocupacional.

RESULTADOS

Foram tabulados 934 estabelecimentos potencialmente poluidores, totalizando 21 mapas. O setor produtivo mais expressivo foi o de petróleo, gás e combustível (33,4%), seguido por metal, usinagem e solda (19,8%); madeira, papel e celulose (14,6%); plástico, couro e produtos têxteis (14,3%) e cerâmica, gesso e concreto (11,1%).

Agricultura e extração mineral representaram apenas 6,5% dos estabelecimentos tabulados.

Todos os municípios apresentaram RR pelo menos médio para petróleo, gás e combustível, exceto São João de Meriti. O setor de metal, usinagem e solda teve RR médio a alto em Mesquita, Nova Iguaçu e Queimados. Já os setores de agricultura e extração mineral apresentaram baixo RR, registrando menos estabelecimentos e localizando-se em áreas mais afastadas dos centros urbanos.

Quanto à vizinhança espacial, apenas plástico, couro e produtos têxteis e cerâmica, concreto, gesso e cimento apresentaram autocorrelação moderada, enquanto os demais setores tiveram baixa autocorrelação. O setor de plástico, couro e produtos têxteis se destacou especialmente em Duque de Caxias.

Os empreendimentos estão, em sua maioria, próximos aos centros urbanos, exceto extração mineral e agricultura. Segundo Neto et al. (6), isso se deve à proximidade de fornecedores, mão de obra qualificada, infraestrutura logística e acesso a mercados consumidores. Além disso, a concentração de empresas nessas áreas gera economias de escala e de aglomeração, tornando-as mais atrativas para a indústria.

CONCLUSÕES

Embora conglomerados industriais exponham a população a substâncias carcinogênicas, os trabalhadores são ainda mais afetados. Isso ocorre porque muitos processos produtivos fazem com que os trabalhadores fiquem direta ou indiretamente expostos a poluentes cancerígenos durante parte ou toda a jornada de trabalho. A dependência do trabalho leva os trabalhadores a aceitarem os riscos

associados à exposição, mesmo que isso represente um perigo para sua saúde (7).

Contudo, é possível prevenir doenças ocupacionais, incluindo câncer, reduzindo ou eliminando a exposição a agentes cancerígenos (8). Essa redução impacta também a exposição ambiental e a saúde da população que reside no entorno dessas indústrias.

Em geral, tem se observado que os danos à saúde do trabalhador vêm acompanhando o processo de crescimento socioeconômico e industrial mundial (9). A necessidade de mitigar os efeitos nocivos dos setores produtivos é crucial para proteger tanto os trabalhadores da indústria quanto as comunidades circunvizinhas.

REFERÊNCIAS

- (1) Instituto Nacional do Câncer. Exposição no trabalho e no ambiente. Rio de Janeiro: INCA; 2023.
- (2) World Health Organization. Statistical Information System. Cancer. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
- (3) World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.
- (4) Najar AL, Marques EC. Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
- (5) Barcelos C, Bastos FI. Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? Cad Saúde Pública. 1996;12(3):389-97.
- (6) Monteiro Neto A, Silva RO, Severian D. O território das atividades industriais no Brasil: a força das economias de aglomeração e urbanização. In: Neto AM, organizador. Brasil, Brasis: reconfigurações territoriais da indústria no século XXI. Brasília: Ipea; 2021. p. 255-314.
- (7) Carvalho LVB, Silva PRF, Costa ACPJ, Assunção AA. Exposição ocupacional a substâncias químicas, fatores socioeconômicos e Saúde do Trabalhador: uma visão integrada. Saúde Debate. 2017;41:313-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S226>
- (8) Takala J. Eliminating occupational cancer. Ind Health. 2015;53(4):307-9. DOI: 10.2486/indhealth.53-307.
- (9) Jakobi HR, Silva MT, Silva MRA, Souza GS. Incapacidade para o trabalho: análise dos benefícios auxílio-doença concedidos no estado de Rondônia. Ciênc Saúde Coletiva. 2013 Nov;18(11):3221-30.

GESTAGRAMA: PANORAMA DA DESIGUALDADE

Ximena Illarramendi¹

Claudio Esperança

Doris Kosminsky

INTRODUÇÃO

A implementação de políticas públicas específicas para o eixo materno-infantil, ao lado das diretrizes de humanização do SUS, têm colaborado para a redução da morbimortalidade materna e neonatal e de outros desfechos neonatais desfavoráveis. Contudo, outros fatores impactam no aumento da morbimortalidade desse eixo. De um lado, fatores que ampliam a vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto e puerpério, tais como ausência de saneamento, segurança e educação. De outro, fatores externos relacionados a eventos climáticos extremos, poluição do ar e da água. Dentre estes fatores, a poluição do ar e, em particular, o material particulado com diâmetro $<2,5\mu\text{m}$ (MP2.5), é reconhecido como a maior ameaça ambiental à saúde humana (1).

Tanto as gestantes quanto os fetos correm elevado risco de efeitos adversos após a exposição à poluição do ar devido às mudanças da gravidez e o desenvolvimento embrionário. Estudos mostram associação significativa entre a exposição ao MP2.5 e efeitos adversos durante a gravidez, particularmente no peso ao nascer (2). Gestação e nascimento são condições de alta complexidade e demandam formas diversas para representar às condições ambientais variáveis ao longo do tempo, junto aos fatores relacionados à gestante e à rede de cuidados que acolhe a nova vida. Nesse contexto, desenvolvemos um projeto artístico voltado para o engajamento do público nessa problemática.

OBJETIVO

Oferecer uma alternativa visual dinâmica, de forma a estimular a reflexão ampla sobre as desigualdades vividas no gestar e nascer dos brasileiros, considerando a poluição por MP2.5 como principal fator ambiental de ameaça à saúde materna e neonatal.

METODOLOGIA

Este trabalho emprega dados agregados do Ministério da Saúde, processados para o projeto Amplia Saúde (www.ampliasaude.org), com financiamento da Fundação Bill & Melinda Gates (INV-027961) e CNPq (445729/2020-1). O Amplia Saúde é uma ferramenta visual, voltada para a tomada de decisão, que trata da relação entre saúde materna, neonatal e poluição por MP2.5 nos mais de 5.700 municípios brasileiros (3).

Apesar dos resultados positivos avaliados por gestores e profissionais da saúde, a equipe ambicionava uma alternativa visual sintética, capaz de estimular a reflexão do público leigo sobre

1 Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: ximena.rojas@fiocruz.br

essa temática. A partir da escolha do principal indicador de morbidade neonatal, o baixo peso ao nascer, e procurando a inclusão do maior número possível de dados relacionados às características maternas, incluíram-se elementos capazes de acessar diretamente o emocional do público. Os gráficos foram acompanhados pela ilustração de um bebê em formação e o som dos seus batimentos cardíacos. Além disso, graças ao emprego de um jogo de cores específicos, um gráfico de linha sobre o peso ao nascer também pode ser visto como uma cadeia de montanhas, sugerindo a paisagem da desigualdade mencionada no título.

RESULTADOS

“Gestagrama: paisagem da desigualdade” resultou em uma projeção em vídeo (1920px x 1080px) de visualização animada com vários componentes. Há um modelo gráfico do bebê em movimento ao centro e uma lista dos municípios brasileiros por ranking do mais poluído para o menos poluído enquanto a nível médio de MP2.5 na semana epidemiológica, na lateral direita. O município que está sendo visualizado é sorteado de forma aleatória e destacado na lista. Pontos amarelos em movimento representam o MP2.5, com sua intensidade e diâmetro sendo proporcionais ao nível de poluição do município em destaque em uma semana epidemiológica. Na parte inferior da projeção, um gráfico de linhas, a paisagem da desigualdade, compara a média total de peso dos nascidos com, por exemplo, aqueles cuja mãe não fizeram exames pré-natais de forma adequada, isto é, com menos de 4 exames, com o objetivo de comparar as principais características da mãe que atuam sobre o baixo peso dos recém-nascidos. De forma alternada, outras características das gestantes também podem ser visualizadas, tais como o vínculo conjugal, educação e raça/cor. Um gráfico de barras curvas, com valor máximo de 25%, foi usado para mostrar o percentual de influência dos diversos fatores maternos no baixo peso ao nascer nessa semana epidemiológica, para o município sorteado. A projeção foi exposta no Centro Cultural Futuros no Rio de Janeiro, entre os dias 27 de março e 23 de junho de 2024 (4).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Apesar dos resultados positivos na redução da taxa de mortalidade materno- infantil e de desfechos neonatais desfavoráveis, a vulnerabilidade social de gestantes e neonatos a algumas situações de risco determinantes para a morbimortalidade, ainda persiste. Este tema precisa extrapolar o ambiente da saúde e da ciência, de forma a envolver outros elementos da sociedade.

A arte oferece o potencial para trazer ou ressaltar dimensões que muitas vezes se encontram ocultas ou inacessíveis em trabalhos técnicos ou voltados para um público especializado. Ela pode colaborar com um chamado para ação, incentivando tanto políticas públicas quanto decisões individuais, orientando futuros genitores, assim como o público leigo, a considerarem os riscos ambientais de onde vivem ou ajudando gestantes a tomarem decisões mais informadas. A arte pode potencializar a reflexão e a compreensão dessas informações críticas pelo público.

REFERÊNCIAS

- (1) Ming H, Fengxia Y, Haifeng S. A bibliometric and visualized analysis of research progress and frontiers on health effects caused by PM2.5. *Environ Sci Pollut Res*. 2021;28(24):30595–612. DOI: 10.1007/s11356-021-13638-7
- (2) Klepac P, Locatelli I, Korošec S, Künzli N, Kušec A. Ambient air pollution and pregnancy outcomes: a comprehensive review and identification of environmental public health challenges. *Environ Res*. 2018;167:144–59. DOI: 10.1016/j.envres.2018.07.008
- (3) Kosminsky D, Esperança C, Illarramendi X, Giannella JR, Mauro R, Gomes Junior SC, Barcellos L. *Amplia Saúde: Observatório do período perinatal* [Internet]. 2022 [citado 2025 nov 10]. Disponível em: <https://ampliasaude.github.io/trilhas5.html>
- (4) Castro B, Ludwig LT, Kosminsky D, editors. *Existência Numérica – Emergências*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Oi Futuro; 2024. 124 p.

IMPACTOS DA VIOLÊNCIA ARMADA NO COTIDIANO E NA SAÚDE DOS PARTICIPANTES DOS PRÉ-VESTIBULARES POPULARES: DADOS E REFLEXÕES

Heitor Ney Mathias da Silva¹

Ana Taisa da Silva Falcão²

Raiane Alabaces da Silva³

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta os resultados preliminares de uma pesquisa sobre os impactos da violência armada no cotidiano e na saúde mental de educadores e estudantes dos Pré-Vestibulares Populares (PVPs) da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. O estudo foi realizado a partir das respostas fornecidas por representantes dos PVPs ao longo de 2024, entre janeiro e dezembro.

Os efeitos da violência armada na educação podem ser categorizados entre aqueles de fácil e difícil observação. Entre os mais evidentes, destacam-se a suspensão e a interrupção das aulas. A suspensão ocorre quando, diante de um episódio de violência armada no território, as aulas são previamente canceladas, com aviso aos alunos para não comparecerem ao centro de ensino. Já a interrupção acontece quando as aulas são interrompidas repentinamente durante o período letivo devido a um evento de violência armada, sem aviso prévio e com os alunos já presentes.

Por outro lado, os impactos menos perceptíveis incluem a perda de concentração de estudantes e educadores, afetando tanto a absorção do conteúdo quanto a qualidade das aulas, além de consequências para a saúde mental. Outro fator de difícil mensuração é o rendimento dos estudantes em avaliações como o ENEM e o vestibular da UERJ, já que não é possível determinar até que ponto o desempenho é resultado de déficits educacionais acumulados ao longo da educação básica ou das aulas perdidas.

OBJETIVO

Objetivamos apresentar os efeitos negativos sobre o processo de aprendizado e sobre a saúde mental dos envolvidos nos PVPs durante os eventos de violência armada. Apesar da evidente correlação dessas variáveis há lacunas a serem preenchidas, tanto em relação ao número de aulas suspensas ou interrompidas por eventos de violência armada quanto sobre os efeitos que se estendem para além dos dias de confrontos.

1 Dr. Heitor Ney Mathias da Silva, Coordenação de Cooperação Social da Fiocruz. E-mail: heitor.silva@fiocruz.br.

2 Dr^a. Ana Taisa da Silva Falcão, Coordenação de Cooperação Social da Fiocruz. E-mail: ana.falcao@fiocruz.br.

3 Raiane Alabaces da Silva, Coordenação de Cooperação Social da Fiocruz. E-mail: raiane.silva@fiocruz.br.

METODOLOGIA

A metodologia adotada foi quali-quantitativa. A parte quantitativa foi realizada através de um questionário georreferenciado. Aplicamos um questionário semiestruturado, com três eixos: o primeiro é compreender melhor a dinâmica de cada evento, o segundo é identificar, em lugares diversos, características semelhantes ou singularidades nos episódios e por último, os efeitos do evento de violência armada sobre os professores, funcionários e estudantes no dia e nos dias próximos seguintes. Os responsáveis pelo preenchimento do questionário foram os coordenadores dos pré-vestibulares localizados em territórios de conflitos. Para completar a parte qualitativa da pesquisa realizamos uma roda de conversa com os envolvidos no Pré-vestibular Redija que tem três polos, sendo dois em favelas (Vigário Geral e Cidade Alta) e Vicente de Carvalho, nesta unidade os estudantes são em maioria moradores do Morro do Juramento e Juramentinho.

O questionário de ocorrência pode ser acessado no seguinte link: <https://viconsaga.com.br/share/7231> (1). A pesquisa abrangeu 130 pré-vestibulares mapeados pelo Fórum de Pré-Vestibulares Populares do Rio de Janeiro (FPVP-RJ). Desses, 18 participaram do estudo, respondendo ao questionário sobre eventos de violência armada. O período de aplicação da pesquisa ocorreu entre fevereiro e outubro de 2024.

RESULTADOS

A violência armada e seus impactos na educação revelam a existência de territórios de exceção (2), onde a suspensão e a interrupção de aulas expõem a precarização da vida em espaços socioambientalmente vulnerabilizados. A violência sistêmica (3) — seja pela ação direta do Estado (4), seja pela omissão de políticas públicas — transforma favelas e periferias em zonas de instabilidade, onde o direito à educação é constantemente negado, seja na educação formal ou nos espaços de educação popular. Este trabalho busca analisar como essas dinâmicas perpetuam desigualdades, reforçando o papel dos coletivos de educação popular como defensores de uma educação que transcenda a lógica do capital (5) e apresenta elementos para a superação da violência como dispositivo de controle social.

Devido a exiguidade do espaço apresentamos aqui a análise de algumas das perguntas do questionário. A análise da totalidade do questionário e da roda de conversas apresentaremos no artigo. Na pergunta “Atingidos de forma direta por eventos de violência armada” dos 18 que preencheram 11 Pré-vestibulares Populares, de fevereiro a outubro de 2024, foram atingidos pela violência armada. Em 10 houve suspensão ou interrupção das aulas, 1 teve evento de violência armada fora do horário de aula, mas o efeito foi de ausência acentuada. O Pré-Vestibular Popular ADEP localizado na Mangueira teve duas ocorrências, nos meses de junho e outubro.

Através da pergunta “No dia em que aconteceu evento de violência armada, mas que não tiveram aulas suspensas ou interrompidas qual foi o número de presentes?” Obtivemos 13 respostas, 5 Todos os alunos faltaram, 4 Maioria dos alunos faltaram e 4 Metade dos alunos faltaram.

Eventos fora dos horários de aulas, mas que impactaram os PVPs somados as suspensões das aulas temos 19 ocorrências em 18 que preencheram (houve local com mais de um evento).

Esses elementos confirmam a nossa hipótese de que eventos de violência armada em dias de funcionamento dos PVPs, mesmo sendo fora do horário das aulas, tem impacto negativo sobre o ensino.

A pergunta “Você teve conhecimento de eventos de violência armada no território, mas que não tiveram como consequência a suspensão ou interrupção das aulas?” partia da hipótese de que eventos de violência armada mesmo não provocando suspensão ou interrupção da aula tem efeitos sobre a presença. Podemos comprovar em S. Gonçalo e Mesquita, onde houve eventos em horários que não atrapalharam o funcionamento dos Prés, mas tivemos como efeitos: no dia em S. Gonçalo “maioria dos estudantes faltou” em Mesquita “metade faltou” no dia seguinte em S. Gonçalo “Metade dos estudantes faltou” em Mesquita “Maioria dos alunos faltou”.

Na pergunta “Após o evento de violência armada houve suspensão das aulas?” das 11 respostas, 7 responderam SIM. No complemento perguntávamos “Se sim, por quantos dias?”, das 4 respostas preenchidas 2 foram por dois dias e duas por um dia.

Levando em conta que há maior probabilidade de evento de violência armada nas favelas, conjuntos habitacionais e loteamentos irregulares, locais onde residem a maior parte dos estudantes dos PVPs, tentamos dimensionar o impacto de eventos de violência armada ocorridos fora do território do PVP mas que prejudicou a chegada de estudante ou professor através da pergunta: “Algum militante ou estudante não conseguiu chegar ao pré-vestibular neste mês por conta de evento de violência armada no local de moradia ou no trajeto?”, das 12 respostas preenchidas 8 responderam SIM. Sete indicaram os alunos e professores impedidos de chegarem aos PVPs, nesses 4 tiveram 3 estudantes; um teve 3 estudantes; um teve 1 estudante e um teve 10 alunos e 3 professores impedidos de chegarem aos PVPs.

Temos aqui mais uma evidência de que mesmo eventos de violência armada ocorridos em bairros que não são os do PVP, impactam a presença de alunos e professores.

No entendimento de que toda pesquisa deve como retorno fazer uma exposição a membros da sociedade civil, principalmente quando a pesquisa foi feita com recursos públicos, apresentamos no dia 14 de setembro de 2023, no III Seminário Saúde Mental e Integral, realizado no Museu da Vida na Fiocruz, a metodologia que utilizamos, a forma de elaboração do questionário e suas possibilidades.

CONCLUSÕES

As informações coletadas auxiliam a construção de indicadores de uma das desigualdades territoriais que afetam os PVPs, na sua maioria, localizados em favelas, conjuntos habitacionais e loteamentos clandestinos, territórios sob o domínio armado de grupos ilegais.

Mesmo com toda a cautela utilizada acreditamos que a baixa adesão ao preenchimento do questionário se relaciona com o medo, comprovamos pelas respostas à pergunta “Qual foi o tipo

de conflito armado ocorrido?” das 14 respostas 5 foram “Prefiro não informar”. O contraponto é a coragem demonstrada por 7 respostas “Conflito decorrente de operação policial”.

Apesar da limitação do tamanho da amostra já podemos afirmar que os impactos no dia somado aos prolongados acumulam dias perdidos e consequentemente de conteúdos, o que nos leva a questionar o vestibular como instrumento de acesso ao ensino superior público, apesar de ser tido como meritocrático, ele é fortemente atravessado por um viés de localização (moradia).

Em que pesem os desafios impostos ao cotidiano dos pré-vestibulares populares, consideramos que estes coletivos representam uma contraposição à lógica belicista e violenta nos territórios onde atuam, ao afirmarem a educação como um projeto para além do capital (5), capaz de questionar a ordem vigente. Se, por um lado, o Estado falido (4) naturaliza a violência em territórios vulnerabilizados, por outro, a organização coletiva aponta para a possibilidade de uma transição (5) — onde a educação não seja privilégio, mas um direito efetivo.

REFERÊNCIAS

- (1) Impactos da violência armada no cotidiano de pré-vestibulares populares da Região Metropolitana do Rio de Janeiro: questionário de ocorrência [Internet]. [citado 2025 mar 10]. Disponível em: <https://viconsaga.com.br/share/7231>
- (2) Agamben G. Estado de exceção. São Paulo: Boitempo Editorial; 2004.
- (3) Žižek S. Violência: seis reflexões laterais. São Paulo: Boitempo Editorial; 2014.
- (4) Chomsky N. Estados fracassados: abuso de poder e o ataque à democracia. São Paulo: Bertrand Brasil; 2007.
- (5) Mészáros I. Educação para além do capital. São Paulo: Boitempo Editorial; 2005.

IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN LA RECONVERSIÓN DE UN POLICLÍNICO DE PSIQUIATRÍA HOSPITALARIO EN CHILE

Camilo Vega Neira¹

INTRODUCCIÓN

Desde el retorno a la democracia en 1990, Chile ha elaborado varios Planes Nacionales que establecen los principios de la salud mental en el servicio público. El Plan actual está fundado en un modelo de salud mental comunitaria que aspira a los principios de la salud colectiva, e incluye instrumentos técnicos o modelos de gestión que apuntan a la reconversión desde el modelo hospitalario asilar hacia la plena integración y participación territorial (1). Sin embargo, existe escasa evidencia sobre el proceso de transformación que deberían asumir los dispositivos de salud mental de especialidad para seguir este camino. Aunque Chile sea un referente Regional en la creación de políticas de salud mental, existen limitaciones en el financiamiento, la gobernanza de la red, la actualización de prestaciones y el acceso oportuno para la población, lo que crea discordancias entre los principios de la salud mental colectiva y las prácticas clínicas y administrativas de los dispositivos, que parecen continuar en el modelo asilar (1,2). Las ciencias de la implementación, cuerpo teórico que investiga las brechas entre las prácticas basadas en evidencia y su realización cotidiana en los dispositivos de salud (3), y la perspectiva de pensamiento sistémico, propuesta por la OMS para el fortalecimiento de la salud pública (4), pueden aportar elementos valiosos para la comprensión de este fenómeno.

OBJETIVO

Identificar los facilitadores y barreras que influyen en la implementación del modelo de salud mental comunitaria en la reconversión de un dispositivo, el Policlínico de Psiquiatría del Hospital Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, hacia el Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM) Leonor Mascayano, en la ciudad de Concepción, Chile.

METODOLOGÍA

Se utiliza un marco metodológico mixto de diseño explicativo secuencial en tres fases. En la fase cuantitativa, se describen características de la población atendida en el dispositivo, prestaciones clínicas y actividades en línea con el modelo comunitario, como consultorías con la atención primaria y actividades intersectoriales, a través de un diseño descriptivo transversal, utilizando datos secundarios extraídos de los Resúmenes Estadísticos Mensuales del COSAM del periodo 2018 a 2022. En la fase cualitativa, se describe el proceso de implementación del modelo de salud mental comunitaria desde

¹ Magíster en Salud Pública Universidad de Chile. Terapeuta ocupacional COSAM Leonor Mascayano, Concepción, Chile. E-mail: camilovegan@gmail.com

la perspectiva de funcionarios clínicos y actores del dispositivo, mediante entrevistas semiestructuradas en base al Marco Unificado de Investigación en Implementación (CFIR), que incluye sus apreciaciones de las características, circunstancias internas y externas del proceso. Finalmente, se integran ambos resultados mediante un protocolo de triangulación en base a matrices de convergencia, organizadas según los elementos constitutivos sistémicos de la OMS, para describir los facilitadores y barreras para la implementación del modelo de salud mental comunitaria en el dispositivo.

RESULTADOS

El análisis cuantitativo revela altos flujos de ingreso y controles frente a bajas tasas de egreso en el dispositivo, con una gran prevalencia de diagnósticos como trastornos de personalidad, un alto volumen de atenciones médicas frente a una cantidad mucho menor de prestaciones no médicas totales, y una realización creciente de actividades comunitarias como consultorías y coordinaciones intersectoriales. Las tasas de prestaciones para la población beneficiaria son gravemente insuficientes en comparación a lo indicado en los modelos de gestión ministeriales. Los resultados cualitativos revelan poco conocimiento del modelo de salud mental comunitaria entre la mayoría de los profesionales, limitaciones generadas por la incomunicación desde la administración hospitalaria, circunstancias internas de alta demanda usuaria y una constante reorganización de las tareas de los funcionarios, frente a un equipo con un fuerte sentido de pertenencia y motivación por su trabajo, llevando a un proceso de implementación efectivo, pero sin planificación previa ni evaluación de resultados. La triangulación en base al pensamiento sistémico de la OMS revela grandes barreras de financiamiento, tecnologías y sistemas de información insuficientes, graves carencias de prestaciones y recursos humanos, y escasas instancias de participación usuaria. En este escenario, los principales facilitadores de la implementación son los atributos y motivaciones del personal, un liderazgo eficiente que organiza al equipo gestor, el vínculo de la población usuaria con el equipo profesional dada la valoración de sus atenciones, y la hábil reestructuración de tareas para dar cumplimiento a las actividades que tienden hacia el modelo comunitario.

CONCLUSIONES

El mero cambio administrativo de un policlínico de psiquiatría hospitalario a un centro de salud mental comunitaria no asegura la realización plena de las políticas de salud mental. Las dificultades históricas de implementación del modelo de salud mental comunitaria, que se evidencian tanto en la literatura como en los relatos de los funcionarios y los datos de productividad de este COSAM, llaman a incorporar nuevas perspectivas, como las utilizadas en este estudio, para una mayor comprensión del desarrollo de este modelo en los dispositivos en transformación. Se requiere actualizar los estudios epidemiológicos de salud mental y optimizar el presupuesto sectorial mediante nuevas estrategias de financiamiento, además de integrar las experiencias de los funcionarios de la salud mental, fortalecer la gestión y liderazgos locales, e instalar metodologías participativas en la gobernanza de la red, que hagan realidad el camino hacia la salud mental comunitaria y colectiva.

REFERENCIAS

- (1) Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irrarrázabal M, Díaz R, et al. Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2018 [citado 2025 Jul 10];42:e66. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49515>
- (2) Madariaga C. Clínica psiquiátrica y ciudadanía: de la crisis del paradigma biomédico a la Salud Mental Colectiva. In: Madariaga C, Oyarce AM, Martínez-Hernández Á, Menéndez E, editores. *Repensar la Salud Mental Colectiva: diálogos, saberes y encrucijadas*. 1ª ed. Santiago de Chile: Editorial Contrakorriente; 2021. p. 31-80.
- (3) Agudelo F, Rojas R. Ciencias de la implementación y salud mental: un diálogo urgente. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021 Sep. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.001>
- (4) Organización Mundial de la Salud. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud. In: de Savigny D, Adam T, editores. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 [citado 2025 Jul 10]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44222>

IMPLICAÇÕES CLÍNICAS DA VIOLÊNCIA ARMADA DE ESTADO NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Daniel Oliveira de Farias¹

APRESENTAÇÃO

A violência policial é a responsável pela morte de milhares de pessoas nas periferias brasileiras. As armas de fogo do Estado, no entanto, possuem como alvo privilegiado determinados corpos. Segundo o Atlas da Violência no Brasil (1), em 2022, a vitimização de pessoas negras em registros de homicídios correspondeu a 76,5% do total de homicídios registrados no país. A atuação da polícia nos territórios marginalizados das cidades brasileiras prejudica consideravelmente a vida cotidiana dos moradores, que precisam, por vezes, privar-se de sair de casa, de ir trabalhar, de levar seus filhos à escola, em decorrência do medo de serem atingidos nos confrontos. Tal violência se apresenta como resultado de uma necropolítica (2), compreendida como forma contemporânea de exercício de poder que subjuga a vida à soberania da morte, através da qual o Estado moderno se sustenta e que insiste em enxergar no corpo favelado uma vida ilegítima, perigosa e, por isso, matável. Quais são, porém, os efeitos subjetivos dessa ininterrupta violação de direitos? Quais as reverberações e as implicações clínicas no corpo daqueles que são tomados como alvo pelo próprio Estado? Como afirma Passos e Rauter (3) a violação de direitos por parte do Estado atua não só matando parte de sua população, mas produzindo, também, efeitos de subjetivação que precisam ser avaliados do ponto de vista clínico.

OBJETIVO

O presente trabalho visa analisar os desdobramentos da violência policial em direção ao campo da Saúde Coletiva, lançando luz sobre os efeitos desta modalidade de violência nos processos de saúde/doença da população negra e periférica. Além disso, visa contribuir para que profissionais possam forjar uma atuação comprometida com o enfrentamento, e não com a naturalização, da violência de Estado em territórios vulnerabilizados.

METODOLOGIA

O presente trabalho sintetiza os resultados preliminares de uma pesquisa de monografia ainda em curso. Tais resultados se dão a partir da análise crítica de elementos extraídos de uma revisão bibliográfica que, segundo Gil (4), consiste em pesquisa com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Os artigos selecionados para a realização do presente

1 Acadêmico de psicologia do 9º período pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: danieloliveirafarias@id.uff.br

trabalho foram buscados nas bases de dados da Scielo e do Google Acadêmico e as palavras-chaves que orientaram as buscas foram a violência de Estado, violência armada e saúde da população.

RESULTADOS

Um estudo recente (5) investigou adoecimentos de mães de vítimas de ação policial no Rio de Janeiro que referiram que além do adoecimento psíquico é comum o surgimento de outras doenças, como hipertensão arterial, diabetes, gastrite, dermatite e artrite reumatoide. Além disso, na clínica, verifica-se um retraimento subjetivo na corporeidade de pessoas atingidas pela violência de Estado, se manifestando por meio de enclausuramento em espaços privados, ou no esvaziamento de espaços públicos, em uma sintomática marcada pelo pânico, pela depressão (3). Esses sintomas, porém, são epifenômenos de uma experiência coletiva de caráter traumático. Entendendo o trauma como excesso intensivo que produz uma clivagem na consciência, mas também como impossibilidade de enunciar o sofrimento em vista da incapacidade de escuta do seu caráter político no campo da saúde. Os indivíduos, ao chegarem aos dispositivos de saúde, são tratados a partir do esquecimento daquilo que os levou a buscar ajuda. O aspecto político das doenças que acometem esta população é desmentido (6) pelos profissionais. Assim, o sujeito perde a confiança no outro que deveria proteger e cuidar – como a polícia que, ao invés de representar proteção, representa ameaça, ou os serviços de saúde que, ao invés de acolher o sofrimento produzido pela violência, não o reconhecem.

CONSIDERAÇÕES

O presente trabalho evidencia como a violência policial operada nos territórios marginalizados das cidades brasileiras se apresenta contemporaneamente como um fator condicionante e determinante de saúde ao qual os profissionais de psicologia e do campo da saúde em geral precisam estar aptos a enfrentar. Além disso, defende que é somente a partir da possibilidade de um trabalho de sensibilização da escuta desses profissionais que algum encaminhamento pode ser oferecido para as consequências mórbidas da violência de Estado sobre a população negra e periférica. Assim, torna-se evidente como a dimensão clínica e a dimensão política que caracteriza a condição desta parcela da população são inseparáveis e oferece pistas para o desdobramento de um *ethos* de enfrentamento a essa violação de direitos que detém um enorme potencial adoecedor, não podendo assim ser negligenciado pela escuta dos psicólogos que atuam nos dispositivos de saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas da violência 2024: retrato dos municípios brasileiros [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2024 [citado 2024 set 1]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/9277-atlasviolencia2024retratodosmunicipiosbrasileros.pdf>
- (2) Mbembe A. Necropolítica. 3ª ed. São Paulo: n-1 edições; 2018.

- (3) Passos E, Rauter C. Corporeidade e violações de direitos humanos: saúde e testemunho. *Fractal*. 2017 ago 31;29(2):211-8. DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i2/2507>
- (4) Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- (5) Araújo VS, Souza ER, Silva VLM. Eles vão certeiros nos nossos filhos: adoecimentos e resistências de mães de vítimas de ação policial no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022 abr;27(4):1327-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.06912021>
- (6) Ferenczi S. *Psicanálise IV*. 2ª ed. Trad. Cabral A. São Paulo: Martins Fontes; 2011.

INEQUIDADES EN MORTALIDAD Y AÑOS DE VIDA POTENCIALES PERDIDOS (AVPP) EN EL GRAN SANTIAGO DE CHILE DURANTE Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA DE COVID-19

Claudio Vargas¹

Paola Salas²

Felipe Elorrieta¹

Valentina Muñoz²

Erika Vivanco³

Matilde Maddaleno²

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 redujo en 1,8 años la esperanza de vida global(2019-2021), causando casi 13 millones de muertes y exacerbando las inequidades en salud en diversas regiones (1). Las desigualdades socioeconómicas, raciales y geográficas generan disparidades en mortalidad y los Años Potenciales de Vida Perdidos (AVPP), afectando principalmente a poblaciones vulnerables, resaltando la necesidad de políticas públicas que aborden estas desigualdades (2). En 2020, se perdieron 20,5 millones de años de vida en 81 países, con mayor proporción en jóvenes (≤ 55 años) de países de ingresos medios y bajos (3), estas diferencias etarias entre grupos sociales no se establecen en análisis de mortalidad tradicional.

En Chile, se perdieron 409.086 AVPP en 2020, de los cuales el 20% se atribuyó al COVID-19, municipalidades de menores ingresos presentaron mayores inequidades, especialmente en muertes prematuras (4). Este estudio analiza los AVPP del COVID-19 en el Gran Santiago en tres periodos (prepandémico, pandémico y pospandémico), clasificando las municipalidades por ingreso per cápita para cuantificar el impacto desigual. A pesar de los esfuerzos en Chile por promover la equidad sanitaria, es crucial un análisis actualizado para evaluar avances en la reducción de muertes y AVPP, e identificar áreas clave para intervenir y avanzar en equidad.

OBJETIVO

Evaluar la evolución de la inequidad en las tasas de mortalidad y los AVPP durante los años pospandemia (2022 y 2023) en el Gran Santiago, en comparación con los años de la pandemia (2020 y 2021) y el período pre-pandemia (2002-2019).

1 Departamento de Matemática y Ciencia de la Computación, Facultad de Ciencias, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile.

2 Programa Centro Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile.

3 Laboratorio de Genética y Patogénesis Bacteriana, Departamento de Ciencias Biológicas, Facultad de Ciencias de la Vida, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

El análisis pretende identificar las disparidades persistentes, destacar las áreas de mejora en las políticas públicas y promover intervenciones dirigidas a los grupos más afectados.

METODOLOGÍA

Estudio que utiliza datos de mortalidad, secundarios, anónimos y públicos de 34 comunas urbanas de la Región Metropolitana de Chile, entregados el Ministerio de Salud. Los índices de desigualdad fueron; el Índice de concentración (CI) deriva de una curva de concentración trazando el porcentaje acumulado de la variable de salud respecto a la variable socioeconómica (igual a 0 indica equidad en la variable salud y un índice con signo negativo/positivo indica que la carga de la enfermedad se concentra en la población económicamente más desfavorecida/favorecida). También se calculó el índice de desigualdad relativa (RII, de Kunst-Mackenbach y Panuk) con ingreso total promedio per cápita de cada comuna como variable de ordenamiento proveniente de encuestas nacionales de caracterización social. Se calcularon para cada comuna: tasas de mortalidad y AVPP anual ajustadas por edad quinquenal (límite superior 75 años) por 100.000 habitantes, con método directo, población estándar la definida por la OCD en 2015. Las comunas se clasificaron en 5 quintiles, donde el Quintil 1 representa las comunas con los menores ingresos y el Quintil 5 aquellas con los ingresos promedios más altos.

RESULTADOS

Las tasas de mortalidad y las tasas de AVPP ajustadas por edad han vuelto a la línea de tendencia decreciente que presentaban antes de la pandemia. De la misma manera, los niveles de inequidad se redujeron respecto a los niveles pandémicos, y volvieron a la línea de tendencia creciente que llevaban antes de este evento. Durante la pandemia, las comunas más pobres experimentaron un incremento significativo en las tasas de mortalidad general y AVPP, retrocediendo a niveles similares a los de 2002, mientras que, en las comunas más ricas, el retroceso fue menor (5 años para AVPP y 8-9 años para mortalidad),

A diferencia de las tasas de mortalidad por todas las causas, el impacto de la pandemia en los AVPP se concentró en un período de dos años (2020 y 2021). Esta tendencia al aumento de la inequidad a través de los años señaló que los AVPP fueron 3,71 veces mayores en comunas de menores ingresos versus las de mayores ingresos. Las tasas de mortalidad mostraron en pandemia valores superiores con una relación de 1,81 veces mayores en el mismo rango, aunque estos valores disminuyeron en el período pospandemia, aún son superiores a la pre-pandemia, pero están dentro de la tendencia creciente de la inequidad relativa entre las comunas en el periodo estudiado.

En 2020, las causas de accidentes y violencia alcanzaron los niveles más altos de inequidad en las comunas del Gran Santiago, superando incluso al COVID-19. Durante los tres períodos analizados, el cáncer se mantuvo como la causa de muerte con menor desigualdad en los AVPP.

Estas tendencias fueron consistentes bajo diversas metodologías de medición de desigualdad, incluyendo comparación por quintiles de ingreso comunal, índices de concentración y el índice de desigualdad relativa (RII).

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

En Chile, aunque las tasas de mortalidad y los AVPP en 2023 se ubicaron por debajo de los niveles prepandémicos, y las desigualdades disminuyeron en comparación con los máximos registrados durante la pandemia, las inequidades han retomado la tendencia ascendente observada en el período prepandémico.

Las inequidades en la pandemia ocurrieron especialmente en las comunas más pobres, incrementándolas al punto de superar las del inicio del periodo (año 2002, retrocediendo prácticamente 20 años) a diferencia de las comunas del quintil superior (quintil 5, comunas más ricas), donde los AVPP no llegaron a más de un retroceso de 5 años, y la mortalidad retrocedió de 8 a 9 años. Los efectos del COVID-19 exacerbaron las inequidades preexistentes en los determinantes sociales de la salud, revelando la vulnerabilidad estructural del sistema de salud chileno. La vacunación y la educación sanitaria tuvieron un impacto importante en la disminución de la mortalidad para toda la población chilena.

REFERENCIAS

- (1) World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 2025 maio 10]. Disponible em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703>
- (2) Lewer D, Jayatunga W, Aldridge RW, Edge C, Marmot M, Story A, et al. Premature mortality attributable to socioeconomic inequality in England between 2003 and 2018: an observational study. *Lancet Public Health*. 2020;5(1):e33-e41. DOI: 10.1016/S2468-2667(19)30219-1
- (3) Pifarré I, Arolas H, Acosta E, López-Casasnovas G, Lo A, Nicodemo C, et al. Years of life lost to COVID-19 in 81 countries. *Sci Rep*. 2021;11(1):3504. DOI: 10.1038/s41598-021-83040-3
- (4) Ayala A, Vargas C, Elorrieta F, Villalobos Dintrans P, Maddaleno M. Inequity in mortality rates and potential years of life lost caused by COVID-19 in the Greater Santiago, Chile. *Sci Rep*. 2023;13(1):16293. DOI: 10.1038/s41598-023-43531-x

INTERCULTURALIDAD Y MEDICINA TRADICIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE MÉXICO

Cruz González Alma Benita¹

PRESENTACIÓN

La medicina tradicional, como conjunto de saberes y prácticas que parte de los grupos y comunidades indígenas, ha sido un elemento que conforma la respuesta social organizada de esta población retomada por el Estado, como recurso para subsanar las deficiencias en salud de manera parcial en estas poblaciones (1). La incorporación de estos saberes a ciertos espacios institucionales de salud, denominados “hospitales mixtos”, se desprenden de políticas de interculturalidad en salud, creando relaciones entre medicina tradicional indígena y el Modelo Médico Hegemónico.

El debate resulta de problematizar las relaciones que describe la interculturalidad en salud que resultan contradictorias, debido al discurso que oculta relaciones de hegemonía-subalternidad existentes entre el Modelo de Médico hegemónico y las medicinas tradicionales indígenas, como articulaciones que generan sincretismos que conducen a relaciones institucionales, propuestas y acciones, que no cuestionan las estructuras que tendencialmente no permiten la predisposición a “respetarnos” y “dialogar”(2), por condiciones económicas, políticas, sociales y cognitivas, en las cuales se establecen relaciones de dominación colonial y relaciones del capital que nos ponen en relación de absoluta desigualdad real (social, lingüística, política, económica) (3). En este texto se analiza cómo interpretan y conciben los médicos y medicas tradicionales estas búsquedas interculturales.

OBJETIVO

Analizar cómo ha sido el proceso de integración de las medicinas tradicionales a los servicios de salud en México, a través del programa de interculturalidad en salud.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de tipo cualitativa; con un posicionamiento crítico basado en la naturaleza de los estudios Críticos del discurso de Van Dijk (2). Utilizando los recursos metodológicos de recolección y análisis de la información: Entrevistas semiestructuradas, observación participante y procesamiento de la información a través del análisis del discurso crítico de Van Dijk.

Se realizaron un total de 15 entrevistas semiestructuradas, donde se incluyó a personas que practican algún tipo de medicina tradicional y que mantienen o no alguna relación con el Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA), en Amealco, México.

1 Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. E-mail: almabenita14@gmail.com

La guía de entrevistas se realizó tomando en cuenta los objetivos de la “Guía de implantación para el fortalecimiento de salud con medicina tradicional”, que plantea el programa de Interculturalidad en Salud. En concordancia con el abordaje cualitativo, se hizo uso de [Atlas.ti](#), para la sistematización del análisis de discurso a partir de una relación con las unidades de análisis que se desprenden de nuestras categorías principales.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

RESULTADOS

De las 15 personas entrevistadas, se mantiene la identidad de todos los actores involucrados, con la finalidad de proteger su identidad dadas las condiciones de tensión que se encontraron.

Un total de 11 personas trabajan en el CESSA, 7 personas se reconocen como médico tradicional por legitimación comunitaria y los otros 4 fueron formados en instituciones de educación. Las otras 4 personas practican la medicina tradicional en su comunidad y no han tenido relación con las instituciones de salud.

La forma en que coincidieron los participantes para trabajar en el CESSA, fue mediante exámenes de selección, comprobación de conocimientos a través de, constancias que avalaran cursos de capacitación, así como comprometerse a continuar tomándolos, tener un reconocimiento comunitario como médico tradicional y en el caso de las parteras estar certificadas. Para el caso de quienes no colaboran con el CESSA, respondieron no tener conocimiento de que existía un área de medicina tradicional, y una de ellas respondió que, simplemente no le interesaba colaborar ya que en la comunidad se necesitaba quien brindara salud a la población.

Por otro lado, la relación que mantienen con el CESSA es bajo un estatus de voluntariado, por lo reciben un sueldo por debajo de lo que gana en promedio el personal de salud, los excluye de prestaciones laborales y en cualquier momento pueden ser reemplazados.

En lo que corresponde a la observación participante, identificamos el espacio designado a Medicina Tradicional aislado del resto del centro de salud, este a su vez se divide en áreas: de temazcal, partería, huesero, hierbera, traductor, farmacia verde, medicina alternativa y medicina intercultural, (espacio donde se practica acupuntura, quiropraxia, reiki, etc.).

CONCLUSIONES

La concepción de lo intercultural como sistema de relaciones que identifica, diferencias y contrastes (4), busca entender las medicinas tradicionales, de tal manera que le otorga una relación dialéctica al cómo se integran y reinterpretan los productos materiales y simbólicos.

La institucionalización de las medicinas tradicionales representa la constitución de conocimientos academizados, que anulan y/o restringe la participación de actores comunitarios para

la toma de decisiones y bajo condiciones de subordinación y hegemonía en espacios que impone ideologías y borra saberes.

Reconocer las aportaciones de las medicinas tradicionales desde la dimensión crítica de la interculturalidad en salud, no dependen únicamente de abrir espacios limitados a áreas que siguen bajo el control del modelo médico-hegemónico, es establecer espacios donde las prácticas no sean limitadas, mantener la participación de los pueblos para establecer políticas y programas que involucren la salud de las comunidades.

REFERENCIAS

- (1) Menéndez EL. Interculturalidad en salud: dudas, limitaciones y repliegues. En: Gil García F, Vicente Martín P, editores. *Medicinas y cuerpos en América Latina: debates antropológicos desde la salud y la interculturalidad*. 1a ed. Quito: Abya Yala; 2017. p. 53-98.
- (2) Van Dijk TA. Racismo y discurso en América Latina: una introducción. En: Van Dijk TA, coordinador. *Discurso y racismo en América Latina*. Barcelona: Gedisa; 2007. p. 21-34.
- (3) Laurell AC. Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Med Soc*. 2010;5(1):79-88.
- (4) García Canclini N. *Diferentes, desiguales y desconectados: mapas de la interculturalidad*. 1a ed. Barcelona: Gedisa; 2004.

LA MEDIATIZACION DEL COVID-19 EN LOS ESTADOS UNIDOS: COMO LOS GESTOS DE ANTHONY FAUCI BORÓ LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA PANDEMIA

Charles L. Briggs¹

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

Durante casi 20 años, Estados Unidos no solo invirtió millones de dólares en preparación para una pandemia, sino que promovió una securitización cuasi militarista de la salud pública bajo el pretexto de “preparación”(1). Sin embargo, la pandemia de COVID-19 en Estados Unidos fue un desastre notable. Muchos relatos sugieren que la retórica populista y anticientífica del presidente Donald Trump socavó los hallazgos y recomendaciones científicos y de salud pública, en particular los del asesor científico clave Anthony Fauci. Esta presentación cuestiona estas explicaciones al observar de cerca la mediatización de la pandemia (2), particularmente en las reuniones informativas diarias del Grupo de Trabajo sobre el Coronavirus de la Casa Blanca, en las que científicos y políticos describieron los hallazgos cambiantes sobre el COVID-19 y argumentaron a favor y en contra de las pautas de prevención. El artículo analiza por qué Anthony Fauci, sólo uno de los ocho médicos del Grupo de Trabajo, se convirtió en la voz principal de la ciencia estadounidense sobre la COVID-19.

OBJETIVO

Fauci mostró gestos manuales únicos que convirtieron estadísticas, intervenciones y medidas de mitigación en signos visuales. Fauci transformó así las representaciones reduccionistas de la pandemia en figuras aparentemente naturales, desplazando así los parámetros históricos y político- económicos que socavaron la aceptación pública de las medidas de mitigación y exacerbaron las agudas desigualdades entre las poblaciones negras, latinas e indígenas.

METODOLOGÍA

Este artículo se basa en un estudio extensivo de los efectos de la pandemia de COVID-19 en las vidas, el trabajo y las perspectivas de los residentes de EE. UU., que consta de más de 100 entrevistas y extensas observaciones participante. También incluye una extensa recopilación y análisis de las formas en que la pandemia estuvo representada en los medios tradicionales y sociales. El corpus específico que se analiza aquí consiste en las sesiones informativas diarias del Grupo de Trabajo sobre el Coronavirus de la Casa Blanca en marzo y abril de 2020, centrándose en las intervenciones de Anthony Fauci. Los gestos se codificaron y correlacionaron con el contenido de sus declaraciones sobre la pandemia y se compararon con los de otros médicos y funcionarios electos del Grupo de Trabajo.

1 Departamento de Antropología, Universidad de California, Berkeley. E-mail: clbriggs@berkeley.edu

RESULTADOS

En marzo y abril de 2020, Fauci apareció diariamente en sesiones informativas del Grupo de Trabajo sobre Coronavirus de la Casa Blanca. Ideó gestos que representaron 1) “picos” en el número de contagios, 2) medidas de control y mitigación, y 3) relaciones interdiscursivas estables entre sus sucesivas declaraciones públicas. Otros presentadores en estas sesiones informativas, incluidos los otros siete médicos del Grupo de Trabajo, no utilizaron gestos de manera extensiva.

Los gestos de Fauci transformaron proyecciones estadísticas fragmentarias e inciertas y medidas de mitigación en objetos aparentemente objetivos y autorizados. Estas poderosas cosificaciones ayudaron a convertir a Fauci en la encarnación principal del conocimiento biomédico estadounidense sobre la pandemia y desplazaron otras voces. Los gestos ayudaron a Fauci a hacer que una pandemia caótica y en rápido movimiento pareciera biocomunicable, susceptible de ser transformada por científicos, médicos y profesionales de la salud pública en conocimiento biomédico y transmitida por comunicadores de salud (incluidos periodistas) al público. Los esfuerzos por cuestionar el discurso oficial y/o contribuir a la producción de conocimiento a través de procesos de autoatención tildaron a los laicos de incommunicables, incapaces de asimilarlo o no dispuestos a seguirlo (3). Cuando nuevos hallazgos revelaron la precaria base de las declaraciones de Fauci, se abrió un enorme espacio para cuestionar la biocomunicabilidad en general. Fauci fue presentado por la derecha como incommunicable, como un símbolo clave del autoritarismo biomédico.

CONCLUSIONES

La conclusión reflexiona sobre las limitaciones de los modelos actuales de biocomunicabilidad y cómo se han convertido en un medio clave para reproducir y extender las desigualdades lingüísticas, sanitarias y sociales (4) y los efectos fatales del capitalismo en la atención sanitaria.⁵ También señala cómo las políticas de comunicabilidad deben transformarse radicalmente antes de que llegue la próxima pandemia.

REFERENCIAS

- (1) Lakoff A. Unprepared: global health in a time of emergency. Oakland: University of California Press; 2017.
- (2) Briggs CL, Hallin DH. Making health public: how news coverage is remaking media, medicine, and contemporary life. 2ª ed. Londres: Routledge; 2024.
- (3) Menéndez EL. Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención. Salud Colectiva. 2020;16(3):e3149. DOI: 10.18294/sc.2020.3149.
- (4) Briggs CL. Incommunicable: toward communicative justice in health and medicine. Durham (NC): Duke University Press; 2024.
- (5) Breilh J. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: ciencia ética y valiente en una civilización malsana. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2023.

LA MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA LATINOAMERICANA

Oscar Feo Istúriz¹

Howard Waitzkin

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

Esta presentación es un resumen de un trabajo que actualiza 2 artículos publicados en inglés durante el año 2001 en Lancet y la Revista Americana de Salud Pública sobre la medicina social y salud colectiva latinoamericana (1-3). El nuevo trabajo está dirigido a ambos mundos hispano y no hispano parlante. Aquí, enfatizamos temas con interés a participantes del congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva.

OBJETIVO

Pretendemos clarificar las principales orientaciones conceptuales y esfuerzos de investigación históricamente y durante los 24 años transcurridos desde la publicación de los artículos anteriores en 2001. Nos centramos especialmente en los trabajos que cuestionan las relaciones hegemónicas de poder económico y político.

METODOLOGÍA

Describimos la historia del campo, los desafíos del liderazgo y las actividades laborales cotidianas, y analizan los debates, los enfoques teóricos, las técnicas metodológicas y los principales temas emergentes de la medicina social y la salud colectiva en Latinoamérica. Así mismo, comentamos la necesidad de evaluar la relación del papel de la medicina social y la salud colectiva en los “gobiernos progresistas” que se establecieron en la región a partir del inicio de siglo XX.

RESULTADOS

Se plantea que la medicina social y la salud colectiva han influido en la investigación, la docencia y la práctica sanitaria en Latinoamérica, pero que salvo contadas excepciones, estos logros siguen siendo poco conocidos en el Norte Global. Importantes publicaciones permanecen sin traducir del español o el portugués, en gran parte debido a la tradicional reticencia en el Norte Global a ir más allá de las publicaciones en inglés, así como a una suposición que resta importancia intelectual y científica al trabajo en el Sur Global. Se enfatiza que la medicina social/salud colectiva latinoamericana tiene como una de sus categorías fundamentales de análisis la determinación social de la salud, y resalta la necesidad de una epidemiología crítica para la adecuada comprensión de la salud enfermedad de la población. Consideramos las actividades que los investigadores y profesionales definen como medicina social o salud colectiva y distinguimos estos términos desde el punto de vista de la salud pública. En lo político, denuncia y confronta los efectos de las políticas neoliberales; asume

1

Universidad de Carabobo, Venezuela. E-mail: oscarfeo@msn.com

el trabajo con los movimientos sociales y la participación social como uno de sus elementos fundamentales; incorpora los enfoques de género y las políticas feministas, así como las luchas y planteamientos de los pueblos originarios.

La epidemiología crítica pretende superar estas limitaciones y enriquecer su conceptualización, incorporando categorías como clase social, historia y territorio. También dota de mayor contenido a estas categorías, convirtiendo a la persona en un sujeto activo que pertenece a una clase social, a un momento de la historia y a un lugar del territorio social donde se producen la salud y la enfermedad.

Por tanto, revisar y reforzar las categorías utilizadas anteriormente en medicina social y salud colectiva se ha convertido en una prioridad. Por ejemplo, los «determinantes sociales» ya no se aíslan y reducen a factores de riesgo; ahora la «determinación social» ha ganado importancia como categoría explicativa. Del mismo modo, el «género» ya no refleja la perspectiva de las mujeres blancas y occidentales; ahora el «feminismo despatriarcal» es un énfasis. La «atención primaria» ya no se reduce al primer nivel de atención o a las prestaciones mínimas para los pobres; ahora el «cuidado integral de la salud y de la vida» ha ampliado el enfoque. La «participación social» ya no se reduce a colaborar con los establecimientos de salud mientras estén organizados y controlados por el Estado; ahora una «participación social empoderada» pasa a formar parte de las políticas de construcción de ciudadanía y democratización de la sociedad. Además, han surgido categorías innovadoras como «colonialidad»/«descolonialidad», «sistema mundo», «territorio social» y «modo de vida». Se propone que los ejes en la producción de desigualdades en salud son la clase social, la etnia, el género y el territorio social. Estos ejes no se analizan de forma aislada, sino que se entrelazan para lograr una perspectiva «interseccional» relativa a la determinación social de la salud y la enfermedad.

Los sistemas de salud en América Latina han sufrido oleadas de reformas, promovidas por las instituciones financieras internacionales, que expresan los intereses de las élites económico-financieras y la ideología política neoliberal. Una cuestión de vital importancia para la medicina social y salud colectiva es cómo dejar atrás la dependencia de una racionalidad administrativa eurocéntrica y panamericana basada en el Norte Global, y desarrollar teorías y políticas que expresen los intereses del Sur Global.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

Se concluye resaltando que la medicina social y la salud colectiva ha producido aportes e inspiración que han cobrado relevancia tanto para el Norte Global como para el Sur Global. Una dimensión importante de solidaridad internacional y la transformación pos-capitalista incluye el impacto contrahegemónico que resulta de la difusión mas amplia de la praxis de medicina social y salud colectiva latinoamericana. Esta transformación implica no sólo la eliminación del lenguaje, la terminología y las categorías de las reformas basadas en el desarrollismo y el neoliberalismo, sino también un replanteamiento que incorpore un nuevo sistema categorial que exprese y materialice el pensamiento crítico latinoamericano sobre la salud desde la perspectiva del Sur global.

REFERENCIAS

- (1) Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet*. 2001;358:315–23.
- (2) Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: lessons from Latin America. *Am J Public Health*. 2001;91:1592–601.
- (3) Feo Istúriz O, Waitzkin H. Latin American social medicine and collective health. In: Quah S, editor. *International Encyclopedia of Public Health*. 2024. DOI:10.1016/B978-0-323-99967-0.00095-8.

LUTAS DE COLETIVOS POPULARES COMO RECURSO DIDÁTICO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES DE ESPECIALISTAS DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Matheus de Matos Vieira Gomes¹

Ariana de Oliveira Tavares

Marlom Silva Rolim

INTRODUÇÃO

O presente relato apresenta a continuidade de uma proposta iniciada em 2024, dentro do projeto extensionista “Observatório da Integração Ensino-Serviços de Saúde do Estado do Rio de Janeiro” (OIESS-RJ), vinculado ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal Fluminense (UFF), em seu eixo de atuação “movimentos sociais e participação social”.

A proposta em tela buscou documentar, na forma de vídeo, a luta de coletivos populares nas periferias urbanas do estado do Rio de Janeiro e que detinham interlocução com o OIESS-RJ em ações de saúde ocorridas nas periferias de Niterói. Esse registro, ao documentar a mobilização daqueles sujeitos na cidade, pretendeu (re)conhecer suas lutas, projetos e motivações, além de construir um acervo audiovisual sobre a resistência das periferias urbanas que, poderia tornar-se recurso pedagógico para a formação de profissionais de saúde orientada pelos princípios e diretrizes do SUS (1).

Dessa maneira, exploraremos, neste relato, a possibilidade do primeiro vídeo, produzido pelo OIESS-RJ junto a um coletivo popular parceiro, provocar reflexões sobre concepção de saúde, educação popular e indissociabilidade dos direitos sociais, através dos conteúdos nele presentes. Sobremaneira, por esses debates serem sistematicamente pontos de disputa na formação de profissionais da área da saúde no Brasil (2).

OBJETIVO

O objetivo geral é relatar a construção de um vídeo, baseado em lutas de um coletivo popular atuante em periferias urbanas do estado do Rio de Janeiro, como recurso didático para a formação de profissionais de saúde comprometidos com a defesa do SUS. E como objetivos específicos: descrever as percepções de especialistas da Saúde Coletiva sobre o vídeo produzido e apontar os ajustes propostos pelos especialistas para melhor aproveitamento do vídeo como recurso didático na formação para o SUS.

DESENVOLVIMENTO

No relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a formação profissional foi destaque, pois a inadequação técnica, ética e de consciência social desses trabalhadores, aliada às baixas

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: matheus_matos@id.uff.br

remunerações e más condições de trabalho, foram lidas como entraves à consolidação da saúde como direito universal da população brasileira (3).

Desde então, coexistem projetos formativos distintos e conflitantes como: a concepção de saúde como o somatório de fatores condicionantes e determinantes atomizados e o conceito da determinação social da saúde; a “pedagogia das competências”³, típica da ordem neoliberal, em contraposição à “pedagogia freireana” e seu compromisso com a transformação social; e a compreensão da saúde como direito humano e como mercadoria (2, 4)

O vídeo abordado neste relato foi pensado para fortalecer os princípios do SUS, buscando, pois, desenvolver estratégias para formação de trabalhadores e acadêmicos da área da saúde comprometidos com a defesa do pleno direito à vida.

A produção do vídeo envolveu: roteiro de entrevista, concebido por extensionistas do OIESS-RJ, com perguntas sobre a origem, as atividades e os desafios do coletivo popular e sua relação com a defesa da saúde pública; teste do roteiro com integrante de movimentos sociais em defesa da saúde da população negra; convite ao coletivo parceiro; gravação em territórios de atuação do coletivo e edição, realizadas pelo estudante bolsista do OIESS-RJ, com formação e experiência em mídias sociais; e aprovação pelo coletivo envolvido, com autorização de uso de imagem.

A coleta de percepções de especialistas foi realizada por formulário digital, obtendo-se respostas anônimas de cinco docentes do ISC. As principais observações foram que o vídeo: reflete sobre a cultura e/ou manifestações artísticas em territórios periféricos e sobre o processo histórico que invisibiliza e negligencia a vida dessas populações; relaciona timidamente saúde e demais direitos sociais; indica a educação popular como prática do coletivo entrevistado, pela sua escuta ativa e a intervenção com as comunidades; demonstra a determinação social da saúde direta ou indiretamente, quando temas como racismo estrutural, violência urbana, potência das práticas populares nos territórios de periferias são explicitados.

Além disso, o vídeo para os especialistas: usa linguagem e conteúdo adequados para diferentes públicos, incluindo-se graduandos, pós-graduandos e profissionais da área da saúde; necessita de uma introdução descritiva do coletivo entrevistado e ajustes na trilha sonora para melhor equilíbrio com o conteúdo e foi considerado um recurso didático relevante para o campo da saúde coletiva, por sua qualidade técnica e temas abordados, sobretudo, se maximizado pela mediação de um facilitador.

As observações supracitadas serão analisadas para a incorporação dos ajustes cabíveis ao vídeo, com vistas à conclusão e disseminação desse material como recurso didático para a formação em saúde.

CONSIDERAÇÕES

Da 8ª CNS até o tempo presente, a formação de profissionais de saúde alinhados aos princípios do SUS soma avanços e retrocessos em torno de um projeto que reafirma a saúde como direito humano e a concebe como determinada historicamente pelas relações sociais hegemônicas e que, reconhece

a educação popular freireana, como potência para transformar as condições sociais produtoras de desigualdades, iniquidades, adoecimento e morte.

Nesse contexto, o vídeo, na avaliação dos especialistas, mostrou-se adequado como recurso didático para a formação de acadêmicos e profissionais da saúde, ao mobilizar debates sobre a determinação social da saúde e a educação popular. Algumas adaptações foram apontadas, em especial para melhor explicitar a relação entre saúde e outros direitos sociais.

Com a necessidade de mudanças na formação em saúde, para sua aproximação aos marcos defendidos no SUS, conclui-se que iniciativas como este vídeo são valiosas.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei nº 8.080, de setembro de 1990. Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União. 1990 set 20.
- (2) Pereira IDF, Lages I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? Trab Educ Saúde [Internet]. 2013 maio;11(2):319-38 DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000200004>
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
- (4) Uback L, Carnut L, Pissardo RB, Borges RN. Crítica ao currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade desde a pedagogia histórico-crítica. Germinal: marxismo e educação em debate [Internet]. 2024 dez;16(3):442-60. DOI: <https://doi.org/10.9771/gmed.v16i3.57692>

LUTO DO HOMEM: UMA EXPERIÊNCIA DE SUPORTE E ACOLHIMENTO AO LUTO MASCULINO

Daniel Carvalho Pereira¹

APRESENTAÇÃO

Este relato apresenta a experiência de um grupo de acolhimento e suporte a homens enlutados, o Luto do Homem. Primeiro grupo presencial na cidade do Rio de Janeiro (RJ) que, com a pandemia de COVID-19 em 2020, passou a fazer seu ciclo de encontros de forma online, recebendo homens enlutados de todo o país.

Atuando como aconselhador e facilitador dos encontros, presenciei narrativas sobre a experiência de enlutamento masculino que contribuíram para a construção do projeto Luto do Homem como um espaço de suporte a homens enlutados, e um locus privilegiado de construção e expansão de conhecimento sobre um tema que tem sido escassamente abordado na literatura acadêmica.

Esta experiência de cinco anos de atuação perpassa aspectos psico-sócio-didáticos do luto, permitindo construir saberes e perceber como a questão de gênero se entrecruza à experiência de perda de um ente querido e de luto, com um olhar voltado para as masculinidades (1).

OBJETIVO

Analisar as singularidades do enlutamento masculino à luz da experiência de atuação como facilitador, aconselhador e Coordenador Geral de um projeto de acolhimento e suporte a homens enlutados.

METODOLOGIA

Para a construção deste relato nos valem da autoetnografia como método de produção narrativa de si, com a utilização mais específica da antropologia *ex post facto* proposta pelo professor Igor José de Renó Machado (2). Utilizam-se duas categorias chave: a confrontação das ideias de *memória* (3) e de *experiência* (1) na construção de uma narrativa de si diante da construção narrativa do outro.

Os encontros do Luto do Homem aconteciam de forma online com a minha condução como aconselhador (através de uma formação como *grief counselor* adquirida em curso pela MISS Foundation e EKR Foundation no Arizona, EUA) e com o auxílio e treinamento de voluntários, com regularidade quinzenal, gratuitos e exclusivos para homens. Com um ciclo de 7 a 8 encontros, o luto é entendido como uma construção narrativa, em que a questão de gênero e masculinidades se entrecruzam, produzindo singularidades. Assim, produzir uma narrativa é confrontar memória e

¹ Doutorando pelo Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). E-mail: danielcarvalho@lutodohomem.com.

experiência no luto e, portanto, produzir um lugar de possibilidades novas para estes homens. É neste locus metodológico que este relato se coloca.

RESULTADOS

Até o momento se inscreveram 206 homens, tendo participado efetivamente dos encontros um total de 97 homens. Os lutos que mais chegaram ao projeto são o paterno, pela morte de companheiro ou companheira e a morte de pais ou mães. O perfil dos homens indica que são, em sua maioria, cisgêneros, heterossexuais, de 30 a 45 anos de idade, brancos, de classe média e escolarizados com nível superior.

Esta experiência tem produzido *insights* sobre o entendimento do luto masculino como categoria de análise. Foi por meio dessa experiência que decidi, por exemplo, iniciar minha pesquisa de doutorado, onde busco expandir os horizontes de compreensão sobre o tema.

O luto masculino não é uma temática de pesquisa privilegiada no mundo e menos ainda no Brasil. Há poucos estudos que se centram no entrecruzamento do olhar para as masculinidades e para o luto. Menos ainda, diria quase inexistente, são trabalhos que partam de uma perspectiva teórica das humanidades, como a Antropologia, a Sociologia ou a História. A maioria do que se produz vem das disciplinas dos chamados “saberes Psi”: a Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria, o que Vinciane Despret (4) chama de “doxa psicologizante”. O luto é também uma categoria política (5)

Ademais, a experiência também ajudou a pautar as discussões e a chamar a atenção para a necessidade de mais pesquisas e trabalhos no país, trazendo *awareness* para a questão do luto masculino e pautando transformações em iniciativas autônomas e públicas sobre o luto. Antes invisibilizadas, é possível dizer que o projeto Luto do Homem trouxe as diversas masculinidades enlutadas para o debate no campo dos estudos sobre o luto, influenciando em outros projetos de suporte ao luto pelo país e a atuação de profissionais de saúde de todo o Brasil olhavam e percebiam o luto masculino.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O projeto teve um alcance moderado, promovendo ações de capacitação de profissionais de saúde, discussão pública sobre a temática e iniciativas diretas e indiretas de suporte a homens enlutados, sendo muito limitado por dificuldades de manutenção financeira e de constituição de um quadro estável de voluntários. Foram mais de 200 homens que se inscreveram no projeto e pouco menos de uma centena que efetivamente participou dos ciclos de encontros. Os principais temas foram a construção da masculinidade (6), como o luto é um elemento de ruptura desta masculinidade (7) e a necessidade de atribuir sentidos para uma experiência tão desmobilizadora (8). Além disso, o luto como experiência amorosa é frequentemente o ponto de encontro conclusivo destes homens. O amor aparece como fator ontológico de construção de uma nova masculinidade (9).

O projeto é importante para o campo de atuação e estudos de gênero constituindo-se um espaço de afirmação de diferentes possibilidades para pensar as masculinidades enlutadas.

REFERÊNCIAS

- (1) Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev Bras Educ.* 2002;19:20-8.
- (2) Machado IJR. A memória como um campo etnográfico: antropologia ex post facto. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens Edições; 2023.
- (3) Gagnebin JM. Memória, história, testemunho. In: *Lembrar, escrever, esquecer*. São Paulo: Editora 34; 2006. p. 49-57.
- (4) Despret V. Um brinde aos mortos. Lencastre H, tradutora. São Paulo: n-1 edições; 2023.
- (5) Butler J. *Vida precária*. Rio de Janeiro: Autêntica; 2019.
- (6) Connell RW. *Masculinities*. 2nd ed. Berkeley (CA): University of California Press; 2005.
- (7) Bury M. Doença crônica como ruptura biográfica. *Tempus Actas Saúde Coletiva.* 2011;5(2):41-55.
- (8) Welzer-Lang D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Rev Estud Fem.* 2001;9(2):460-82.
- (9) Hooks B. *The will to change: men, masculinity, and love*. 1st paperback ed. New York: Washington Square Press; 2005.

LUTO LÉSBICO E SUA RELAÇÃO COM A HETEROSSEXUALIDADE COMPULSÓRIA

Vivian Cristine Machado¹

Marcos Antonio Ferreira do Nascimento

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho se origina de uma pesquisa de mestrado realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira (IFF), FIOCRUZ, na área da Saúde Coletiva, entre 2022 e 2024, sobre experiências de luto de mulheres lésbicas, seja o luto em razão de morte ou de perda simbólica.

Na perda simbólica não há uma morte física (1). O luto nem sempre tem a ver com morte, uma vez que luto seria uma reação à perda e não à morte (2). O luto é experienciado pelo rompimento de um vínculo significativo em relação a algo ou alguém, portanto, está diretamente associado com apego e separação. Qualquer perda de vínculo importante pode gerar um luto.

OBJETIVO

O objetivo geral era compreender as experiências de luto de mulheres lésbicas cisgêneras que sofreram a perda de suas companheiras, por morte ou perda simbólica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de abordagem etnossociológica (3), com base em narrativas de vidas e com utilização de um roteiro de entrevista semiestruturado. Foram entrevistadas sete mulheres autodeclaradas lésbicas e enlutadas, de forma presencial, na cidade do Rio de Janeiro, entre setembro e outubro de 2023.

RESULTADOS

A partir das narrativas coletadas foi possível constatar que lésbicas enlutadas que são discriminadas por sua orientação sexual estão propensas à invalidação de seus lutos, uma vez que o relacionamento não é reconhecido, e invariavelmente, implica uma escassez ou até mesmo inexistência de uma rede de apoio - família, amigos, colegas, profissionais de saúde - para ajudá-las a lidar com suas perdas.

De acordo com Machado (4), “em razão da cultura lésbica existir à margem de uma sociedade heterocentrada, pouco se sabe sobre morte e luto na comunidade lésbica” (p.100).

O estudo também propõe um conceito sobre *luto lésbico*, o qual se dá a partir da relação entre mulheres, e não de uma identidade exclusivamente lésbica. Dito de outra forma, luto lésbico é “o luto

1 Doutoranda em Saúde Coletiva pelo IFF/FIOCRUZ. E-mail: vivs.corr@gmail.com.

que se configura a partir de uma perda, simbólica ou por morte, oriunda da relação afetivo-sexual entre mulheres”, conforme afirma Machado (4, p.114).

Se o *luto lésbico* se origina da perda a partir de uma relação entre mulheres e essa relação não é validada socialmente, esse luto opera em um espaço invisível de (re)conhecimento. A experiência lésbica pode ser tornada invisível devido à heterossexualidade compulsória (5). Nesse sentido, é possível entender que a heterossexualidade compulsória, enquanto instituição política de manutenção de valores do patriarcado, atua como um mecanismo social estrutural (3) na experiência vivida de um luto lésbico.

A presunção heterossexista (6) faz com que lésbicas precisem se revelar publicamente acerca de sua identidade sexual, uma vez que são tacitamente consideradas heterossexuais. Com efeito, é possível dizer que não existe um estar dentro ou fora do “armário” permanentemente. A relação da lesbianidade com o “armário” não somente é ambivalente como é constituinte da formação identitária de lésbicas.

O “armário” pode operar de forma opressora e protetora. Ao mesmo tempo em que o “armário” funciona como um dispositivo protetor para reflexão, autodescoberta e autoaceitação da sexualidade, ele também funciona como um dispositivo opressor ao sufocar identidades lésbicas em detrimento de um regime heterossexual, como característica fundamental da vida social (6).

Nesse sentido, um relacionamento lésbico que não é publicamente divulgado irá, invariavelmente, ser regulado pela experiência do “armário”, e isso impactará na forma como perdas oriundas desse relacionamento serão experienciadas pelo casal.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Estudos que contemplam a relação entre luto e lesbianidade (7-14) ressaltam que a divulgação da identidade lésbica é determinante para o tipo de apoio – social e/ou familiar - que lésbicas recebem (ou não) diante da perda da companheira. Nesse sentido, constata-se que a (divulgação da) orientação sexual tem papel fundamental na elaboração de seus lutos.

No estudo foi possível compreender que, no caso de um relacionamento lésbico que foi divulgado publicamente e a perda e o sofrimento da lésbica sobrevivente foram negligenciados, trata-se de um luto não reconhecido. Já na situação em que o relacionamento foi mantido em segredo por consentimento do casal, a perda e o sofrimento da lésbica sobrevivente não foram necessariamente negligenciados, uma vez que a existência do relacionamento não era do conhecimento de outras pessoas. Neste caso, trata-se de um luto silencioso.

Este trabalho visa oferecer uma contribuição para a compreensão da experiência de luto a partir da homossexualidade, possibilitando refletir sobre práticas de cuidados para acolhimento de lésbicas enlutadas ante a perda de suas companheiras, de modo a possibilitar trazer visibilidade e validação para suas dores e seus lutos.

Ainda, é válido salientar que a proposta em conceituar o luto lésbico não vislumbra uma

representação única do que seria esse tipo de luto, uma vez que as experiências de lésbicas que sofreram com a perda de suas companheiras se equivalem em importância e representatividade.

REFERÊNCIAS

- (1) Casellato G. Luto por perdas não legitimadas na atualidade. São Paulo: Summus; 2020.
- (2) Yalom V. Kenneth Doka on grief counseling and psychotherapy [Internet]. 2024 mar 6 [citado 2025 mar 6]. Disponível em: <https://www.psychotherapy.net/interview/grief-counseling-doka>
- (3) Bertaux D. Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus; 2010.
- (4) Machado VC. Luto sem armário: experiências de luto de mulheres lésbicas cisgêneras [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2025 [citado 2025 mar 10]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/66809>
- (5) Rich A. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. Bagoas. 2010;4(5). Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2309>
- (6) Sedgwick EK. A epistemologia do armário. Cad Pagu. 2007;(28):19-54.
- (7) Broderick DJ, Biribilis JM, Steger MF. Lesbians grieving the death of a partner: recommendations for practice. J Lesbian Stud. 2008;12(2-3):225-35. DOI: 10.1080/10894160802161380. PMID: 19042734.
- (8) Ingham CFA, Eccles FJR, Armitage JR, Murray CD. Same-sex partner bereavement in older women: an interpretative phenomenological analysis. Aging Ment Health. 2016;21(9):917-25.
- (9) Cacciatore J, Raffo Z. An exploration of lesbian maternal bereavement. Soc Work. 2011;56(2):169-77. DOI: 10.1093/sw/56.2.169. PMID: 21553580.
- (10) Bristowe K, Marshall S, Harding R. The bereavement experiences of lesbian, gay, bisexual and/or trans* people who have lost a partner: a systematic review, thematic synthesis and modelling of the literature. Palliat Med. 2016;30(8):730-44. DOI: 10.1177/0269216316634601.
- (11) Glackin M, Higgins A. The grief experience of same-sex couples within an Irish context: tacit acknowledgement. Int J Palliat Nurs. 2008;14(6):297-302. DOI: 10.12968/ijpn.2008.14.6.30025.
- (12) Arima AC, Freitas JL. O luto velado: a experiência de viúvas lésbicas em uma perspectiva fenomenológico-existencial. Temas Psicol. 2017;25(4):1467-82.
- (13) Whipple V. Addressing the needs of lesbian widows. J LGBT Issues Couns. 2006;1(1):61-74.
- (14) Deevey S. Cultural variation in lesbian bereavement experiences in Ohio. J Gay Lesbian Med Assoc. 2000;4:9-17. DOI: 10.1023/A:1009526210103.

LUZ EN LA NIEBLA: TRANSFORMACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIAS DE ADOLESCENTES CHIAPANECOS A PARTIR DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA COMUNITARIA SOBRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Luz María Gonzalez Robledo¹

Maria Cecilia Gonzalez Robledo²

INTRODUCCIÓN

En América Latina y el Caribe, entre 14% y 16% de los adolescentes de 10 a 19 años padece trastornos mentales, de los cuales el 47.7% corresponden a depresión y ansiedad (1). Por área geográfica se reportan variados resultados sobre la mayor prevalencia de estos trastornos en jóvenes, algunos indican que es en áreas urbanas, otras que en las rurales y algunas que no hay diferencia (2); esta diversidad refleja la ausencia de consenso en el tema. Todos los especialistas coinciden en que las personas que viven en áreas rurales tienen menor acceso a la atención y a recursos de apoyo para la salud mental (3). Existe también evidencia sobre herramientas efectivas que ayudan a visibilizar el problema y prevenir la depresión y la ansiedad en jóvenes, estas son las intervenciones educativas comunitarias (4). En este contexto, se desarrolló posterior a un diagnóstico situacional, una intervención educativa comunitaria para adolescentes de Chiapas (México), población perteneciente a pueblos originarios, que se centró en tres aspectos:

1) brindar información a los adolescentes y figuras clave de la comunidad por medio de talleres psicoeducativos con perspectiva de género, para aumentar conocimientos; 2) realizar detecciones tempranas de estas enfermedades en adolescentes y 3) proveer tratamiento farmacológico y no farmacológico y hacer referencias a los niveles de atención correspondientes.

OBJETIVO

El estudio tuvo como objetivo documentar la transformación de los conocimientos y experiencias de adolescentes entre 14 y 19 años de zonas rurales de Chiapas (México) a partir de una intervención educativa comunitaria sobre depresión y ansiedad, identificando sus fortalezas y desafíos para futuras estrategias de prevención y atención de la salud mental en contextos similares.

METODOLOGIA

Se reportan los resultados del componente cualitativo de un estudio de métodos mixtos. Se recolectó información en dos ocasiones (antes y después de la intervención), en tres localidades rurales de Chiapas elegidas intencionalmente por criterio. Se llevaron a cabo seis grupos focales (GF)

1 Facultad de Medicina. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México. E-mail: luz.gonzalez@uaem.mx

2 Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

con la participación de 48 adolescentes entre 14 y 19 años, conformados por 26 jóvenes femeninas y 22 masculinos. Los GF se llevaron a cabo por separado para hombres y mujeres, con el fin de generar un ambiente más seguro y propicio para la expresión abierta de conocimientos, experiencias y emociones sobre la salud mental y su participación en la intervención educativa, así como facilitar la identificación de diferencias de género en la percepción de los problemas de salud mental, estrategias de afrontamiento, fortalezas y obstáculos de la intervención. La muestra se obtuvo por autoselección entre los participantes de los talleres y se aplicó una guía semiestructurada. La información fue analizada utilizando el enfoque inductivo de análisis de contenido.

RESULTADOS

Las personas adolescentes entrevistadas compartieron sus experiencias en los talleres educativos organizados en sus comunidades, donde se abordaron temas como depresión, ansiedad, autoconocimiento, autoestima, abuso sexual, violencia de género, abuso de sustancias, autolesiones, discriminación y estigma. Durante las entrevistas, al explorar los conocimientos adquiridos, se observaron amplias diferencias en la comprensión de la salud mental entre quienes participaron en la intervención educativa. En comparación con las respuestas obtenidas en la primera exploración, muchas de las personas adolescentes reconocieron por primera vez la depresión y la ansiedad como trastornos mentales. Además, demostraron capacidad de identificar signos y síntomas característicos de estas condiciones, así como los principales factores de riesgo y desencadenantes, los cuales variaron según el género, debido a la persistencia de roles de género profundamente arraigados en estas comunidades. Las fortalezas de la intervención radicarón en la calidad de los materiales didácticos, la dinámica de las actividades grupales y el fortalecimiento de habilidades en jóvenes para reconocer señales de alarma y dialogar con sus pares en situación de depresión y/o ansiedad. Además, adquirieron herramientas para brindar apoyo y canalizar a quienes lo necesiten hacia el personal comunitario o el centro de salud más cercano. Los principales desafíos incluyen asegurar la continuidad y sostenibilidad del programa, mantener la motivación en los talleres, incorporar a figuras comunitarias en la promoción de la salud mental y en la prevención de la depresión y la ansiedad, así como fortalecer la capacitación del personal sanitario de los centros de salud en la atención para adolescentes con estas condiciones.

CONCLUSIONES

La intervención educativa comunitaria contribuyó a mejorar la comprensión de la salud mental en adolescentes de zonas rurales, reflejando un cambio significativo en la forma en que esta población interpreta y valora estos temas, promoviendo la identificación de signos de alarma y la búsqueda de apoyo. Sin embargo, persisten desafíos en su continuidad, la superación del estigma y la accesibilidad a servicios especializados. Para avanzar, es preciso integrar enfoques intersectoriales que fortalezcan la capacitación del personal sanitario, involucren a figuras comunitarias clave y aseguren la sostenibilidad de estos programas. La atención de la depresión y la ansiedad en adolescentes rurales requiere estrategias adaptadas a sus contextos, garantizando espacios seguros, educación accesible y redes de apoyo fortalecidas para impactar de manera duradera en su bienestar emocional.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Representantes de la OPS participaron en seminario internacional sobre salud mental [Internet]. 2022 nov 9 [citado 2025 ago 11]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-11-2022-representantes-ops-participaron-seminario-internacional-sobre-salud-mental>
- (2) Jing Z, Zhang X, Zhou Y, Chen Y, Wang J, Liu X, et al. Comparing depression prevalence and associated symptoms with intolerance of uncertainty among Chinese urban and rural adolescents: a network analysis. *Behav Sci (Basel)*. 2023;13(8):662. DOI: <https://doi.org/10.3390/bs13080662>
- (3) Brausch AM, Clarke EG, Burton CM, Perkins NM, Kutcher S, Robinson J, et al. Comparisons of mental health symptoms, treatment access, and self-harm behaviors in rural adolescents before and during the COVID-19 pandemic. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32:1051-60. DOI: 10.1007/s00787-022-02039-x
- (4) Freţian AM, R sch N, Kessler-He  M, Becker T, Cakar U, Brown JS, et al. The long-term effectiveness of interventions addressing mental health literacy and stigma of mental illness in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2021;66:1604072. DOI: 10.3389/ijph.2021.1604072

MARX ERA UM DETERMINISTA? ‘DETERMINANTES’ VERSUS ‘DETERMINAÇÃO’ E O ATUAL (ANTIGO) DEBATE NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Leonardo Carnut¹

Daniele Correia

Anna Lidia Beltrán Marín

Yohanka León de Río

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Sob a insígnia dos *‘determinantes sociais da saúde’* (DSS), o marco conceitual hegemônico da saúde e “qualidade de vida” das populações assumido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como “as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, incluindo o conjunto mais amplo de forças e sistemas que influenciam as condições de vida”, caminha na contramão da perspectiva de totalidade.

Esse marco conceitual se baseia no modelo epidemiológico multicausal que, embora seja um avanço em relação ao unicausal, deposita no ‘comportamental’ e ‘estilo de vida’ dos sujeitos a responsabilidade sobre os desfechos em saúde. Ainda, além de serem individualizantes, estas características, juntamente com a ‘dos grupos’ (saneamento, meio-ambiente etc), são vistas como “fatores de risco” à saúde. Certamente, a consequência disso é a construção de explicações simplistas e mecânicas de uma avaliação meramente estatística e quantitativa das variáveis dos adoecimentos.

A origem da celeuma entre ‘determinantes’ e ‘determinação’ no qual o campo da saúde coletiva se abisma, é encontrada na oposição prática e epistemológica que reflete diferentes projetos de sociedade dispostas na Tese de Marx (1). É neste sentido, que reafirmar no debate a categoria de ‘determinação social do processo saúde- doença’, é essencial.

OBJETIVO

Resgatar o debate sobre a persistência de procedimentos técnico-científicos que reforçam a opção epistemológica dos ‘determinantes sociais’, mantendo o *status quo* e fortalecendo a rejeição à ‘totalidade’ na saúde coletiva. No Brasil, ignora-se a “determinação social” do processo saúde-doença desde os anos 2000, negando a base teórico-política da medicina social/saúde coletiva dos anos 1970-1980 e rotulando Marx (e sua teoria) de determinista.

METODOLOGIA

Trata-se de um texto ensaístico, cujo método de exposição desenvolveu os argumentos em

1 Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). E-mail: leonardo.carnut@fm.usp.br

quatro seções. A primeira seção introduz a problemática do debate ‘determinante’ *versus* ‘determinação’ no campo da saúde coletiva/medicina social. A segunda seção detalha aspectos da divergência entre a compreensão deste campo a partir de uma concepção de ‘determinantes sociais’ em detrimento da concepção de ‘determinação social’. A terceira recorre a tese doutoral de Marx ‘Diferença entre a filosofia da natureza de Demócrito e a de Epicuro’ para explicitar a contribuição marxiana, em defesa da filosofia epicurista, da ideia de ‘determinação’ e a diferença de seus pressupostos quando comparada à concepção de ‘determinantes’. A quarta, por fim, apresenta breves considerações críticas sobre este debate e sua apropriação indébita no campo da saúde coletiva/medicina social.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A perspectiva de determinantes sociais da saúde é uma visão positivista da relação entre os fenômenos sociais. Baseada no determinismo da causação simples, fragmenta a existência, reduzindo-a à necessidade relativa e encaixando fatos biomédicos ou sociais nas “leis das ciências naturais”. Esse determinismo reforça a ideia de que a estrutura social dita o fim das relações, sem espaço para mudança, apenas para o imobilismo. O verbo ‘determinar’ vem desta capacidade que as instituições/estrutura social têm em ditar formas de expandir ou constranger as relações sociais entre os sujeitos (2,3).

Já a determinação está ligada à liberdade da autoconsciência, da capacidade dos seres humanos de se fazer no tempo, assumindo autonomia e liberdade sem algo que os defina. É neste sentido que podemos falar em determinação social do processo saúde-doença, como também na construção social de uma nova saúde (4). Ao se pensar a saúde das coletividades, reivindicamos junto a pares marxistas da saúde coletiva, o papel que joga o par ‘determinação-construção’.

REFERÊNCIAS

- (1) Marx K. Diferença entre a filosofia da natureza de Demócrito e a de Epicuro. São Paulo: Boitempo; 2018.
- (2) Giddens A. A sociologia do corpo, da saúde e do envelhecimento. In: Giddens A. Sociologia. São Paulo: Atlas; 2000. p. 95–105.
- (3) Canesqui AM. Dilemas e desafios das ciências sociais na Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
- (4) Taraves C. A matriz invisível da saúde. In: Taraves C. Introdução à visão holística. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1997. p. 76–92.

MATERNIDADES, USO DE DROGAS E SAÚDE MENTAL: ENTRE A PRECARIEDADE E A INTERDIÇÃO

Glaucia Vivana Campos Xavier¹

Dayane da Rocha Pimentel

Ruth Carolina Leão Costa

Bruno Ferreira Freire Andrade Lira

Camila Pimentel Lopes de Melo

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A construção social do mito do amor materno tem sido historicamente vinculada à ideia de que as mulheres possuem um “instinto natural” para cuidar dos filhos desde antes do nascimento. Esse ideal maternalista é reflexo de uma divisão sexual do trabalho, que destina às mulheres a esfera reprodutiva da vida, enquanto os homens são priorizados na esfera produtiva da sociedade (1).

Fora do ideal imaculado da maternidade, mães que fazem uso de drogas e estão em vulnerabilidade social são frequentemente rotuladas como negligentes e têm o direito à maternidade ameaçado, sendo relacionadas aos estereótipos de periculosidade, fracasso, anormalidade (1). As instituições de Saúde e Justiça, pautadas por concepções moralistas, legitimam abordagens manicomiais, racistas e classistas contra essas mulheres (2), aprofundando um ciclo de estigmatização e exclusão.

Nesse contexto, formas sofisticadas de violência são reproduzidas, como a interdição do luto e do sofrimento, tornando “precárias” as vidas dessas mulheres (3), ou seja, desprovidas de valor. Isso reforça a invisibilização, viola direitos sexuais e reprodutivos e gera sofrimento ético-político (4) a essas mulheres, afetando diretamente as possibilidades de cuidado que lhes são ofertadas.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo problematizar e tecer reflexões a respeito das possibilidades (ou não) do exercício da maternidade e os efeitos em saúde mental, na vida de mães que fazem uso de drogas e estão em situação de vulnerabilidade social. Visa, portanto, repensar a intersecção entre esses aspectos sem incorrer na estigmatização de tais mulheres, considerando os seus direitos sexuais e reprodutivos e possibilidades de cuidado em saúde mental.

METODOLOGIA

O presente trabalho é desdobramento de uma pesquisa etnográfica intitulada “Itinerários

1 psicóloga, mestranda em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE. E-mail: gvivana@gmail.com.

dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres que fazem uso abusivo de drogas: um estudo de caso na cidade do Recife”, em realização por pesquisadoras do Laboratório de Estudos de Vulnerabilidades e Marcadores Sociais em Saúde (LEVs), da Fiocruz Pernambuco, inseridas num Centro de Convivência e Acolhimento Social para pessoas que usam drogas, nesse mesmo estado brasileiro.

O LEVs realiza desde a pesquisa bibliográfica e revisão de literatura sobre o tema, à imersão no campo de pesquisa sob uma perspectiva etnográfica (5). Para tanto, as pesquisadoras lançaram mão da observação participante e diários de campo como ferramentas metodológicas de produção e análise de dados, assim como de entrevistas com mulheres que utilizam o referido serviço. Neste texto, não foram analisadas as entrevistas, que ainda estão em processo de condução, mas as discussões aqui trazidas são fruto da articulação entre a revisão bibliográfica, a experiência de observação participante e a coletivização de reflexões tecidas no grupo de pesquisa.

RESULTADOS

Numa ótica histórica e interseccional (6), orientada pela Redução de Danos como ética de cuidado (7), não é possível atribuir somente ao uso de drogas as causas para a vulnerabilidade social e sofrimento em que vivem essas mulheres. É importante refletir sobre a relação entre os marcadores sociais da diferença e a determinação social das condições de saúde mental.

Há um imaginário social, inclusive entre profissionais de instituições ditas de proteção e cuidado, que posiciona esses sujeitos em lugares sociais indesejáveis, relacionados a sentimentos de pena, culpa ou nojo, para os quais justificam-se intervenções moralistas e punitivistas (2). De acordo com Favero (8), “o sujo refere-se a todo o tipo de corpos cujas vidas não são consideradas ‘vidas’ e cuja materialidade é entendida como ‘não importante’”, numa perspectiva que reforça a precariedade atribuída às vidas dessas mulheres.

Trata-se de mulheres que têm os seus direitos sexuais e reprodutivos interditados ou violados: não são acolhidas propriamente nos serviços de saúde; não fazem planejamento familiar; sofrem violência obstétrica; têm o direito à convivência familiar constantemente ameaçado; não têm garantidas condições para o exercício digno da maternidade; e ainda são culpabilizadas pelo suposto “fracasso”.

O sofrimento ético-político (4), resultante das opressões vividas, tende a ser reduzido a sintomas psíquicos, alvos de um cuidado medicalizado e individualizante, sem que se considerem as condições estruturais e coletivas que determinam a saúde mental. Assim, tais mulheres costumam ter uma trajetória marcada por passagens em hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e outras instituições totais, que reforçam o paradigma manicomial e efetivamente não operam na direção da produção de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O ideal maternalista impõe responsabilidades às mães usuárias de drogas sem que antes lhes seja garantido suporte para exercer a maternidade. Essas mulheres são culpabilizadas por sua vulnerabilidade, enquanto o Estado se isenta da garantia de seus direitos (2). As instituições de Saúde, Justiça e Assistência Social, fundamentadas em visões moralistas e punitivistas, perpetuam violências, produzem adoecimento e reforçam desigualdades.

Este estudo defende uma perspectiva de cuidado baseada na ética da Redução de Danos, pois apenas um cuidado antirracista, antimanicomial e humanizado, que respeite a autonomia dos sujeitos, pode produzir saúde em seu sentido mais amplo e garantir direitos a essas mulheres e seus filhos. Ao questionar as práticas institucionais vigentes e propor alternativas mais humanizadas e anticoloniais de atenção em saúde mental, esta pesquisa busca contribuir para o debate sobre a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Passos RG, Silva JT. Maternidade para quem? Mulheres negras, cuidado colonial e drogas. In: Moraes CAS, organizador. Serviço social e trabalho profissional na área da saúde. Uberlândia: Navegando Publicações; 2021.
- (2) Jansen M, Meyer DE, Felix J. Atravessamentos de gênero em documentos que delimitam os cuidados em saúde mental às mulheres usuárias de substâncias psicoativas: a (in)visibilidade do direito reprodutivo. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2018.
- (3) Butler J. Vida precária. São Carlos: Contemporânea; 2011.
- (4) Sawaia B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia B, organizador. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
- (5) Angrosino M. Etnografia e observação participante. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- (6) Collins P, Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo; 2020.
- (7) Maximino C, Almeida MEP. A redução de danos como uma ética do cuidado: uma revisão narrativa. Plural – Rev Psicol UNESP Bauru. 2023.
- (8) Favero S. Psicologia suja. 1ª ed. Salvador: Devires; 2022. p. 85.

MEDICINA DE LA EXPLOTACIÓN: UNA PROPUESTA PEDAGÓGICA

Frida Romero Suárez¹

Bernardo Moreno Peniche²

INTRODUCCIÓN

Este trabajo examina críticamente las limitaciones de la medicina ocupacional en la forma de una propuesta de programa de estudios en educación médica que aborde las realidades de la explotación laboral. Basándonos en nuestras experiencias como médicos formados en instituciones públicas mexicanas y como antropólogos médicos que realizan trabajo de campo con trabajadores agrícolas en América Central y Estados Unidos, sostenemos que los marcos tradicionales de la medicina ocupacional no logran abarcar plenamente las modalidades de daño infligidas a los cuerpos dentro de los sistemas económicos actuales (1). Si bien el diagnóstico y la prevención oportunos siguen siendo esenciales, sostenemos que son insuficientes en contextos en los que el daño a la salud es parte integral de la extracción de valor a partir de la explotación laboral.

OBJETIVO

Proponemos el concepto de “medicina de la explotación” para reflejar con mayor precisión las experiencias de los trabajadores sometidos a condiciones laborales extremas (2). Para activar la crítica en la práctica médica, proponemos un programa de estudios para un curso hipotético de educación médica que desafía las lecciones derivadas de una idealización fordista del trabajo y, en cambio, enfatiza las necesidades de los trabajadores que luchan por procurarse el “buen vivir”.

DESARROLLO

Nuestro objetivo es cultivar una pedagogía no excluyente y con base empírica que enfatice que, ante la explotación, la consecución de la salud no es dominio exclusivo de los profesionales médicos acreditados. Ampliando el concepto de autocuidado/autoatención de Menéndez (3), el programa de estudios propuesto se centra en observaciones empíricas de que los trabajadores, como practicantes de esta forma de medicina, gestionan un delicado equilibrio: sobrellevar y mejorar su productividad, mientras que simultáneamente arriesgan su salud y desarrollan estrategias para manejar las lesiones y dolencias que surgen de ella. En este sentido, el programa de estudios abreva constantemente de los conocimientos producidos y puestos en práctica por los trabajadores y los pone en diálogo con aquellos provenientes de la biomedicina de forma que se generen métodos, prácticas, y conocimientos conjuntos (4). El temario, a grandes rasgos, inicia con una exploración del trabajo en sus dimensiones históricas, políticas y económicas, y discute la pertinencia de la categoría de explotación y el papel de

1 Médicos Sin Fronteras. E-mail: frida.romero.suarez@gmail.com

2 Universidad de California Berkeley. E-mail: bermorenop@berkeley.edu

la biomedicina en la perpetuación de las condiciones que posibilitan ese daño a la salud (5). Continúa con una serie de unidades clínicas donde se examinan los efectos de condiciones laborales extremas sobre los cuerpos, así como las estrategias, tanto colectivas como individuales, que los trabajadores han puesto en práctica para resistir, sobrellevar y aliviar sus padecimientos. El curso finaliza con una unidad sobre los trabajadores de la salud, los padecimientos que sufren a causa de la explotación laboral y las soluciones que han empleado (6). El objetivo de esta última unidad es cultivar una complicidad entre los estudiantes y los pacientes ante el reconocimiento mutuo como trabajadores y practicantes de la medicina de y *en* la explotación. El programa es pertinente para cualquiera que emprenda la educación médica crítica como un esfuerzo transformador (7).

CONCLUSIONES

El concepto de “medicina de la explotación” que proponemos surge como una respuesta necesaria ante las limitaciones inherentes de la medicina ocupacional tradicional, la cual no aborda adecuadamente las realidades de los sistemas laborales actuales, en los que la salud de los trabajadores se ve comprometida no solo por los riesgos físicos inmediatos, sino también por las condiciones estructurales que perpetúan la explotación. Al incorporar una pedagogía crítica que cuestiona los marcos dominantes de la medicina y al promover una visión más inclusiva y contextualizada de la salud, el programa de estudios aboga por un modelo que reconozca la agencia de los propios trabajadores en la gestión de su bienestar, desafiando el monopolio médico y ampliando las formas de conocimiento, complicidad y resistencia en la lucha por un “buen vivir”.

REFERENCIAS

- (1) LaDou J, Harrison RJ, eds. *CURRENT Diagnosis and Treatment: Occupational & Environmental Medicine*. 6ª ed. Nova York: McGraw Hill Lange; 2020.
- (2) Wesseling C, Glaser J, Rodríguez-Guzmán J, Weiss I, Lucas R, Peraza S, et al. Chronic kidney disease of non-traditional origin in Mesoamerica: a disease primarily driven by occupational heat stress. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e15. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.15>
- (3) Menéndez EL. *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009. 311 p.
- (4) Freire P. *Pedagogía del oprimido*. São Paulo: Paz e Terra; 1981.
- (5) Bhakuni H, Abimbola S. Epistemic injustice in academic global health. *Lancet Glob Health*. 2021;9(10):e1465-e1470. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00301-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00301-6)
- (6) Moore J, Baird C, Rohloff P. Fluid illness: dialysis, undercare, and the social life of kidney disease in rural Guatemala. *Med Anthropol Theory*. 2019;6(1):49–73. DOI: <https://doi.org/10.17157/mat.6.1.616>
- (7) Meer T, Müller A. The messy work of decolonial praxis: insights from a creative collaboration among queer African youth. *Feminist Theory*. 2023;24(4):555–579. DOI: <https://doi.org/10.1177/146470012199407>

MIGRACIÓN NECESARIA, ESCENARIOS DE OPRESIÓN Y LIBERACIÓN: DESAFÍOS PARA LAS MUJERES INDÍGENAS DE CHIAPAS (MÉXICO) Y SOLIDARIDAD FEMINISTA

Mónica Carrasco Gómez¹

Guitté Hartog²

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

Conseguir una vida libre de violencia para una misma y sus hijos conlleva su propio conjunto de retos para todas las mujeres que tienen que dejar a una pareja violenta. La adversidad de la violencia comunitaria conduce al desplazamiento forzado de muchas familias en Chiapas, México, y en casi todo el mundo. En el camino hacia la emancipación, la búsqueda de escenarios seguros a menudo se vuelve intergeneracional e implica tejer relaciones de solidaridad entre mujeres de diferentes grupos étnicos y clases sociales. Con la presentación de los casos a analizar, se podrán vislumbrar situaciones que, las personas que conforman el sistema de salud, podrían desconocer y que les ha llevado a delegar en otros servicios la atención de las necesidades de la población femenina indígena que vive violencia de pareja y que requiere de la solidaridad del personal de salud para ayudarlas a ejercer su derecho a vivir una vida libre de violencia (1).

OBJETIVO

Analizar las complejidades que enfrentan algunas mujeres indígenas tsotsiles migrantes internas para lograr una vida libre de violencia en Chiapas, México con la finalidad de mostrar las ventajas de una acción colectiva para atender la violencia como un problema de salud.

METODOLOGÍA

Durante la segunda mitad del año 2020, brindamos talleres de acompañamiento legal y psicosocial, durante la pandemia de COVID-19, a mujeres indígenas migrantes de 1ª y 2ª generación del campo a la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, que estaban viviendo violencia en sus hogares, perpetrados ya sea por sus parejas o exparejas (2).

La metodología de investigación-acción-participativa fue fundamental para incidir en las percepciones acerca de la violencia de género porque a partir del proceso de diálogo, de problematización y de acción colectiva, el grupo de mujeres pudo discutir la violencia en sus vidas, tomar conciencia de lo vivido e iniciar acciones para atender sus necesidades de sobrevivencia y autocuidado. Brindar a las participantes la conciencia de la fuerza grupal y la solidaridad colectiva coadyuvó a una mejor atención institucional (2). De igual forma, algunas de ellas lograron dar seguimiento a sus procesos de denuncia. Retomo el planteamiento metodológico de “estar con las mujeres” de Marcela Lagarde (3) (2005:45),

1 Profesora-Investigadora de la Universidad Veracruzana, México. E-mail: mocgkikus@gmail.com

2 Docente en la Universidad del Quebec en Chicoutimi y en la Universidad del Quebec en Rimouski.

lo que me ha permitido enfocar la observación participante para tratar de incidir en la realidad de las mujeres al acompañarlas posterior a los talleres a las instancias para separarse de su agresor.

RESULTADOS

Al documentar, a través del apoyo psicosocial y jurídico, el caso de tres mujeres indígenas tsotsiles en proceso de separación, es posible poner de relieve diferentes formas de represión y adversidad. Éstas van desde la expulsión violenta de las minorías religiosas de sus comunidades, la entrada del crimen organizado que aterroriza a los barrios de migrantes, sistemas de justicia locales y tradicionales corruptos, combinados con grupos rebeldes, en un contexto de machismo, graves problemas de alcoholismo y racismo profundamente arraigado en la cultura dominante. Este continuo las lleva a menudo a convertirse en trabajadoras domésticas en una economía de mercado en la que la explotación de las mujeres indígenas está naturalizada. Ante esta situación, los servicios de salud para atender la violencia no son una opción para ellas y no identifican una instancia mestiza que pueda apoyarles en este proceso de separación.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

En medio de estos complejos contextos, el feminismo solidario se percibe como una fuerza comunitaria que acoge y cuida las aspiraciones de las mujeres a llevar una vida libre. Por otro lado, vivir sin un techo, marcadas por los traumas infligidos por una violencia incalificable, y en la inseguridad económica, física y psicológica, exige esfuerzos tangibles de reconstrucción social. En este sentido, el feminismo como proyecto de transformación social está llamado a crecer y cuestionarse para construir mejor redes que fortalezcan la agentividad de todas las mujeres y eviten afianzar cadenas de dependencia económica que reproducen relaciones de poder clasistas y colonialistas (4). Por lo que, si se requiere plantear nuevas estrategias de enfrentamiento a la violencia contra las mujeres como un problema de salud y un problema social, este tipo de trabajo colaborativo puede servir para crear estrategias situadas en contextos locales y específicos.

REFERENCIAS

- (1) Suprema Corte de Justicia de la Nación (MX) [Internet]. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 1981 [citado 2025 ene 8]. Disponible en: <http://www.scjn.gob.mx/igualdad-de-genero/cedaw>
- (2) Carrasco Gómez M, Kauffer E. Acción colectiva en tiempos de COVID-19: agenciamiento de mujeres chiapanecas migrantes ante la violencia de género. *Rev Interdiscip Estud Género El Col México*. 2023 dic 11;9:1-36.
- (3) Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres madresposas, monjas, putas, presas y locas. 4ª ed. México: UNAM; 2005.
- (4) Hernández A. Entre el etnocentrismo feminista y el esencialismo étnico: las mujeres indígenas y sus demandas de género. *Debate Fem*. 2001;24:206-29.

MODELO CONTRAHEGEMÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA DEL PROGRAMA MUNICIPAL DE SALUD PARA PERSONAS TRAVESTIS TRANS Y NO BINARIAS (TTNB). MAR DEL PLATA” (ARGENTINA)

Nicolas Zanier Bexiga¹

Fernanda Mariana Sagardoy²

Maria Victoria Ibarra³

Solange Maria Belén Mallorga⁴

Maria Laura Bugarini⁵

Josefina Rodriguez Eyras⁶

Gabriel Osvaldo Celaya⁷

El presente trabajo recopila el camino del Programa de Salud y Diversidad de la Municipalidad de General Pueyrredón, que funciona en la localidad de Mar del Plata situada en la costa bonaerense de Argentina. Este equipo aborda la atención primaria en salud para personas TTNB. Dicha población enfrenta desafíos en términos de salud, siendo la discriminación, estigmatización y la falta de acceso a servicios de salud, barreras persistentes que impactan negativamente en su bienestar. En este sentido, focalizamos en la construcción colectiva de los procesos de atención y la co-construcción de modelos respetuosos basados en la horizontalidad. Buscamos compartir nuestra experiencia para ampliar la perspectiva sobre los modelos de atención vigentes, desde un enfoque de derechos humanos, con una mirada del género y diversidad desde la teoría de la interseccionalidad (1), centrados en las necesidades de las personas.

El Programa es de gestión municipal y articula con el correspondiente programa provincial, atravesando el cuarto año desde su formalización en 2021. Funciona con un equipo interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional, conformado por medicina general, enfermería, psicología, trabajo social, personal administrativo, extensionistas universitarias y la asamblea de usuarias Mostris en la Orilla. La atención abarca, servicios sanitarios, apoyo integral y promoción de la salud en sentido amplio (2).

1 Médico generalista/ coordinador programa Salud y Diversidad Municipalidad de General Pueyrredón (SYD MGP).
E-mail nicozanier22@hotmail.com

2 Lic. en Psicología programa SYD MGP.

3 Lic. en Psicología, extensionista UNMDP .

4 Lic. en psicología, extensionista UNMDP.

5 Lic. en Psicología, extensionista UNMDP.

6 Médica hebiatra programa SYD MGP.

7 Lic. en Enfermería programa SYD MGP.

OBJETIVO

En el marco de la Ley de identidad de género N° 26743 sancionada en 2012, intentamos garantizar la accesibilidad y permanencia de las personas TTNB al sistema de salud, enfatizando la autodeterminación y despatologización de las identidades trans (3). Destacamos el rol activo de les usuaries tanto en el diseño como en la toma de decisiones (4). Con igual intensidad trasladamos dichos valores al modelo de atención y formación de profesionales.

DESARROLLO

Desde 2021, el programa funciona en un lugar geográficamente accesible y con referencia histórica para diferentes colectivos LGTBIQ+ de la ciudad.

El equipo de profesionales articula atención individual, reunión de equipo, actividades grupales y trabajo interinstitucional e intersectorial. La asamblea Mostris en la Orilla, grupo de personas TTNB, participan de las reuniones de equipo y gestionan actividades grupales.

Con el objetivo de garantizar accesibilidad y permanencia, se busca acortar distancias físicas y simbólicas entre trabajadores de la salud y usuaries para transformar la manera en que entendemos la salud y habitamos las instituciones. El fundamento es el rol de les usuaries como agentes activos, con capacidad de reflexión y transformación de sus propias realidades (4).

El Conversatorio TTNB autogestionado por “Mostris” es un espacio de encuentro que favorece redes de apoyo para y entre personas TTNB. Otros dispositivos como La Ronda de feminidades Travesti Trans, grupo para referentes afectivos, talleres de escritura y de teatro promueven el lazo social y articulan lenguajes artísticos estimulando la expresión y el bienestar emocional.

Como emergente de la escucha se busca fomentar el acceso a la cultura con salidas a lugares significativos de la ciudad, acompañando como equipo propiciando un espacio seguro.

En el trabajo interinstitucional con la UNMDP, intentamos responder a demandas genuinas de la comunidad, no extractivistas ni academicistas. Destacamos así, la recepción de estudiantes, rotantes, residentes de pre y posgrado de todo el país. Se construye de esta manera un lugar de intercambio entre colegas y profesionales en formación, buscando trabajar de manera horizontal y con una mirada intersaberes. Esto posibilita difundir una perspectiva contrahegemónica, con una lógica distinta a la competencia entre profesiones, disciplinas y corporaciones. La propuesta requiere un posicionamiento que “obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina” (5).

Con dicha metodología intentamos aportar estrategias para la descisexualización. Como señala An Millet, el cis-sexismo, hegemoniza la creencia de que las vidas de las personas trans valen menos que las de las personas cis (6), resultando así una distribución desigual de violencias y privilegios imperantes en el sistema de salud actual. Ante la falta de perspectiva transfeminista en las currículas de grado, nuestro rol aporta a la transferencia de conocimientos al colectivo profesional.

Actualmente con una beca del Ministerio de Salud provincial, investigamos sobre las fortalezas y debilidades del programa. Se trata de un diagnóstico participativo que permita generar información epidemiológica significativa y válida sobre el recorrido de las personas trans en el sistema de salud, evaluar la calidad de la atención y mejorar el servicio que brindamos.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

Ante la proliferación de discursos de odio y tendencias regresivas en materia de derechos para el colectivo, el abordaje integral de salud para población TTNB requiere sostener espacios de atención respetuosos y el diseño de estrategias conjuntas para garantizar el acceso y permanencia a la salud, en conjunto con les usuaries.

A la atención integral y cogestión comunitaria es necesario sumar la producción de datos trans inclusivos, para el diseño e implementación de políticas públicas que no desconozcan o borren la diversidad de identidades existentes.

La ley de identidad de género nos da una herramienta de exigibilidad, aun así, en la práctica, las personas trans se ven obligadas a elegir entre derechos básicos como la identidad, la salud sexual y la reproducción (7). Repensar las prácticas a partir de la mirada de les usuaries del sistema de salud es imprescindible para ampliar el ejercicio de esos derechos.

REFERENCIAS

- (1) Crenshaw K. Cartografiando los márgenes: interseccionalidad, políticas de identidad y violencia contra las mujeres de color. *Stanford Law Rev.* 1991;43(6).
- (2) Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata [Internet]. Alma-Ata (URSS); 1978 [citado 2025 mar 10]. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/APS_Alma_Atta_Declaracion-1978.pdf
- (3) Argentina. Ley de identidad de género N.º 26.743 [Internet]. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2012 [citado 2025 mar 10]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-26.743-identidad-de-genero_0.pdf
- (4) Breilh J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2003 [citado 2025 mar 3];8(4):937-51. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/84YH3CqTdpFzPByK9Z7kmWJ/?lang=es>
- (5) Stolkiner A. Interdisciplina y salud mental. In: IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología; 2005 oct 7-8; Posadas, Misiones, Argentina. [Internet]. [citado 2025 mar 10]. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf
- (6) Millet A. Cissexismo y salud: algunas ideas desde otro lado. Buenos Aires: Puntos Suspensivos Ediciones; 2020.
- (7) Radi B. Injusticia reproductiva: entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales y reproductivos. Buenos Aires: Tinta Limón; 2019 [citado 2025 mar 4]. p. 125-43. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/124493>

MORTALIDAD POR COVID-19 Y SU RELACIÓN CON CONDICIONES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Laura Verónica Martínez-Cobian¹

Kenya Miroslava Rodríguez Castillo

José Alberto Rivera Márquez

INTRODUCCIÓN

La Ciudad de México es socioterritorialmente heterogénea y polarizada, con marcados contrastes en los patrones de enfermedad y muerte, atención a la salud y acceso a los alimentos. Las formas en que su población afrontó la pandemia por COVID-19 dependió de recursos y capacidades propias de cada grupo social, así como de la respuesta de las instituciones (1). El acceso a servicios de salud y seguridad social es un indicador de inequidad en salud (2) que visibiliza los vacíos en materia de justicia social, así como la complejidad de los efectos de la pandemia en los distintos estratos de la sociedad. Las inequidades en el socioterritorio se corresponden con un panorama de heterogeneidad social en el acceso a los alimentos y sus expresiones en la corporeidad biológica. Esto tuvo un correlato en la aparición, desarrollo y desenlace de COVID-19 (3)

Es esperable, por los marcados contrastes socioeconómicos y socioculturales entre las alcaldías de la Ciudad de México (4) que ni la pandemia ni las comorbilidades asociadas con la mayor gravedad y letalidad por COVID-19, en particular las que guardan una estrecha relación con el consumo de alimentos y el estado de nutrición, se expresaran con la misma intensidad en toda la urbe. En su constante expansión territorial, se observan en la Ciudad de México características rurales y urbanas con procesos de segregación, exclusión social e inequidades(4).

OBJETIVO

Analizar las diferencias socioterritoriales en la distribución de las defunciones por COVID-19 asociadas a comorbilidades relacionadas con condiciones inadecuadas de alimentación-nutrición en la Ciudad de México.

METODOLOGÍA

La propuesta teórico-metodológica de este trabajo parte de entender el espacio urbano socialmente construido como un escenario en el que se observan procesos de diversa complejidad que explican la distribución y los determinantes de COVID-19. Esta enfermedad, al igual que sus

¹ Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. E-mail: 2243803743@alumnos.xoc.uam.mx

comorbilidades, se distribuye de manera heterogénea, según la forma en que cada grupo social se apropia del territorio, lo que, en correspondencia, permite analizar la distribución socioespacial de las inequidades en salud-enfermedad (5).

Se analizaron las muertes por COVID-19 en personas de 40 y más años de ambos sexos ocurridas en la Ciudad de México entre febrero de 2020 y enero de 2021. Se obtuvo el porcentaje de defunciones con antecedentes de obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial y se estimó la proporción de decesos asociados a la presencia comorbilidades. Por medio de regresión logística se analizó la asociación entre la proporción de defunciones por COVID-19 según número y tipo comorbilidades asociadas a comorbilidades de alimentación-nutrición e índice de desarrollo social (IDS), por sexo. Se asumió como estadísticamente significativo un valor $p < 0.05$.

RESULTADOS

La proporción de muertes por COVID-19 asociadas a obesidad y diabetes fue mayor a medida que el estrato de IDS fue más bajo ($p = 0.000$). El porcentaje de mortalidad por COVID-19 asociada a obesidad y diabetes en hombres ($p = 0.000$ y $p = 0.012$) y DM2 en mujeres ($p = 0.011$) aumentó conforme disminuyó el IDS. El análisis socioterritorial mostró que, a menor FDS mayor proporción de muertes por COVID-19.

CONCLUSIONES

Analizar la mortalidad y la letalidad por alcaldía permitió identificar las diferencias entre ellas y las condiciones históricas relacionadas con una mayor o menor tasa. Por otra parte, el agrupar las alcaldías de acuerdo con el IDS permitió mostrar una distribución socioterritorialmente diferenciada en la proporción de muertes por COVID-19 en población con las condiciones de alimentación y nutrición.

Es necesario mejorar las condiciones de alimentación y nutrición, no sólo para prevenir las comorbilidades como tal, sino también para afrontar el COVID-19 de mejor manera, dadas las complicaciones y la gravedad que se asocian a la presencia de tales comorbilidades. El Estado mexicano debe respetar, proteger, satisfacer y garantizar los derechos humanos en todo momento y, por tanto, las estrategias contra el COVID-19 deben tener como eje el acceso universal a los servicios de salud para la atención de la población.

REFERENCIAS

- (1) Canales AI. La desigualdad social frente al COVID-19 en el Área Metropolitana de Santiago (Chile). Notas Poblacion. 2020;(11):13-42. DOI: <https://doi.org/10.18356/16810333-47-111-2>
- (2) Medina-Gómez OS. Evaluación de las acciones de detección y control de Diabetes Mellitus tipo 2, Programa PREVENIMSS, Unidad de Medicina Familiar N° 15 del IMSS, 2005- 2008. Universidad Autónoma Metropolitana; 2009.

- (3) Ávila-Arcos MA, Méndez-Gómez Humarán I, Morales-Rúan M del C, López-Olmedo N, Barrientos-Gutiérrez T, Shamah-Levy T. La inseguridad alimentaria y factores asociados en hogares mexicanos con casos Covid-19. *Salud Pública de México*. 2021;63(6):751–62. DOI: <https://doi.org/10.21149/13026>
- (4) Ziccardi A, Figueroa D. Ciudad de México: condiciones habitacionales y distanciamiento social impuesto, Covid-19. *Rev Mex Sociol* [Internet]. 2021 [citado 2022 mar 30];83:31–60. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v83nspe/2594-0651-rms-83-spe-31.pdf>
- (5) Blanco-Gil J, López-Arellano O, Rivera-Márquez J. Una línea de trabajo, cuatro desarrollos investigativos. In: *Calidad de vida, salud y territorio Desarrollo de una línea de investigación* [Internet]. 1ª ed. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 2014 [citado 2020 mar 13]. p. 29–92. Disponible en: <https://casadelibrosabiertos.uam.mx/gpd-calidad-de-vida-salud-y-territorio.html>

MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECCIOSAS: UMA SITUAÇÃO DE INJUSTIÇA SOCIAL

Bianca Borges da Silva Leandro¹

INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico do Brasil é marcado por uma transição polarizada, com a coexistência de doenças crônicas, causas externas e doenças infecciosas e parasitárias (DIP), que persistem em regiões de maior vulnerabilidade (1). Globalmente, a OMS monitora as DIP vinculadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (HIV, tuberculose, malária, hepatites e doenças tropicais negligenciadas), responsáveis por 4,3 milhões de mortes em 2016, com maior impacto em países de baixa e média renda (2). No Brasil, apesar da redução histórica da mortalidade por DIP, a pandemia de covid-19 alterou esse cenário, com aumento significativo de óbitos, especialmente em áreas metropolitanas como a do Rio de Janeiro (3).

Agravos como tuberculose, HIV/Aids e arboviroses ainda representam desafios, impulsionados por desigualdades urbanas, como saneamento precário, habitação inadequada e urbanização acelerada (4). A persistência dessas doenças, em especial o óbito, mesmo com avanços técnico-científicos, reflete um processo crítico da saúde (5), marcado por determinações sociais complexas e dinâmicas, permanecendo como uma agenda prioritária em diferentes países latino-americanos, demandando, portanto, uma visão ampliada e crítica das populações, historicamente, mais acometidas.

OBJETIVO

Este estudo analisa a mortalidade por (DIP) com base nas intercessões de sexo, raça e idade, enquanto um indicador de injustiça social, articulando a discussão entre desigualdades urbanas, desigualdades em saúde e interseccionalidades no contexto da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ).

METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido em duas etapas metodológicas. Na primeira, realizou-se um estudo epidemiológico de tipo ecológico, utilizando dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) para os anos de 2022 a 2024. Foram analisadas as taxas de mortalidade por doenças infecciosas na RMRJ, comparando-as com as do estado do Rio de Janeiro e do Brasil. Adicionalmente, para os agravos que se destacaram (HIV, tuberculose, doenças bacterianas e covid-19) foi realizada uma análise interseccional, cruzando variáveis de sexo, raça e faixa etária, para compreender a distribuição da mortalidade proporcional. Na segunda etapa, os resultados foram problematizados à luz de referenciais

¹ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional (IPPUR/UFRJ). E-mail: bianca.leandro@fiocruz.br

teóricos estratégicos: Jayme Breilh e Paulo Sabroza (Saúde Coletiva), Luiz Cesar Ribeiro e Marcelo Ribeiro (Planejamento Urbano e Regional) e Kimberlé Crenshaw e Sueli Carneiro (interseccionalidades). Essa articulação permitiu discutir as desigualdades em saúde a partir de uma perspectiva que integra determinações sociais, urbanas e interseccionais.

RESULTADOS

No estado do Rio de Janeiro (2022-2024), ocorreram 30.637 óbitos por DIP, sendo 74% na RMRJ. As principais causas foram doenças bacterianas (49,7%, especialmente septicemias), doenças virais (20,4%, com destaque para covid-19), HIV (12,8%) e tuberculose (8,6%). Enquanto o Brasil apresenta taxas de mortalidade estáveis, a RMRJ registra aumento progressivo, com mortalidade superior à média nacional e estadual.

A distribuição dos óbitos por DIP varia conforme sexo, raça/cor e idade. Doenças bacterianas e virais predominam entre mulheres brancas acima de 75 anos, refletindo a maior expectativa de vida desse grupo na RMRJ. Já HIV e tuberculose, afetam principalmente homens negros: 44% dos óbitos por HIV e 53% por tuberculose concentram-se nesse grupo, especialmente adultos. A RMRJ tem uma das maiores taxas de tuberculose do país, em especial os municípios do Rio de Janeiro, Duque de Caxias e São Gonçalo, agravando-se entre pessoas em situação de rua e privadas de liberdade.

Essa diferenciação não é trivial. Óbitos por HIV e tuberculose estão associados à exclusão social e à deficiência de serviços de saúde e infraestrutura urbana, expressando não apenas desigualdades em saúde, mas também urbanas (6). As desigualdades urbanas refletem a relação desigual entre Estado e classes dominantes, onde apenas uma parcela da população acessa condições urbanas que garantem bem-estar e reprodução social, enquanto a maioria é excluída de infraestruturas e serviços essenciais (7). Essas desigualdades transbordam para o processo saúde-doença, evidenciando estruturas injustas e desiguais (5). A mortalidade por DIP, especialmente HIV e tuberculose, é uma expressão desse processo, atingindo principalmente homens negros expostos a condições de maior vulnerabilidade urbana relacionada a tais desfechos (8, 9).

CONCLUSÕES

A mortalidade por DIP não deve ser naturalizada, pois reflete iniquidades sociais evitáveis, marcadas por diferenças de raça, gênero e classe. Sua persistência no Brasil evidencia o modelo estrutural de determinação social da saúde, que mostra como desigualdades condicionam a exposição diferencial a agravos e limitam o acesso a serviços de prevenção e tratamento. HIV e TB possuem tratamentos eficazes, mas a manutenção de óbitos revela falhas nas políticas públicas, que não alcançam populações vulneráveis, devendo ser analisadas como expressões concretas das desigualdades, em especial no espaço urbano.

É urgente adotar políticas redistributivas, emancipatórias, intersetoriais e integradas que considerem condições socioambientais e infraestrutura urbana. Longe de ser uma situação que irá se

equalizar por si só, afinal o seu processo de determinação é, em grande parte, resultante ou componente fundamental do atual processo de produção e reprodução social.

REFERÊNCIAS

- (1) Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(4):533-8.
- (2) World Health Organization. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2019.
- (3) Guimarães C. Antes, durante e depois da pandemia: que país é esse? *Rev Poli: Saúde Educ Trab*. 2020 [citado 2025 ago 4];13(73):6-13. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/antes-durante-e-depois-da-pandemia-que-pais-e-esse>
- (4) Caiaffa WT, et al. Saúde urbana, cidades e a interseção de sistemas: panorama, agendas, gaps e oportunidades rumo à equidade, sustentabilidade, resiliência e promoção em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2021.
- (5) Breilh J. Epidemiologia crítica e a saúde dos povos: ciência ética e corajosa em uma civilização doente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2024.
- (6) Sabroza PC, Kawa H, Campos WSQ. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- (7) Ribeiro MG. Desigualdades urbanas e desigualdades sociais nas metrópoles brasileiras. *Sociologias*. 2016;18(42):198–230. DOI: <https://doi.org/10.1590/15174522-018004208>
- (8) Crenshaw K. The urgency of intersectionality [Internet]. TED; 2016 set. [citado 2025 ago 4]. Disponível em: https://www.ted.com/talks/kimberle_crenshaw_the_urgency_of_intersectionality
- (9) Frateschi Y. O pensamento feminista negro de Sueli Carneiro para além dos reducionismos de classe e gênero [Internet]. Blog da Boitempo; 2021 out 22. [acesso em 2025 ago 4]. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/>

MOVILIDAD INTERMUNICIPAL Y MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE EVENTOS DE MME EN REPÚBLICA DOMINICANA (2019-2021)

Jonathan Patricio-Baldera¹
Winni Teresa De La Cruz-Vargas
Kary Desiree Santos-Mercedes
Pedro Luis Castellanos

INTRODUCCIÓN

La morbilidad materna extrema (MME), definida como una condición de amenaza inminente a la vida durante el embarazo, parto o puerperio, es un indicador clave de la calidad y equidad en la atención obstétrica (1). Aunque muchas mujeres sobreviven, su ocurrencia revela fallas estructurales del sistema de salud, como barreras de acceso, demoras en la atención y limitada capacidad resolutoria.

En la República Dominicana, la mortalidad materna continúa siendo una de las más elevadas de América Latina y el Caribe, superando el promedio regional (2). Estudios recientes evidencian disparidades territoriales (2), donde mujeres de provincias con menor disponibilidad de servicios especializados deben trasladarse a centros de mayor complejidad, frecuentemente fuera de su lugar de residencia (3).

La movilidad intermunicipal, lejos de ser excepcional, es una estrategia común para acceder a servicios obstétricos de emergencia. La literatura internacional muestra cómo las barreras geográficas y la fragmentación del sistema agravan riesgos durante emergencias obstétricas, especialmente cuando los mecanismos de referencia no están bien articulados (4,5). En la República Dominicana, si bien algunos estudios han señalado una posible relación entre la movilidad en busca de atención frente a eventos de MME y la mortalidad materna (2), este fenómeno sigue siendo poco explorado.

OBJETIVO

Analizar la relación entre la movilidad intermunicipal y la mortalidad materna en mujeres que enfrentaron eventos de morbilidad materna extrema (MME) en República Dominicana entre 2019 y 2021, así como identificar los factores sociodemográficos, clínicos y de atención asociados a esta movilidad en la búsqueda de servicios obstétricos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico, basado en datos secundarios de eventos de MME y MM, registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) durante el período 2019-2021. Tras aplicar criterios de inclusión y exclusión, la

1 Centre for Age-Related Medicine (SESAM), Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway. Unidad de Investigación, Fundación Etikos, Inc. Santo Domingo, República Dominicana.. E-mail: Jonathanp.baldera@gmail.com

muestra final estuvo compuesta por 5,576 mujeres con eventos de MME. La variable dependiente fue la mortalidad materna, y la exposición principal de interés fue la movilidad intermunicipal, definida como el traslado desde el municipio de residencia hacia otro para recibir atención obstétrica ante el evento de MME. Se calcularon estadísticas descriptivas para caracterizar las variables sociodemográficas, clínicas y de atención, y se emplearon pruebas de chi-cuadrado para comparar grupos según condición vital (fallecida o no). Para analizar la asociación entre la movilidad y la mortalidad, así como los factores asociados a la movilidad, se ajustaron modelos logísticos multinivel, incorporando efectos aleatorios por provincia. El análisis se realizó en R Studio, reportando Odds Ratios ajustados con intervalos de confianza del 95% y valores p asociados. Se consideró significación estadística un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

La muestra analizada incluyó 5,576 mujeres con eventos de morbilidad materna extrema (MME), de las cuales 429 (7.7%) fallecieron. La movilidad intermunicipal estuvo presente en el 28.4% de los casos. Los municipios que más concentraron atenciones fueron Santo Domingo de Guzmán, con 1,209 mujeres provenientes de 49 municipios distintos; Santiago de los Caballeros, con 692 mujeres de 38 municipios; y Santo Domingo Norte, con 692 mujeres procedentes de 27 municipios diferentes.

En el modelo multinivel, la movilidad intermunicipal se asoció con menor probabilidad de morir (OR = 0.738; IC95%: 0.550–0.991; $p=0.043$), lo que sugiere un posible efecto protector al acceder a servicios obstétricos de mayor calidad. Ser de nacionalidad haitiana (OR = 1.953), presentar comorbilidades (OR = 1.680) y mayor tiempo de atención fueron factores asociados a mayor mortalidad, evidenciando desigualdades y fallas en la respuesta oportuna del sistema de salud. La mortalidad fue más alta durante los años de pandemia, lo que evidencia el impacto del COVID-19 en la atención materna.

Respecto a los factores asociados a la movilidad intermunicipal, esta fue más frecuente entre mujeres con nivel educativo superior (OR = 2.852), lo que podría reflejar mayor capacidad para gestionar el acceso a servicios. También fue mayor en mujeres con comorbilidades (OR = 2.014), posiblemente por la necesidad de atención especializada. No obstante, durante la pandemia por COVID-19, las mujeres con comorbilidades presentaron menor movilidad (–38% en 2020 y –51% en 2021), posiblemente en respuesta a las recomendaciones de evitar desplazamientos por su mayor riesgo.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que la movilidad intermunicipal puede desempeñar un rol protector frente a la mortalidad materna, al acceder a servicios obstétricos más especializados. No obstante, esta capacidad de desplazamiento no es igual para todas las mujeres. Las brechas asociadas al nivel educativo, la nacionalidad y la presencia de comorbilidades reflejan desigualdades estructurales que

requieren intervenciones. Fortalecer la red obstétrica, descentralizar servicios y garantizar el acceso oportuno deben ser prioridades para reducir la mortalidad materna y cerrar las brechas territoriales en salud.

REFERENCIAS

- (1) Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss - towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(3):287–96.
- (2) Desiree K, Mercedes S. Impacto de la pandemia por Covid-19 en la morbi-mortalidad materna en la República Dominicana [Internet]. 2023 [citado 12 abr 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/53935>
- (3) Carcuro MB, Pérez Domínguez M, Rodríguez J, Fabián PR. El acceso a inmigrantes y descendientes a la salud en RD [Internet]. 2018 [citado 12 abr 2025]. Disponible en: <https://dominicanrepublic.unfpa.org>
- (4) Perna R, Cruz-Martínez G, Moreno FJ. Movilidad de pacientes y descentralización sanitaria. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas* [Internet]. 2022 [citado 12 abr 2025].;(29):27–44. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8664972>
- (5) Salas LK, Rivas VI, Estrada RU. Accesibilidad urbana de embarazadas en Tonalá, Jalisco, México. *Trayectorias Humanas Trascontinentales*. 2024;(17):1–23. DOI: <https://doi.org/10.25965/trahs.5806>

NUTRICÍDIO NO BRASIL: UM ENSAIO SOBRE A FOME COMO ESTRATÉGIA POLÍTICA DE EXTERMÍNIO DA POPULAÇÃO NEGRA

Ana Julia Godinho¹

Camila Maranhã

Cláudia March

INTRODUÇÃO

O Brasil é marcado por desigualdades que remontam ao período colonial, quando a abolição tardia da escravidão não foi acompanhada de políticas de reparação, perpetuando a marginalização da população negra. Após a abolição, o racismo estrutural se consolidou, refletindo em políticas de extermínio e negação de direitos. Nesse contexto é possível observar que a pobreza monetária impacta diretamente essa parcela da população, refletindo na insegurança alimentar e fome.

O programa Fome Zero, criado em 2003 no governo Lula, buscou combater a fome com estratégias emergenciais e estruturais, levando o Brasil a sair do mapa da fome em 2014. No entanto, o desmonte de políticas públicas durante o governo de Michel Temer e Jair Bolsonaro, atrelado aos impactos da pandemia de Covid-19 fizeram o país retornar a esse cenário em 2022.

Nesse contexto, o conceito de “nutricídio”, cunhado por Llaila Afrika (1), ganha relevância ao evidenciar a destruição da população negra por meio de padrões alimentares colonizados e a persistência da fome, refletindo a necropolítica (2) que define quem vive e quem morre. A análise do nutricídio no Brasil revela a perpetuação do racismo estrutural e institucional (3), possibilitando reflexões acerca da realidade brasileira.

OBJETIVO

Correlacionar os conceitos de Nutricídio, Necropolítica e Racismo Estrutural e Institucional no contexto brasileiro.

DESENVOLVIMENTO

O presente ensaio correlaciona os conceitos do Nutricídio de Llaila Afrika (1), Necropolítica de Achille Mbembe (2) e Racismo Estrutural e Institucional de Silvio de Almeida (3). Além disso, esses conceitos são interpretados e debatidos à luz da realidade brasileira expressa na obra literária “Quarto de despejo” de Carolina Maria de Jesus (4).

Inicialmente é relevante dizer que o racismo no Brasil tem raízes na escravização, perpetuado pelas instituições e pelo poder político (3). Após a abolição, as pessoas negras foram marginalizadas sem políticas de inclusão (5). Além disso, a historiografia oficial romantiza esse processo, ocultando

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: anagodinho@id.uff.br

a resistência dos escravizados (6). Nos dias atuais a raça persiste como um fator central nas dinâmicas sociais e políticas, sendo frequentemente utilizada para justificar a hierarquização e a segregação de grupos sociais, bem como para legitimar a violência e o genocídio perpetrados contra comunidades consideradas racialmente minoritárias. A instrumentalização política da raça, vista com Racismo Institucional, perpetua sistemas de poder e privilégios que favorecem determinados grupos em detrimento de outros (3). Implicando na imposição das vontades de grupos dominantes, além da criação de consensos que naturalizam a desigualdade racial e justificam a dominação de determinados grupos sobre outros (3).

Essa cultura racista permite que o Estado tenha o poder de decidir quem é descartável ou não, além de conceder-lhe o “direito de matar” (2). A necropolítica evidencia como o Estado controla vidas negras por meio da violência e exclusão social (2). Na lógica do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição da morte e possibilitar as funções assassinas do Estado (2). Essa política de extermínio se estende também para o campo da nutrição.

Llaila Afrika (1995) introduz o conceito de nutricídio, associando práticas alimentares coloniais à destruição da saúde negra. Segundo o autor, o nutricídio é a destruição da população negra através da alimentação que surge da introdução de um padrão alimentar colonizado, com o excesso de alimentos processados e ultraprocessados (1). Essa insegurança alimentar imposta à população negra quando em seu nível mais extremo leva à fome.

Por volta de 1950, Maria Carolina de Jesus, começou a escrever seu livro “Quarto de despejo”, onde relata muitas de suas vivências, incluindo o que ela intitulou como a “escravatura atual”, a fome (4). Carolina tinha a “cor e o sexo” da fome. Uma pesquisa realizada na Universidade Federal da Bahia publicada no ano de 2022, destaca a insegurança alimentar como significativamente mais expressiva nos domicílios chefiados por mulheres negras (7).

Nesse contexto cabe ressaltar que a interseccionalidade mostra como raça, gênero e classe se entrelaçam na manutenção das desigualdades (8).

O presente ensaio apresenta elementos para a compreensão da fome a partir do contexto da interseccionalidade, mostrando como raça, gênero e classe se entrelaçam na manutenção da iniquidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Afrika L. Nutricídio: a destruição nutricional da raça negra. Eworld; 1995.
- (2) Mbembe A. Necropolítica. 3ª ed. São Paulo: n-1 edições; 2018. 80 p.
- (3) Almeida SL. Racismo estrutural. 1ª ed. São Paulo: Pólen Livros; 2019. 127 p.
- (4) Jesus CM. Quarto de despejo: diário de uma favelada. 10ª ed. São Paulo: Editora Ártica; 2014. 200 p. v.4.
- (5) Oliveira C. Apartheid à brasileira: como a falácia da democracia racial escondeu o racismo das leis [Internet]. The Intercept Brasil; 2020 nov 10 [citado 2022 abr 25]. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2020/11/10/>

[apartheid-a-brasileira-como-a-falacia-da-democracia-racial-escamoteou-o-racismo-das-leis/](#)

- (6) Fernandes F. Significado do protesto negro. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular; 2017. 160 p.
- (7) Silva SOA. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. Cad Saúde Pública [Internet]. 2022 ago [citado 2022 jun 1];38(7). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MQH9NQz5GH9NmxjZpFm3zC3r/>
- (8) Teixeira JC. Interseccionalidade [Internet]. Observatório das Desigualdades; 2023 abr 23 [citado 2024 abr 26]. Disponível em: <https://www.observatoriodasdesigualdades.ccsa.ufrn.br/post/interseccionalidade>

O IMPACTO DO RACISMO NA IDENTIDADE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NEGROS

Giovanna Sales Carvalho¹

Edvânia Ângela de Souza Lourenço²

INTRODUÇÃO

O racismo é uma forma estruturante de desigualdade que atravessa diversas dimensões da vida social, incluindo a saúde. No Brasil, crianças e adolescentes negros estão constantemente expostos a situações de discriminação racial que afetam o processo de construção de suas identidades, bem como seu bem-estar psicossocial. Compreendemos os danos causados pelo racismo à identidade como uma expressão da Questão Social, relacionada a um processo histórico violento, fruto do projeto político conduzido pelas classes dominantes. Nesse contexto, o colonialismo provoca uma fratura na identidade de pessoas negras, impondo-lhes uma existência marcada pela desumanização (1).

A identidade, nesse sentido, deve ser compreendida como um elemento central da saúde e da vida social. A identidade é definida como a forma pela qual a humanidade se revela ao mundo e aos outros, sendo essencial na construção de vínculos, pertencimento e referências culturais (2). Assim, a percepção de si, influenciada pelas vivências de discriminação, informa não apenas quem somos, mas também a que cultura pertencemos e como somos tratados socialmente. Diante disso, refletir sobre o impacto do racismo na identidade de crianças e adolescentes negros é também pensar em estratégias de enfrentamento e proteção à infância, com vistas à efetivação do direito à saúde.

OBJETIVO

Analisar o impacto do racismo na identidade de crianças e adolescentes negros, considerando suas implicações para a saúde mental.

METODOLOGIA

Esta pesquisa está vinculada a uma dissertação de mestrado em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista. Adotou-se uma abordagem qualitativa (3), com o objetivo de analisar o impacto do racismo na construção da identidade de crianças e adolescentes negros, considerando suas implicações para a saúde mental. Realizou-se revisão de literatura nas bases de dados como SciELO, LILACS, Google Scholar e repositórios institucionais.

1 Assistente Social. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Estadual Paulista, UNESP, Campus de Franca/SP, Brasil. Membro do Grupo GEMTSSS, QUAVISSS e do NUPE. E-mail: giovanna.sales.@unesp.br

2 Edvânia Ângela de Souza Lourenço Professora Associada da Universidade Estadual Paulista, UNESP, Campus de Franca/SP, Brasil. Curso da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Líder do Grupo GEMTSSS - Grupo de Estudos e Pesquisas "Mundo do Trabalho, Saúde e Serviço Social". E-mail: edvania.angela@unesp.br

Os critérios de inclusão consideraram estudos publicados com foco no contexto brasileiro, que abordaram a relação entre identidade racial, infância e saúde mental. Foram incluídos na análise artigos, dissertações e reportagens que discutiram o racismo e suas consequências na identidade de crianças e adolescentes negros.

Os resultados foram analisados à luz do materialismo histórico-dialético (4). A escolha desse método se mostrou fundamental para uma análise crítica das estruturas sociais que sustentam o racismo, possibilitando o desvelamento de suas bases materiais e ideológicas, por entender que a realidade social é histórica, contraditória e atravessada por relações de poder.

RESULTADOS

Os estudos analisados apontaram que o racismo impacta precocemente a constituição identitária de crianças negras, gerando sentimentos de rejeição, não pertencimento e baixa autoestima. Esses efeitos se manifestam de forma distinta entre meninos e meninas: enquanto elas tendem ao retraimento e à tristeza, é comum que eles apresentem comportamentos agressivos e maior envolvimento em conflitos, sobretudo no ambiente escolar — um dos primeiros onde a criança negra vivencia a rejeição (5). Verificou-se que a repetição de episódios discriminatórios favorece a internalização de uma identidade racial negativa, marcada pela vergonha dos próprios traços, sentimento de inferioridade e dificuldade de reconhecer-se positivamente. Esses fatores também podem desencadear quadros de estresse, ansiedade e insegurança, prejudicando o desenvolvimento emocional e social (6).

Os estudos também reforçam a importância da presença de referências positivas e da socialização racial no fortalecimento da autoestima e do senso de pertencimento (7). A ausência dessas referências, somada às influências midiáticas e à negligência institucional, configura o racismo como uma violência que compromete o direito à infância plena (8,9). Diante disso, compreende-se o racismo como um determinante social que produz iniquidades específicas, exigindo uma abordagem crítica e interseccional para seu enfrentamento.

CONCLUSÕES

Os resultados desta pesquisa mostram que o racismo atua como fator estruturante de sofrimento psíquico em crianças e adolescentes negros, afetando identidade, autoestima, vínculos sociais e saúde mental. A falta de referências positivas, a negligência institucional e a ausência de políticas públicas étnico-raciais agravam a exclusão e o sentimento de não pertencimento. Compreendendo o racismo como uma determinação social da saúde, destaca-se a urgência de estratégias de proteção e valorização da infância negra, com ações intersetoriais que promovam bem-estar emocional, reconhecimento identitário e acesso equitativo a direitos. Reafirma-se, assim, o compromisso ético-político do Sistema Único de Saúde com o enfrentamento do racismo e a promoção de uma sociedade mais justa, na qual todas as infâncias tenham garantido o direito de existir com dignidade, pertencimento e afeto.

REFERÊNCIAS

- (1) Fanon F. *Pele negra, máscaras brancas*. Trad. Silveira R. Salvador: Edufba; 2008.
- (2) Gomes NL. Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil. In: Ministério da Educação (Brasil), Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. *Educação antirracista: caminhos abertos pela Lei Federal nº 10.639/03*. Brasília: MEC; 2005.
- (3) Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
- (4) Diniz R. Categorias e pesquisa. In: Martinelli ML, organizadora. *A história oral na pesquisa em Serviço Social*. São Paulo: Cortez; 2019. p. 41-59.
- (5) Varella D. Impactos do racismo na saúde mental das crianças [vídeo na Internet]. YouTube; 2023 [citado 2025 Abr 13]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=f1ZyUrcskvY>
- (6) Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. *Racismo, educação infantil e desenvolvimento na primeira infância* [livro eletrônico]. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2021 [citado 2025 maio 10]. Disponível em: <https://institutobantu.org/wp-content/uploads/2022/06/racismo-educ-Infantil-e-desenvolvimento-da-primeira-infancia.pdf>
- (7) Sousa CFA. *A cor da minha infância* [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2020 [citado 2025 Maio 10]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/218754>
- (8) Munanga K, organizador. *Superando o racismo na escola*. Brasília: MEC; 2005.
- (9) Eurico MC. *Racismo na infância*. São Paulo: Cortez; 2022.

O MASSACRE DE REALENGO E A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Nicolli Karen Coelho Koritar¹

Hevelyn Rosa

INTRODUÇÃO

O Massacre de Realengo, ocorrido em 2011 no Rio de Janeiro, é um dos maiores episódios de atentados a escolas do Brasil, tendo 12 vítimas fatais, das quais 10 eram meninas. Diante disso e dos resultados preliminares da pesquisa de mestrado da primeira autora, argumenta-se que o massacre deve ser entendido como um caso de violência de gênero, considerando a misoginia, a escolha das vítimas e a cultura patriarcal que sustenta tais atos, a qual pode ser analisada através das falas do documentário “Massacre na Escola - A tragédia das meninas de Realengo”(1).

Entende-se violência de gênero como qualquer ato de violência baseado na desigualdade entre os gêneros, resultando em discriminação e abuso, com base no sexo ou gênero de uma pessoa. Ela pode assumir várias formas, incluindo uma ou mais das categorias física, psicológica, sexual e/ou econômica, as quais são frequentemente impulsionadas por normas e práticas sociais que perpetuam a desigualdade de gênero que afetam direitos fundamentais à vida, à saúde e à integridade física (2,3). A violência de gênero tem sérias consequências para a saúde das vítimas, sendo uma questão de direitos humanos, e também de saúde pública, sobretudo se compreendemos a saúde enquanto cenário de práticas e de produção de conhecimento, visto que o enfrentamento da violência tem o potencial de reduzir os danos à saúde e promover a equidade.

OBJETIVO

O objetivo do estudo foi analisar a dimensão de gênero nas narrativas sobre o Massacre de Realengo.

METODOLOGIA

Conduziu-se a pesquisa por meio de uma análise qualitativa do documentário “Massacre na Escola - A tragédia das meninas de Realengo” (1), com foco nas narrativas das vítimas e nas representações de gênero. A análise consistiu em identificar como a violência de gênero foi abordada na cobertura midiática e nas narrativas sobre o massacre. Para a discussão dos resultados, utilizou-se como referencial teórico as concepções sobre violência baseada em sexo e gênero de Myrna Dawson (2).

RESULTADOS

O perfil das vítimas destaca a necessidade de analisar o Massacre de Realengo não apenas como um ato de violência, mas como um reflexo de uma determinação social da saúde, onde fatores sociais, como a cultura patriarcal, influenciam diretamente a condição de saúde e bem-estar das vítimas e sobreviventes (3).

1 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) E-mail: nicollikoritar@hotmail.com

A violência motivada por gênero compartilha características com outros crimes de ódio, como a intencionalidade de causar medo em um grupo específico e a desumanização das vítimas, elucidando como as determinações interagem entre si de forma complexa (2). No contexto do Massacre de Realengo, a seletividade das vítimas e a brutalidade dos ataques contra elas sugerem uma motivação misógina, como na fala de uma das vítimas: “Nas meninas ele acertava [os tiros] na cabeça. Nos meninos era braços e peito, rosto e cabeça às vezes, mas nas meninas era sempre”. A fragilidade do reconhecimento da violência de gênero como crime de ódio, reforça e reflete a normalização da violência patriarcal e a desvalorização das vidas das mulheres e meninas, perpetuando ciclos de trauma e exclusão (2).

Apesar de nítido como foi direcionada a violência nesse episódio, a narrativa dominante do caso tende a apagar a dimensão de gênero. A fala do policial após mais de 10 anos do episódio, é emblemática a esse respeito: “Muitos falaram e falam até hoje que ele preferia as meninas e eu acho que não. Garotos jogam bola, correm para lá e para cá, eles pularam mesa e cadeira e foram embora. As meninas se abraçaram”. Ao sugerir que a violência que as meninas sofreram foi resultado de suas (in)ações relacionadas ao gênero, o discurso ignora a desigualdade de gênero e responsabiliza as vítimas. Essa invisibilização da dimensão de gênero em situações de violência pode acarretar em agravos à saúde das vítimas.

CONSIDERAÇÕES

A falta de reconhecimento do Massacre de Realengo como um crime de ódio de gênero é um exemplo emblemático da relutância em priorizar o gênero como elemento fundante das relações sociais e categoria relevante em cenários político-sociais. Reconhecer a violência de gênero como uma questão de saúde pública é essencial para desenvolver estratégias eficazes de prevenção, intervenção e promoção da equidade em saúde, sem revitimizar grupos minoritários.

A invisibilidade da violência de gênero é sintomática de uma sociedade que se recusa a enfrentar o feminicídio e a misoginia como problemas sistêmicos, o que pode contribuir para a reiteração de que a violência contra as mulheres seria natural e justificável. A pesquisa mostra que o pleno reconhecimento da dimensão de gênero em episódios de massacres escolares é crucial para a efetiva garantia da equidade em saúde, considerando sua implicação tanto para a produção de conhecimentos, quanto para o acesso ao cuidado.

REFERÊNCIAS

- (1) Lenti B. Massacre na escola: a tragédia das meninas de Realengo [documentário]. Brasil: Giros Filmes; Warner Bros; 2023.
- (2) Dawson M. Considering sex/gender-based violence as a form of hate: the invisibility of sex and gender. Trauma Violence Abuse. 2025;0(0). DOI: <https://doi.org/10.1177/15248380241311873>
- (3) Brasil. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011. (Coleção Enfrentamento à Violência contra as Mulheres).

O QUE SIGNIFICA ESCOLHER QUANDO SE É MULHER E NEGRA?

DIREITOS REPRODUTIVOS EM PERSPECTIVA INTERSECCIONAL

Hevelyn Rosa Machert da Conceicao¹

Cristiane da Silva Cabral

Guilherme Lamperti Thomazi

APRESENTAÇÃO

O direito à autonomia e à autodeterminação reprodutiva integra a luta de mulheres no Brasil desde meados da década de 1970. No cenário internacional, o principal marco referencial reside na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada pela Organização das Nações Unidas, no Cairo, em 1994, onde se cunhou o termo “direitos reprodutivos” no âmbito dos direitos humanos e ficou estabelecido que a coerção, os incentivos ou desestímulos a se reproduzir ou não são contrários aos princípios dos direitos. O direito de ter ou não ter filhos e quando tê-los mantêm-se como uma das principais agendas nos movimentos sociais de mulheres e feministas até hoje. Em muitos contextos, essa luta é também traduzida como o direito de decidir. É justamente neste debate que as críticas oriundas do ativismo de mulheres negras iluminam o caráter profundamente coletivo das condições de exercer com mais ou menos segurança e dignidade os direitos reprodutivos. Com isso, destaca-se o papel central das condições sociais de vida para as trajetórias reprodutivas, uma vez que estas são permeadas por questões de raça, gênero, classe, entre outras categorias de diferenciação social (1,2).

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa consiste em sistematizar e visibilizar trajetórias de atuação de mulheres negras ativistas na interface entre movimentos sociais e Estado na luta por direitos à saúde, em especial direitos reprodutivos.

METODOLOGIA

Elaborada por meio de uma composição entre entrevistas individuais e análise documental de perspectiva antropológica (3), a pesquisa busca recuperar e analisar narrativas de mulheres negras militantes em conjunto com documentos de movimentos sociais e de políticas públicas de saúde da mulher. As interlocutoras da pesquisa são mulheres negras cuja trajetória de ativismo pelos direitos das mulheres remonta à década de 1980, tendo participado de processos de debate e elaboração de políticas de saúde da mulher, especialmente no âmbito federal brasileiro.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (nº 78803024.9.0000.5421) e é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (nº 2023/13347-0).

1

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. E-mail: hevelynconceicao@gmail.com

RESULTADOS

Resultados parciais da pesquisa apontam uma perspectiva crítica acerca do conceito de direitos reprodutivos na área da saúde. As entrevistas e a pesquisa documental demonstram a presença marcante de uma compreensão segundo a qual as decisões reprodutivas tomadas por mulheres são indissociáveis do contexto social e político no qual estão inseridas. Sendo, nesse contexto, o racismo e a desigualdade de gênero apontados como fatores determinantes. Uma das entrevistadas relata: “Para você tomar decisões sobre a sua trajetória reprodutiva, você precisa de muitos elementos. E para mulheres que não têm tantos recursos materiais e imateriais, tomar decisões nunca vai estar da ordem do individual, por mais que isso seja apresentado como tal”. Sobre isso, Edna Roland⁽⁴⁾ questiona: “O que significa o direito a escolher quando não se tem poder para determinar as condições sociais em que a escolha é feita?”. Para ela, as mulheres fazem suas escolhas reprodutivas em diálogo com uma série de limitações que lhes é imposta. Por isso, mais do que concentrarmos na ideia de escolha em si, é urgente transformar as condições sociais que moldam as decisões relacionadas à reprodução. Com isso, observa-se que reconhecer a existência de relações sociais, econômicas e culturais racistas e machistas torna-se essencial para compreender trajetórias reprodutivas de mulheres negras e atuar na ampliação e garantia de direitos reprodutivos⁽⁵⁾.

CONCLUSÕES

A pesquisa possibilita analisar a articulação entre raça e gênero em torno do debate sobre direitos reprodutivos das mulheres. O mapeamento das tensões e críticas concernentes a uma acepção mais individualista da noção de direitos reprodutivos oferece uma mirada capaz de abarcar uma perspectiva histórica e politicamente situada que possa colocar-se de modo mais sensível à pluralidade das mulheres. Em um contexto no qual tais direitos têm sido sistematicamente atacados e vilipendiados, trata-se de um esforço de compreender as trajetórias de luta no ativismo de mulheres negras.

REFERÊNCIAS

- (1) Carneiro S. Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. Rio de Janeiro: Zahar; 2023. 432 p.
- (2) Xavier L. Superar o racismo também é um problema de saúde pública. In: Ministério da Saúde; Fiocruz, organizadores. Saúde e direitos humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- (3) Vianna A. Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais. In: Castilho S, Souza Lima A, Teixeira C, organizadores. Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2014. p. 43-70.
- (4) Roland E. Direitos reprodutivos e racismo no Brasil. Rev Estud Fem. 1995;3(2):506-14.
- (5) Lopes F. Justiça reprodutiva: um caminho para justiça social e equidade racial e de gênero. Organicom. 2022;19(40):216-27. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-2593.organicom.2022.205773>

O RASTRO DE CONFLITO E DOR DEIXADO PELO ROMPIMENTO DAS BARRAGENS DA MINA DO CÓRREGO DO FEIJÃO NA POPULAÇÃO DO BAIXO PARAÓPEBA E REPRESA DE TRÊS MARIAS

Paula Junqueira Mota¹
Amanda Piedade Nunes dos Santos
Ana Ivina de Carvalho Costa
Bárbara Santos Loyola
Débora Caroline de Moura Bezerra
Giovanna Maria Alves Ribeiro Borralho
Ingrid da Silva Magalhães
Karen Martins Doria dos Santos
Leticia Kauane dos Santos Rocha e Silva
Etna Kalliane Pereira da Silva

INTRODUÇÃO

O rompimento das barragens da Mina do Córrego do Feijão, na Bacia do Rio Paraopeba, em 2019, foi um dos maiores desastres do mundo envolvendo barragens de mineração, causando impactos sociais, econômicos e ambientais (1). Esse desastre-crime atingiu milhares de pessoas que tiveram as dinâmicas familiares e comunitárias radicalmente modificadas. Além das perdas materiais e ambientais, o desastre gerou intensos conflitos, que surgiram a partir de interesses, necessidades e valores opostos entre diferentes grupos. A população atingida, a mineradora Vale S/A, órgãos governamentais e organizações sociais estiveram no centro dessas disputas (2). Estudos demonstram que os casos de violência de todos os tipos tendem a aumentar após desastres dessa magnitude, como ocorreu com a população atingida pela ruptura da barragem B-1 (3). Segundo o relatório *Conflitos da Mineração no Brasil 2022*, Brumadinho foi a cidade de Minas Gerais que mais acumulou conflitos de mineração (4). Assim, esse desastre-crime continua em andamento no que se refere ao sofrimento enfrentado, uma vez que gerou impactos duradouros que transformaram definitivamente a convivência e a estrutura social das comunidades atingidas (5).

OBJETIVO

Descrever situações de conflitos familiares e comunitários em população atingida por rompimento de barragem de mineração nas regiões do Baixo Paraopeba e Represa de Três Marias.

1 Fiocruz Minas e Ministério da Saúde. E-mail: paula.j.mota@gmail.com

Fonte de financiamento: Instituto Guaicuy

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória a partir do estudo de entrevistas em profundidade, semi-estruturadas, gravadas e transcritas, disponibilizadas no banco de dados disponibilizado no site do Instituto Guaicuy, e analisadas por meio de análise de conteúdo. Os participantes foram moradores das comunidades do Baixo Paraopeba e entorno da Represa de Três Marias, atingidas pelo rompimento da Barragem B-1 e soterramento das barragens B-IV e B-IVA da Mina Córrego do Feijão, da mineradora Vale S/A, em Brumadinho/MG. No total, o estudo contou com 114 pessoas entrevistadas de 38 comunidades. Para tanto, após aprovação em Comitê De Ética da Universidade Federal de Goiás (Parecer nº 5064485) e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas ocorreram com roteiro de perguntas abertas previamente estabelecidas. Nesse sentido, tais perguntas abordaram percepções próprias do indivíduo, além das consequências do rompimento da barragem sobre vida, comunidade, saúde, meio de trabalho, uso de substâncias psicoativas, violência local, planos para o futuro e oferta de serviços públicos da população entrevistada.

RESULTADOS

O rompimento das barragens causou danos socioeconômicos e ambientais, desestruturando comunidades e fragilizando relações interpessoais. Isso aumentou a vulnerabilidade, favorecendo conflitos, violência e discriminação, além de comprometer os direitos humanos e a estabilidade dos territórios atingidos. Na região do Baixo Paraopeba, o desastre intensificou formas de violência, como furtos, roubos, homicídios e violência contra mulher, não se limitando às experiências diretas dos entrevistados, mas também abrangendo rumores de terceiros. Nos relatos incluem a negligência da mineradora, que gerou rivalidade entre os moradores devido à distribuição desigual do auxílio emergencial, de água e ração para os animais. Mulheres liderando lutas por direitos enfrentaram machismo e tensões conjugais, agravadas pela sobrecarga emocional. Produtos locais sofreram estigma e discriminação por associação à contaminação do rio pela lama de rejeitos. Além disso, as pessoas atingidas relataram que passaram a sofrer discriminações ao serem consideradas oportunistas por lutarem pelos seus direitos, bem como situações de desrespeito por agentes da Vale S/A. Nas comunidades do entorno da Represa de Três Marias, embora a maioria dos entrevistados não tenha percebido elevação de violência, foi referido um aumento de conflitos conjugais e criminalidade após o desastre. Alguns relatos sobre os divórcios apontaram que as tensões decorrentes da perda de renda gerada pelo desastre-crime, abalaram significativamente as dinâmicas familiares. Ademais, foi observado que a estigmatização do território gerou o afastamento de turistas e clientes, prejudicando a economia local. Tudo isso acarretou sofrimento psicossocial e/ou agravamento de transtornos mentais entre as pessoas atingidas.

CONSIDERAÇÕES

Os impactos do rompimento de barragens ultrapassam as barreiras ambientais e socioeconômicas, alterando significativamente as relações sociais e a vida cotidiana dos moradores. O aumento dos níveis

de violência nesse contexto reflete um cenário de deterioração das condições psicossociais das pessoas atingidas, sendo necessária a cautela com a saúde mental dessa população, visto a importância de recuperação de todo um grupo, considerando as diversas faixas etárias presentes nele e como cada uma reagiu a diferentes traumas após um desastre tão amplo, necessitando de intervenções psicológicas efetivas e graduais. O desamparo institucional agrava os impactos do rompimento de barragens, intensificando o sofrimento e perpetuando ciclos de pobreza e vulnerabilidade, sendo papel do governo atuar de forma eficaz, através do fortalecimento de políticas públicas e papel da mineradora Vale S/A reparar de forma integral e justa pelas perdas e danos causados pelo desastre-crime.

REFERÊNCIAS

- (1) Malta DC, Oliveira BLC de A, França EB, Pinto IV, Silva MMA, Cardoso L de O, et al. Padrões de mortalidade em municípios de uma região mineradora antes do rompimento da barragem de Brumadinho, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2023;26:e230010.
- (2) Instituto Guaicuy. Relatório final técnico da análise da situação de saúde da população atingida - Área 5. Belo Horizonte: Instituto Guaicuy; 2022.
- (3) Rezaeian M. The association between natural disasters and violence: a systematic review of the literature and a call for more epidemiological studies. *J Res Med Sci*. 2013 [citado 2025 maio 10];18(12):1103. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24523804/>
- (4) Comitê Nacional em Defesa dos Territórios Frente à Mineração. Relatório anual: conflitos da mineração no Brasil 2022. Brasília; 2023 dez.
- (5) Mayorga C. Desastre de Brumadinho e os impactos na saúde mental. *Ciênc Cult*. 2020;72(2):6-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602020000200003>

PAU QUE BATE EM CHICA, NÃO BATE EM FRANCISCA: EXPRESSÕES DE RACISMO NO TRABALHO DE MULHERES AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Rodrigo Neves Amaral de Souza¹

Camila Furlanetti Borges

Leticia Batista da Silva

Marcia Cavalcanti Raposo Lopes

INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de uma pesquisa intitulada “Expressões de racismo no trabalho de Agentes Comunitárias de Saúde”, com apoio financeiro do Edital de Fomento à Pesquisa em Educação Profissional em Saúde da EPSJV - 2023-2025.

Em que pese a esteira democrática em que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi idealizado, o cotidiano nos serviços de saúde pública também reproduz práticas autoritárias e conservadoras. Na Atenção Primária à Saúde (APS) chama atenção o caso das/dos Agentes Comunitárias/os de Saúde (ACS), categoria em maioria composta por mulheres (mais de 70%), negras (a maior frequência de autodeclaração é como pardas) (1).

De acordo com Werneck (2), a reprodução social do racismo atravessa, direta e indiretamente, o cotidiano das instituições em geral. No que diz respeito à saúde, e particularmente ao SUS, presentifica-se no desenvolvimento do trabalho e na formação dos profissionais; se realiza na extensão usuário/a, trabalhador/a da saúde e no âmbito da gestão.

Em sua dimensão institucional, o racismo opera um deslocamento da dimensão individual em direção à estrutural, “correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais”(2).

OBJETIVO

Este trabalho analisa expressões do racismo e estratégias antirracistas nas experiências de trabalho de ACS negras, atuando nos municípios do Rio de Janeiro e São Gonçalo. A vocalização das experiências vividas pelas ACS no contexto de trabalho é representativa tanto do lugar de trabalhadoras quanto de usuárias dos SUS nos territórios onde a ausência de políticas públicas atua sinergicamente com a produção de adoecimento e sofrimento.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, utilizando Grupo Focal, estratégia metodológica que reúne

1 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). E-mail: rodrigoodonto1983@gmail.com

peças para dialogar sobre determinados temas, valorizando percepções que seriam menos acessíveis fora de uma particular reunião de pessoas (3). O grupo focal foi realizado a partir de um roteiro de perguntas abertas.

Inicialmente, contactamos ACSs negras reconhecidas por sua militância na luta antirracista, convidando-as a participar, até chegarmos ao total de 9 participantes. O grupo focal aconteceu em dezembro/2023 em plataforma virtual (Zoom), buscando favorecer o encontro de pessoas de locais de moradia muito distantes. Das 9 ACS que aceitaram o convite, 6 conseguiram participar.

Todas trabalham e vivem em territórios distintos em termos de perfil sociodemográfico (Rio de Janeiro e São Gonçalo), história da ocupação territorial e acesso a políticas públicas.

O estudo atendeu integralmente às exigências éticas das Resoluções CNS 466/2012 e CNS 510/2016, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz.

RESULTADOS

As falas do grupo focal foram integralmente transcritas e organizadas em dois eixos de análise: primeiro, a respeito da construção de subjetividade sob racismo; e o segundo sobre as vivências de racismo, este último dividido em quatro temas: autodeclaração, estratégias de embranquecimento, relação raça/classe e ideologia do dominador.

Os dois primeiros temas são particularmente representativos do processo de trabalho das ACS. Em relação a autodeclaração, as ACS devem seguir o protocolo de cadastramento de usuários mediante a pergunta “em relação à raça/cor, como você se autodeclara?”. Mas no dia a dia, as experiências de racismo ensinam que usuários e trabalhadores sentem-se constrangidos e tendem a distorcer a resposta ou poupar os usuários desse momento de auto-reconhecimento. “Então, perguntar a cor da pele, eu já fiz essa pergunta, obviamente, não para todos que cadastrei, algumas eu coloquei, outras eu cheguei a perguntar” (ACS Margarida). Essas marcas, que são também de ordem subjetiva, expressam formas de autoproteção, provocadas também pelo violento histórico das estratégias de embranquecimento levadas a cabo pelo Estado e reproduzidas pela sociedade. “Porque tudo a gente tem que conseguir com muita luta, muita força, né? Porque no Brasil, eu aprendi até ouvindo essas pessoas, o que fala muito é a cor da pele. É o fenótipo. Não é?” (ACS Malva).

Procuramos, escutando as ACSs, entender mecanismos de racismo no seu trabalho e encontramos falas carregadas de sabedoria e conhecimento popular, ampliando a análise com reflexões acerca da própria formação da sociedade brasileira. Relatos sobre como misoginia, classismo e racismo atuam juntos foram fundamentais para compreender que “pau que bate em Chica não bate em Francisca”.

CONCLUSÕES

Reconhecer subjetividades racializadas é reconhecer também invisibilidades que marcam o corpo e modos de vida de sujeitos e coletividades, assim isso que está ali, mas não está, em muitos

casos torna o sujeito negro vítima de um racismo tal que, “em sua invisibilidade, pode produzir transformações de ordem psicológica e social na vida desses indivíduos, colocando-os constantemente em estado de alerta, com medo de ser atacado, violentado, discriminado, mas muitas vezes também atacando, ameaçando, violentando, na tentativa de impor limites e se fazer respeitar”(4).

Entendemos que, no contexto brasileiro, a discussão racial pode, sim, ser um importante fator de transformação nas convivências e experiências dos trabalhadores/as e usuários/as do SUS. Se o racismo está presente no dia a dia de nossa sociedade, é importante que esse debate extrapole a academia e alcance o SUS, tratando a questão de forma responsiva.

REFERÊNCIAS

- (1) Milanezi J, Gusmão HN, Souza CJ, Bertolozzi TB, Lotta G, et al. Mulheres negras na pandemia: o caso de agentes comunitárias de saúde. Informativos Desigualdades Raciais e Covid-19. 2020 dez;(5).
- (2) Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc [Internet]. 2016 jul-set;25(3) [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?lang=pt>
- (3) Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis [Internet]. 2009;19(3):777-96 [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/?lang=pt>
- (4) David EC. Aquilombamento da saúde mental: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2023.

PEDAGOGÍAS CRÍTICAS Y SALUD COMUNITARIA: EXPERIENCIAS CON ADOLESCENCIAS DESDE UNA PERSPECTIVA LÚDICA Y DECOLONIAL

Carlos Torrado Lois¹

Beatriz Ferreira²

Mariana González³

Luciana Hernández⁴

PRESENTACIÓN / INTRODUCCIÓN

En contextos de vulneración social y económica, las adolescencias suelen quedar por fuera de propuestas que habiliten la expresión, el juego y la participación desde sus propias voces, especialmente en el campo de la salud, donde predominan abordajes biomédicos y adultocéntricos.

Esta presentación se inscribe en el Programa APEX (Aprendizaje y Extensión) de la Universidad de la República de Uruguay y se centra en la salud comunitaria y las pedagogías críticas, articulando enfoques decoloniales, interseccionales y de extensión universitaria crítica, que entienden a las adolescencias como protagonistas y actantes, con derecho a la palabra, al juego, a la imaginación y a la salud. El proyecto se sostiene desde hace quince años con la participación continua de adolescencias y juventudes Promotoras de Salud y Ciudadanía. Estas miradas no solo plantean el reconocimiento de las adolescencias y juventudes como sujetos sociales y políticos, con perspectivas propias y derecho a ser parte de las decisiones que les afectan, sino que, por esta misma razón, evidencian tensiones y desafíos para superar los adultocentrismos. Asimismo, el proyecto busca contrarrestar adultismos y microadultismos en propuestas donde las adolescencias y juventudes reciben contenidos vinculados a la salud sin tener la oportunidad de influir en ellos, ni en lo metodológico ni en la adaptación a sus intereses, expectativas, sentires, experiencias, necesidades o contextos territoriales.

OBJETIVO

El objetivo es explorar y analizar experiencias de abordajes con adolescencias en el oeste de Montevideo, centradas en la ludicidad y la creatividad (1) como potencias para el encuentro, la expresión emocional y la construcción colectiva (2) de sentidos sobre la salud y la vida en comunidad. Se busca promover acciones colectivas con adolescencias y juventudes, con anclaje en aspectos relacionados con la salud comunitaria y la construcción e identificación de saberes populares.

1 Profesor Adjunto, Programa APEX, Universidad de la República – Uruguay. E-mail: carlos.torrado@gmail.com

2 Docente Asistente. Programa APEX, Universidad de la República – Uruguay. beatriz.ferreira@apex.edu.uy

3 E-mail: Idem. mariana.hernandez@apex.edu.uy

4 E-mail: Idem. luciana.hernandez@apex.edu.uy

METODOLOGÍA

Se parte del inicio de un proceso de investigación sobre experiencias desarrolladas en el marco del dispositivo universitario y territorial ApexAndo de la Unidad Académica Temática Ciclos de Vida y Comunidad—Niñeces y Adolescencias, vinculadas a salud comunitaria (3) y gestión de salud positiva (4), a través de metodologías lúdicas y expresivas participativas. El proceso de investigación se abordó mediante un estudio de tipo descriptivo, con fuentes de información recuperadas a través de observaciones, registros de campo, talleres dialógicos grupales, entrevistas y relatos de las adolescencias participantes y de familiares referentes. Previamente, se elaboraron los instrumentos para la implementación de las acciones en el campo. El análisis se realizó desde un enfoque cualitativo con codificación abierta, permitiendo la emergencia de categorías vinculadas a la salud, la expresión emocional, los vínculos interpersonales, el género y la diversidad. Actualmente, el proceso de investigación se encuentra en la etapa de cruzamiento de los datos recabados en el trabajo de campo con el marco teórico, para la elaboración del documento final, con el fin de dar cuenta del estudio realizado y compartirlo entre las personas involucradas.

RESULTADOS

El análisis de las dieciocho entrevistas (doce a adolescencias y seis a familiares referentes), realizadas en una muestra de ciento quince adolescencias, permite visibilizar cómo la participación en espacios pedagógicos como el dispositivo ApexAndo del Programa APEX genera transformaciones significativas en las adolescencias y juventudes, no solo a nivel individual sino también colectivo. A partir de sus relatos, emergen categorías vinculadas a la salud comunitaria que dialogan con una pedagogía crítica y situada.

Salud integral entendida a partir de conceptos ampliados y vivenciados. Las adolescencias y juventudes comprenden la salud como un estado que abarca el bienestar mental, emocional y físico.

Las actividades lúdicas, artísticas y recreativas (fueron señaladas como facilitadoras del equilibrio emocional y como recursos para gestionar el estrés, el enojo o la ansiedad. Estas actividades posibilitaron la identificación y elaboración de emociones, favoreciendo procesos de autoconocimiento. Las adolescencias y juventudes participantes relatan haber aprendido a “calmarse”, “reflexionar”, “conocerse más” y “ser uno o una misma”.

Vínculos y pertenencia: del aislamiento a la inclusión y la construcción colectiva. Emergen transformaciones en los modos de vincularse: mayor confianza, apertura, capacidad de escucha y trabajo en equipo.

Diversidad y reconocimiento: hacia una salud con perspectiva de derechos. La mayoría de las personas entrevistadas identifica que en ApexAndo se respeta la diversidad de identidades y expresiones de género. Aun quienes no han transitado procesos personales en este sentido valoran el ambiente de respeto, inclusión y acompañamiento.

CONCLUSIONES / CONSIDERACIONES

Se concluye que los espacios lúdico-expresivos participativos son fundamentales no solo en la promoción de salud comunitaria, sino también en la protección de la salud, reconociendo a las adolescencias como sujetas políticas que producen otras formas de habitar sus territorios y resistir los adultocentrismos o las lógicas fuertemente proteccionistas, que se configuran como entornos de control donde se tiende a imponer o enfatizar medidas de cuidado y provisión por sobre las participativas y emancipadoras. El potencial transformador de las adolescencias y juventudes como sujetos activos y actores sociales y políticos, a partir de construcciones comunitarias lúdicas, expresivas, participativas y protagónicas, las coloca en primer plano.

REFERENCIAS

- (1) Isla C. Arte y salud comunitaria. In: Isla C, Muñoz Rodríguez L, editores. Intervención en salud comunitaria: relatoría de experiencias. Montevideo: Ediciones Nuevos Tiempos; 2022.
- (2) Bianchi D. Metodologías expresivas y diálogos de saberes: procesos psicosociales pensados desde la extensión crítica universitaria. In: Pérez Sánchez M, Folgar L, Cantabrana M, Bianchi D, Cano A, García R, et al., editores. Universidad y territorio: a 10 años del Programa Integral Metropolitano y 100 años de la Reforma de Córdoba. Montevideo: PIM/Udelar; 2018.
- (3) Bang C, Garcia L, Huerta R, Modzelewski H, Perez L, Torrado LC, et al. Diálogos: educación y comunidad: aportes para la reflexión en tiempos de crisis. Montevideo: Universidad de la República de Uruguay; 2020.
- (4) Saforcada E. Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. Aletheia. 2012;(37).

PRÁTICAS DESMEDICALIZANTES NA ESCOLA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA EDUCAÇÃO

Ana Flavia de Maschio Alvares¹

Leticia Correa Trevizan

INTRODUÇÃO

Compreende-se medicalização como o fenômeno de localizar no âmbito da dinâmica saúde-doença questões de origem muitas vezes social, estendendo o campo da normatividade através da definição de novos significados da saúde, bem como da interferência médica na organização social da vida dos sujeitos (1). Observa-se ao longo dos últimos anos um avanço desse fenômeno, ultrapassando as consequências para pessoas adultas e atingindo também crianças e adolescentes. A atribuição de explicações biológicas para justificar problemas de natureza social, ainda que não tenha sua origem na contemporaneidade, nem seja característica exclusiva da área da educação (2), encontrou lugar de relevância para se alastrar neste campo, sendo notório o alto índice de encaminhamentos de crianças aos equipamentos de saúde pelas escolas, muitas vezes justificadas por queixas relacionadas ao fracasso escolar (3). Diante disso, enquanto psicólogas atuantes em equipes multiprofissionais da educação em um município no Paraná, as autoras do presente trabalho verificam na prática os efeitos da medicalização da infância dentro de escolas municipais e na vida de crianças entre 4 e 11 anos de idade. O clamor dos profissionais da educação pela avaliação diagnóstica e medicação das crianças cujos comportamentos são indesejáveis geram estigmas e escamoteiam a origem coletiva e estrutural de muitos problemas.

OBJETIVO

Analisar as estratégias possíveis de combate à medicalização da infância dentro das escolas, a partir do relato de experiência das autoras enquanto parte de uma equipe multiprofissional no campo da educação, articulando o vivenciado na prática com os conceitos de medicalização social e a teoria da determinação social do processo saúde-doença (1).

METODOLOGIA

Relato de experiência da prática profissional das autoras deste trabalho, que atuam enquanto psicólogas em uma equipe multiprofissional da Secretaria de Educação de um município da região metropolitana de Curitiba/PR. As equipes multiprofissionais são compostas por duplas de assistentes sociais e psicólogos que atuam de forma interdisciplinar e se dividem territorialmente para o atendimento de cerca de 39 escolas municipais, que atendem estudantes entre 4 e 11 anos de idade. A inserção dessas equipes dentro do cotidiano escolar visa a promoção do melhor desenvolvimento das crianças e comunidade escolar a partir de estratégias e ações que podem envolver seus diferentes públicos

1 Prefeitura Municipal de Araucária, Unidade Básica de Saúde, Paraná, Brasil. E-mail: anafla.maschio@gmail.com

(familiares, educadores e estudantes), bem como se dar de forma individual, coletiva, preventiva ou combativa, além de prezar pelo diálogo intersetorial com outras políticas públicas. Além dos dados empíricos, adota-se enquanto arcabouço teórico os postulados da teoria da determinação social do processo saúde-doença que permite a sistematização do conceito de medicalização e de outros aspectos pertinentes para entendimento da realidade observada e discussão aqui proposta.

RESULTADOS

O trabalho enquanto equipe multiprofissional dentro da política pública de educação tem como um dos principais desafios enfrentar as práticas medicalizadoras alastradas no cotidiano escolar e reproduzidas acriticamente por boa parte dos profissionais da educação. É comum que as queixas girem em torno de problemas aparentemente individuais relacionados aos comportamentos das crianças e que afetam o cotidiano escolar e de aprendizado. No entanto, é parte do trabalho do psicólogo e do assistente social, valendo-se das premissas éticas e orientações das categorias (3,4), atuar no combate ao preconceito, às práticas estigmatizantes e favorecer a compreensão da base sócio-histórica dos fenômenos observados. Assim, busca-se no dia a dia ir além das queixas imediatas apresentadas, tentando compreender as demandas que são extraídas destas para então pensar em estratégias que permitam entender o contexto de cada estudante ou questão, seus principais determinantes, limitações e potencialidades de transformação. Por exemplo, para compreender a queixa comportamental de determinada criança, é necessário também conhecer seu contexto sócio-familiar, envolvendo familiares e serviços do território que conheçam e acompanhem. As ações desenvolvidas pelos profissionais buscam se contrapor às práticas medicalizantes, propondo alternativas que busquem uma infância que ultrapasse os rótulos e as limitações impostas pela medicalização (2). Entre as práticas realizadas estão espaços de formação com professores sobre a temática, rodas de conversa com os responsáveis que permitam um diálogo sobre a infância de maneira contextualizada, ações com as turmas que favoreçam outras possibilidades de mediações e ações intersetoriais com as políticas públicas de Saúde e Assistência Social.

CONCLUSÕES

Não obstante a medicalização ter se tornado a compreensão normativa sobre os comportamentos tidos como desviantes nas escolas, alternativas a esse fenômeno tem sido construídas, buscando uma compreensão crítica sobre a determinação social e as condições concretas em que se dá o desenvolvimento na infância. Alternativas como o brincar mediado, a escuta dos coletivos de estudantes, professores e responsáveis e a integração com as demais políticas públicas podem contribuir para o resgate das relações sociais e culturais como categorias imprescindíveis à compreensão do desenvolvimento e da escola enquanto principal espaço potencializador do exercício máximo de suas potencialidades (2). A inserção da equipe multiprofissional na política de educação, alinhada a essa compreensão do fenômeno, pode contribuir para a construção de práticas desmedicalizantes, que fujam das explicações individuais e reducionistas e se desloquem para o plano social e para os modos de produção da vida.

REFERÊNCIAS

- (1) Donnangelo MCF. Saúde e sociedade. 2ª ed. São Paulo: Duas Cidades; 1979. 124 p.
- (2) Tuleski SC, Franco AF, Mendonça FW. Orientações para pais e professores sobre a medicalização da infância: desenvolver para não medicar. 1ª ed. Paranavaí: EduFatecie; 2021. 72 p.
- (3) Conselho Federal de Psicologia (CFP). Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde [Internet]. Brasília: CFP; 2015 fev [citado 2025 mar 14]. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf
- (4) Conselho Federal de Psicologia (CFP). Psicólogas(os) e assistentes sociais na rede pública de educação básica: orientações para regulamentação da Lei nº 13.935 [Internet]. Brasília: CFP; 2022 nov [citado 2025 mar 14]. Disponível em: https://psicologianaeducacao.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/32/2022/11/manual_lei_13935-final-web-1.pdf

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ESTRATÉGIAS, DIRETRIZES E DESAFIOS

Pedro Henrique Tavares¹

Simone Gonçalves de Assis²

Suely Ferreira Deslandes¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A prevenção do suicídio em crianças e adolescentes é um tema emergente dentro da saúde pública/coletiva, considerando os desafios impostos pelas altas taxas de ideação e tentativa de suicídio nessa faixa etária (1). O estudo discute estratégias de prevenção propostas pelo e para os setores de saúde e instituições escolares, a partir de entrevistas com profissionais da atenção básica e especialistas no tema da prevenção do suicídio (2,3). Os depoimentos revelam dificuldades estruturais, conceituais e operacionais que limitam a atuação preventiva (3).

Além disso, a revisão da literatura aponta que muitas das políticas públicas existentes são fragmentadas, não atingindo toda a população (4). Isso demonstra a importância da implementação de medidas mais eficazes e do fortalecimento de redes intersetoriais para ampliar o acesso à prevenção e atendimento adequado.

OBJETIVO

O objetivo do estudo foi analisar as principais estratégias, diretrizes e lacunas na prevenção do suicídio em crianças e adolescentes, a partir de depoimentos de profissionais da saúde, especialistas e revisão de literatura sobre o tema. Também busca-se compreender o impacto das políticas públicas e das iniciativas privadas, visando identificar possíveis melhorias na abordagem preventiva.

METODOLOGIA

Foram realizadas entrevistas com sete profissionais de saúde da atenção básica, atuantes em duas cidades brasileiras com altas taxas de suicídio na adolescência, inclui-se também entrevistas com treze especialistas nacionais e internacionais e revisão de literatura (2,3). As narrativas foram analisadas qualitativamente, buscando identificar exceções sobre prevenção, dificuldades enfrentadas e proposições para melhorias na assistência.

Para ampliar a robustez dos dados, também foram analisados documentos oficiais, relatórios institucionais e estudos acadêmicos que abordam a prevenção ao suicídio em crianças e adolescentes

1 Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: tavarespedro91@gmail.com

2 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

(2,3). Esse cruzamento de informações permitiu uma análise mais aprofundada das políticas existentes e suas limitações, possibilitando uma reflexão mais ampla sobre os desafios enfrentados na área (1).

RESULTADOS

Os profissionais relataram que a prevenção é limitada, sendo majoritariamente terciária, focada no atendimento de casos já estabelecidos (3). A prevenção primária e secundária é pouco explorada, devido à falta de capacitação, escassez de recursos e dificuldades estruturais das unidades de saúde. Outra questão central é a invisibilidade da prevenção em crianças, com maior atenção dada a adolescentes. Políticas internacionais e nacionais são revisadas, destacando-se diretrizes da OMS e iniciativas brasileiras como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a campanha Setembro Amarelo. Entretanto, tais iniciativas são fragmentadas e carecem de avaliações sobre sua efetividade (3).

O estudo também identificou que os serviços de saúde enfrentam desafios significativos na integração com outras redes de apoio, como escolas e assistência social (5). Isso reforça a necessidade de políticas mais abrangentes, que contemplem diferentes aspectos da saúde mental infantil e juvenil, garantindo atendimento adequado e prevenindo a progressão do sofrimento psicológico.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A prevenção do suicídio em crianças e adolescentes é insuficiente, especialmente no que tange à prevenção primária e ao atendimento das especificidades desse grupo, falta uma suicidologia crítica e focada em construção de sentido de vida (3,6). É necessário investir na capacitação de profissionais, fortalecer redes de apoio e ampliar o conhecimento sobre fatores de risco e proteção (1). Também são essenciais a inclusão de abordagens intersetoriais e a ampliação das estratégias em escolas e ambientes digitais (3,7). Por fim, destaca-se a importância da avaliação das estratégias já existentes, possibilitando o aperfeiçoamento das políticas e a criação de medidas mais eficazes (2,3). Compreender as necessidades específicas desse público-alvo é fundamental para reduzir as taxas de suicídio e garantir uma infância e adolescência mais seguras e saudáveis.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.
- (2) Avanci JQ, et al. Violência autoprovocada em crianças e adolescentes, 2014-2018. Rio de Janeiro: CLAVES/Fiocruz; 2018. Relatório Final de Pesquisa/CNPq.
- (3) Tavares PHS. Ações de prevenção ao comportamento suicida na perspectiva do ciclo de vida e das especificidades sociais, étnico-raciais, de gênero e orientação sexual [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2023.
- (4) Brasil. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão

[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 2025 mar 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

- (5) Assis SG, et al. Resiliência como forma de enfrentamento da violência: ciência, teatro e grupos de sensibilização como linguagem que comunicam, integram e transformam. In: Assis SG, Silveira LMB, organizadores. O tema da violência no ensino em saúde coletiva: articulações com pesquisa e extensão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
- (6) Vieira GP, Dias ACG. Sentido de vida: compreendendo este desafiador campo de estudo. *Psicol USP* [Internet]. 2021;32:e200149. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200149>
- (7) Junior A, Pereira M. Autoviolência mediada pelas mídias digitais: uma introdução. In: Lima L, Navasconi PVP, organizadores. (Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriépistêmicos. Salvador: UFBA; 2022. p. 225-40. DOI:10.7476/9786556304991.0013

PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE A FAMÍLIA EM CONTEXTO DE FEMINICÍDIO NO MUNICÍPIO DE MANAUS - AMAZONAS

Polyana Peixoto Pinheiro¹

Gabrielle Galdino da Silva Maklouf²

Munique Therense Costa de Moraes Pontes³

Marcia Maria Moraes Silva⁴

INTRODUÇÃO

O feminicídio se manifesta como uma violação de direitos humanos, referindo-se à morte por razão de gênero que envolve dimensões históricas, políticas e culturais, marcadores interseccionais e agenciamentos do Estado diante das ausências e das famílias que se reorganizam. Em 2024, observou-se um agravamento deste fenômeno na América Latina: foram registradas 4.323 mortes por feminicídios e menos de 50% apresentaram informações sobre pessoas em situação de orfandade. Falamos portanto de 1 feminicídio a cada duas horas (1).

Considerando que a noção de saúde no campo da Saúde Coletiva está construída social e historicamente (2), que se relaciona às condições de vida dignas e as experiências pessoais e sociais dialeticamente envolvidas nesses acessos, e que a violência machista se apresenta no cotidiano afetando tanto as mulheres quanto suas filhas e filhos, pensou-se em uma pesquisa que se desenvolve nos diálogos feministas interseccionais e posicionada junto à justiça reprodutiva como direito humano de cuidar das filhas e filhos em segurança, sem coerção.

OBJETIVO

Este estudo se propõe a compreender os sentidos produzidos sobre a família em novos arranjos familiares onde se encontram os filhos e as filhas de mães mortas por feminicídio.

1 Psicóloga formada pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Formação Clínica em Psicologia Sócio-Histórica-Cultural (IPSH), Especialista em Psicologia em Saúde (Unigran), Mestranda em Saúde Coletiva (PPGSC/ UEA) e Pós-graduanda em Atenção Psicossocial e Direitos Humanos (TJAM). Psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM) e Defensoria Pública do Estado do Amazonas (DPE-AM). E-mail: polyanappinheiro@gmail.com.

2 Acadêmica de Medicina (UEA), bolsista de PAIC (UEA). E-mail: gabimaklouf16@gmail.com

3 Psicóloga formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Doutora em Saúde Coletiva (IMS- UERJ), Mestre em Psicologia (UFRN), Especialista em Psicologia Clínica Fenomenológico-Existencial (UFRN), Especialista em Educação na Saúde (USP). Professora da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e psicóloga do Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas (TJAM). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas (PPGSC-UEA) e do Programa de Pós-Graduação em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos da Universidade do Estado do Amazonas (PPGSP/ UEA). E-mail: mtherense@gmail.com

4 Assistente social na Defensoria Pública do Estado do Amazonas. Mestra em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (UFAM). E-mail: marciasillvva01@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa social no campo da Saúde Coletiva, nos feminismos interseccional, decolonial e na perspectiva do construcionismo social (3). Como ponto de partida, encontra-se o Projeto Órfãos do Feminicídio (DPE-AM) que acompanha famílias com crianças e adolescentes em situação de orfandade em Manaus (AM). Os interlocutores são integrantes de uma família acompanhada pelo Projeto, recomposta a partir do feminicídio de uma mulher, parda, mãe de três adolescentes em 2021. Neste estudo, contou-se com três integrantes, uma adolescente e dois adultos, assistidos pelos serviços de saúde, educação e assistência social, e do sistema de justiça. Durante o itinerário em campo, chegou-se ao encontro do projeto de extensão “Chegadas e Partidas, dignidade ao nascer, dignidade ao morrer” (UEA), edição Tabatinga (AM), que nos apresentou à outra integrante: mulher adulta em situação de orfandade por feminicídio há 18 anos. Foram realizadas entrevistas individuais entre junho de 2024 e janeiro de 2025 cujas narrativas encontram-se sob análise através dos Mapas Dialógicos (3). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa - UEA (parecer nº 6.947.316).

RESULTADOS

As narrativas dos participantes revelaram que a reorganização familiar pós-feminicídio se apresenta em trajetórias fluidas, não lineares, situadas como dispositivos que se constituem pelas e com as práticas sociais, pelas relações entre seus integrantes e o lugar onde vivem e transitam, pelos agenciamentos estatais no cotidiano que geram efeitos ambivalentes, ora na proteção, ora na desproteção e criminalização de arranjos que destoam dos modelos hegemônicos sobre famílias. Outro ponto desvelado pelas narrativas, são as práticas privadas de cuidado que se desenham nos contornos de famílias atravessadas pelas relações de poder engendradas no feminicídio, pelos processos de luto pessoal e social e as estruturas patriarcais que sustentam desigualdades transgeracionais de papéis de gênero nas relações de parentesco e filiação. Ainda nesse contexto, observou-se uma noção de família construída na ancestralidade, na noção de povo e território como identidade e pertencimento, onde as formas de solidariedade se entrelaçam junto às memórias de quem viveu e vive, de forma testemunhal, as repercussões do feminicídio no movimento que é nomear-se família.

CONSIDERAÇÕES

Faz-se necessário compreender que as mortes de mulheres por feminicídio afetam também as infâncias e adolescências que se constroem em contexto de sofrimento e privações de direitos onde estão expostas. As experiências de famílias recompostas por feminicídios são permeadas de afetos e redes protetivas alinhavado às práticas estatais que também integram a recomposição familiar e os ecos das violências de gênero que insistem em ser ouvidos. A pesquisa social no campo da Saúde Coletiva se apresenta como uma contribuição para reflexão sobre as políticas públicas de suporte às famílias, considerando as singularidades da reorganização após o feminicídio pautados na equidade, no direito de filhas e filhos serem criados sem violências, e a reafirmação do direito à memória como direito humano.

REFERÊNCIAS

- (1) Trogliero C. Mapa Latino-Americano de Feminicídios [homepage na Internet]. Continuam nos matando: 12 feminicídios por dia na América Latina e no Caribe. [citado 2025 abr 5]. Disponível em: <https://mundosur.org/nos-siguen-matando-12-feminicidios-por-dia-en-america-latina-y-el-caribe/>
- (2) Silva MJ de S, Schraiber LB, Mota A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis*. 2019;29(1):e290102. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>
- (3) Spink MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano [Internet]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010 [citado 2025 abr 5]. 72 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8r/pdf/spink-9788579820618.pdf>

QUALIFICAÇÃO DOS DADOS DE RAÇA/COR NAS NOTIFICAÇÕES DE HEPATITES VIRAIS: IMPACTO DAS INCONSISTÊNCIAS NA EQUIDADE

Sarah Yasmin Lucena Gomes¹

Carolina Simone Souza Adania

Elton Carlos de Almeida

José Nilton Gomes

Mário Peribanez Gonzalez

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A prevalência das hepatites virais no Brasil é um problema de saúde pública, cujas disparidades são ainda mais evidentes quando se observa a população negra. A coleta e qualificação dos dados de raça/cor são essenciais para compreender as desigualdades raciais em saúde, especialmente no contexto das hepatites virais, no entanto, a subnotificação e a ausência de dados precisos sobre esses aspectos dificultam o direcionamento de políticas públicas eficazes (1). As portarias nº 3.947/1998 e nº 344/2017 do Ministério da Saúde garantem a obrigatoriedade da coleta de dados sobre raça/cor nos serviços de saúde, uma ação fundamental para melhorar a visibilidade das disparidades e aprimorar a distribuição de recursos (2). A utilização do painel de inconsistência de dados na vigilância epidemiológica permite identificar falhas nos registros e possibilita ajustes nas estratégias de coleta, melhorando a precisão dos dados (3). Esses dados são cruciais para o monitoramento das hepatites virais, mas também para a criação de estratégias específicas para grupos populacionais mais vulneráveis.

OBJETIVO

Analisar a qualidade da inconsistência de dados relativos ao quesito raça/cor nas notificações de hepatites virais, e seu impacto na compreensão das desigualdades raciais em saúde e na formulação de políticas públicas mais equitativas.

METODOLOGIA

O estudo realizado possui um caráter exploratório e descritivo, com foco na análise das inconsistências presentes nos dados de notificações de hepatites virais, especialmente no que diz respeito ao quesito raça/cor. Para isso, utilizou-se o painel de indicadores de inconsistências do Dathi (<https://informacaohepatites.aids.gov.br/>) (4). O painel possibilita a visualização do número de casos de hepatites virais com alguma inconsistência/alerta; Casos de Hepatites Virais sem informação de escolaridade ou raça, entre outros. O período disponibilizado é de 2019 a 2023, e pode ser filtrado por Regiões do Brasil e por UF. Para o presente trabalho analisamos a identificação de falhas nos registros de informações nas cinco regiões do Brasil, ao longo de 2023.

1 Ministério da Saúde. E-mail: sarahlucenabs@gmail.com

RESULTADOS

A análise revelou que as inconsistências nas notificações de hepatites virais comprometem a coleta de dados sobre raça/cor, essencial para identificar disparidades no acesso à saúde e traçar estratégias de prevenção e controle das hepatites virais em populações mais vulnerabilizadas. As variações nos dados das diferentes regiões do Brasil evidenciam como as desigualdades no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença afetam, em maior medida, a população negra. O Nordeste, com o maior percentual de casos de inconsistências no campo raça/cor (8,5%), enfrenta desafios de desigualdade socioeconômica, baixa cobertura de serviços de saúde e maior exposição a fatores de risco. O Norte, com 5,8% de casos de inconsistências, compartilha problemas como vastidão territorial e pobreza, dificultando o acesso ao cuidado. Nas regiões Sul e Centro-Oeste (4,6% e 3,2%, respectivamente), a infraestrutura de saúde é mais desenvolvida, mas ainda existem desigualdades em áreas rurais, onde a população negra também é mais vulnerável. O Sudeste, com o menor percentual (2,9%), apresenta melhores condições de saúde, mas as políticas públicas devem ser inclusivas, abrangendo as populações negras e vulneráveis. A qualificação dos dados de raça/cor nas notificações é crucial para reduzir disparidades e aprimorar a resposta às hepatites virais (5).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Através dessa análise, foi possível verificar que muitas notificações de hepatites virais apresentavam lacunas, como a falta de dados sobre raça/cor ou informações inconsistentes. Isso dificultou a avaliação precisa da distribuição da doença entre diferentes grupos raciais, impactando diretamente a formulação de políticas públicas. A ausência desses dados essenciais impede a identificação mais acurada das populações mais vulneráveis, como a população negra, que, além de enfrentar desigualdades no acesso à saúde, se encontra em maior risco devido a fatores sociais e econômicos. A correção dessas inconsistências é crucial não apenas para garantir dados mais precisos, mas também para possibilitar a criação de estratégias de saúde pública mais inclusivas, que atendam de maneira eficaz às necessidades específicas de grupos étnico-raciais, promovendo, assim, maior equidade no acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento das hepatites virais no Brasil. Além disso, vale destacar a necessidade de iniciativas para a melhoria da qualidade dos dados, como a capacitação dos profissionais de saúde e reforço na obrigatoriedade do preenchimento desse campo (6).

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Institui a obrigatoriedade da coleta de dados sobre a cor/raça nos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [citado 2025 mar 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o

SUS. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 44 p. ISBN 978-85-334-2515-6. [citado 2025 mar 12]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/>

- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico de saúde da população negra vol.2. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. [citado 2025 mar 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-2-out.2023/view>
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI). Painel de Indicadores de Inconsistências. Brasília: Ministério da Saúde; [data desconhecida]. [citado 2025 mar 12]. Disponível em: <https://informacaohepatites.aids.gov.br/>
- (5) Brasil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Estatuto da Igualdade Racial. Brasília: Presidência da República; 2010. [citado 2025 mar 12]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm
- (6) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.947, de 1998. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. [citado 2025 mar 12]. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/sinan-legislacao#:~:text=Portaria%20n%C2%BA%203.947%2FGM%2FMS,dados%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde>.

REFLETINDO SOBRE A CONSTRUÇÃO DE SUBJETIVIDADES FEMININAS E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Maria Regina Bortolini¹

Ana Beatriz Gonçalves Mello²

INTRODUÇÃO

Desde a pandemia de Covid-19, o Laboratório de Estudos em Representações Sociais - LERS e o Coletivo Feminista – COFEM, do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto/Faculdade de Medicina, em Petrópolis, Rio de Janeiro vem desenvolvendo parceria no desenvolvimento de um grupo de estudos. O LERS é um grupo de pesquisa interdisciplinar no campo das Representações Sociais e Saúde, sobre temas relativos às transformações culturais e os processos psicossociais envolvidos na construção de representações no âmbito da saúde, especialmente na dimensão simbólica da constituição das subjetividades e identidades de gênero. O COFEM reúne estudantes de diferentes cursos com a finalidade de promover a reflexão e o ativismo em torno das questões de gênero. Nessa parceria, vem sendo realizados encontros virtuais quinzenais, através de plataforma digital, para estudo e discussão sobre obras de interesse. São trazidos destaques do capítulo estudado, dúvidas e interpretações sobre o texto. Depois do debate cada participante elabora um “diário reflexivo”, onde expressam suas reflexões e afetamentos a partir de manifestações artísticas colocando as obras em diálogo com a poesia, o cinema, a gravura, etc. Como grupo aberto, a quantidade e origem dos participantes varia. Mas, os encontros contam com cerca de 20 estudantes, majoritariamente do sexo feminino e da área da saúde.

OBJETIVO

Nosso objetivo é construir espaços de estudo e diálogo sobre as questões de gênero, articulando a leitura acadêmica, reflexão crítica sobre a saúde como prática social, a pluralidade nos modos de promover saúde e cuidado, e vivências coletivas sensíveis, criativas através de linguagens artísticas e culturais.

DESENVOLVIMENTO

Entre 2020/2021, tomou-se a obra “O segundo sexo”, de Simone de Beauvoir (1) (2) para compreender a construção social do feminino. No debate do volume 1, o grupo refletiu sobre as bases do patriarcado e as formas de dominação masculina. A análise do livro levou ao reconhecimento de como o masculino se coloca como o absoluto universal humano, e o feminino como o inessencial – o outro. E como essa concepção se legitima a partir de argumentos biologicistas, históricos e psicanalíticos. Esse debate exigiu do grupo um aprofundamento da compreensão de conceitos e contribuições das ciências

1 Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto/Faculdade de Medicina de Petrópolis. E-mail: reginabortolini@prof.unifase-rj.edu.br

2 Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto/Faculdade de Medicina de Petrópolis. E-mail: anabiagmello@gmail.com

humanas e sociais, do existencialismo e muitas reflexões filosóficas. A análise do segundo volume, seja porque o grupo já construía alguma intimidade, seja porque o conteúdo da obra materializa a discussão da condição da mulher em personagens e suas vivências, a discussão levou a uma abordagem mais pessoalizada, sensível, onde os relatos pessoais se entrelaçavam com as reflexões impostas pela obra.

Em 2022/2023, o grupo se dedicou ao estudo da obra “Tristes, loucas e más”, de Lisa Appignanesi (3). Num contexto de grandes transformações sociais, onde mulheres enfrentam dificuldades para se adequar a exigências conflitantes, com Ligia mergulhamos nos processos da marginalização e estigmatização que levou mulheres a serem confinadas, apartadas da sociedade como “loucas”, uma categoria de acusação com alto poder de contaminação, legitimada por visões de mundo e valores morais (4). Foi possível analisar o papel da ciência médica, em especial a Psiquiatria e a construção de um discurso médico-legal e todo um aparato institucional, em respaldar possibilidades de coerção, até mesmo policial, de mulheres com “problemas de saúde mental”. Depressão, melancolia, histeria, esquizofrenia e outras condições psíquicas, a relação entre sexualidade e saúde, médico e paciente, a clínica e a sociedade, foram analisadas numa perspectiva histórica (5-7) Mais uma vez, nos encontros emergem relatos pessoais e as discussões ultrapassam a fronteira do conhecimento acadêmico e expõem como potencial psicossocial, de cada uma de nós e de todas como um coletivo, é regulado pelas convenções e mesmo pelas ciências da saúde.

Os afetamentos produzidos pelo estudo deram origem em 2024 a *Exposição Tristes, Loucas e Más*, com pinturas, desenhos, colagens, instalações criadas pelas estudantes. Em visitas guiadas e rodas de conversa, trocamos vivências com universitários, adolescentes e de adultos de Centros de Assistência Psicossocial, escolas públicas e privadas, além do público em geral.

O uso de diferentes linguagens artísticas permitiu que cada estudante se expressasse de modo próprio, entrelaçando subjetividades e tocando em diversas dimensões das situações discutidas. No ato criativo, há um derramamento de emoções, nem sempre intencional e consciente. Teias sentidos e sensibilidades, expressando aspectos subjetivos, inter-subjetivos e epistêmicos.

CONCLUSÕES

Ao longo do projeto, foi possível observar o amadurecimento individual e coletivo na reflexão sobre a construção social do feminino, não apenas no âmbito acadêmico, mas especialmente, como uma trilha de autoconhecimento. A experiência se mostrou um espaço excepcional de articulação pesquisa-extensão-ensino para as participantes explorarem suas concepções acerca da saúde coletiva, ao considerar a dimensão social do processo saúde-doença, numa perspectiva crítica mas ao mesmo tempo sensível, contribuindo para uma formação em saúde comprometida com novo modelo de cuidado em saúde, que seja capaz de acolher os sujeitos na sua diversidade e humanidade. A arte é essa potência de ser, de ser com o outro, para o outro. E na potência do encontro sensível, (re)fazer sentidos, provocar fissuras em ideias e sensibilidades cristalizadas. Oportunidade inestimável, não só para a pessoa que cada uma é, mas também para as profissionais que queremos ser.

REFERÊNCIAS

- (1) Beauvoir S. O segundo sexo: fatos e mitos. 3ª ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2016. p. 339.
- (2) Beauvoir S. O segundo sexo: a experiência vivida. 3ª ed. Vol. 2. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2016. 557 p.
- (3) Appignanesi L. Tristes, loucas e más: a história das mulheres e seus médicos desde 1800. Mandin AM, tradutora. 1ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2011. 352 p.
- (4) Velho G. Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea. In: Velho G. Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1981. p. 55-64.
- (5) Foucault M. Microfísica do poder. Embu: Graal; 1979. p. 174.
- (6) Foucault M. Vigiar e punir: o nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1986. 288 p.
- (7) Foucault M. A história da loucura. São Paulo: Perspectiva; 2019. 608 p.

REFLEXÕES SOBRE MASCULINIDADES: A EXPERIÊNCIA DE UMA RODA DE CONVERSA

Vinicius Menezes Moreira¹
Carolina Simone Souza Adania

INTRODUÇÃO

As discussões sobre gênero têm avançado nas últimas décadas, mas a problematização das masculinidades ainda encontra resistências culturais, institucionais e subjetivas. A construção social do ser homem, marcada por ideais de força, racionalidade e dominação, contribui para o silenciamento de vulnerabilidades e para a reprodução de desigualdades. Nesse contexto, torna-se urgente a criação de espaços que permitam a escuta, a crítica e a ressignificação das experiências masculinas. Este trabalho apresenta a experiência de uma roda de conversa sobre masculinidades, organizada por estudantes universitários, como estratégia de enfrentamento ao machismo e promoção de uma cultura de equidade de gênero.

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo relatar e refletir sobre a experiência de uma roda de conversa focada em masculinidades, conduzida por estudantes universitários, e analisar suas contribuições para o debate público sobre gênero e machismo. A iniciativa surgiu da necessidade de criar um espaço de acolhimento, reflexão e provocação, favorecendo a desconstrução de comportamentos e discursos que reforçam desigualdades de gênero.

DESENVOLVIMENTO

A roda de conversa foi realizada em uma instituição de ensino superior, inicialmente com estudantes de psicologia e, posteriormente, com participantes de outros cursos, todos homens cis. Com encontros presenciais e virtuais, a metodologia baseou-se em três pilares principais: acolhimento, reflexão e provocação. Os temas abordados emergiram das vivências dos participantes e incluíram questões como violência, vulnerabilidades emocionais e papéis de gênero. Para favorecer a expressão subjetiva e evitar posturas defensivas, o grupo adotou uma abordagem de linguagem pessoal, incentivando falas baseadas no “eu sinto” e promovendo um espaço horizontal e não-hierárquico.

A masculinidade hegemônica, como descrita por Connell (1), muitas vezes impede que homens reconheçam e expressem suas vulnerabilidades, reforçando normas de controle emocional e aversão ao autocuidado. Essa resistência foi percebida nos encontros iniciais, nos quais muitos participantes

1 Faculdade Maria Thereza. E-mail: viniciusmenezesmoreira2011@gmail.com

demonstraram desconforto ao abordar suas fragilidades. No entanto, ao longo das sessões, a roda de conversa consolidou-se como um espaço seguro para compartilhar experiências e problematizar as consequências do machismo em diferentes dimensões da vida.

A experiência também evidenciou a necessidade de interseccionar discussões sobre masculinidade com fatores como raça, classe e sexualidade. Bourdieu ressalta que a dominação masculina se manifesta de maneira diferenciada a depender do contexto social (2), o que foi observado nos relatos dos participantes, que trouxeram experiências diversas sobre as pressões e expectativas relacionadas ao ser homem. Além disso, a reflexão sobre saúde mental foi central, alinhando-se a pesquisas que apontam como a rigidez dos modelos de masculinidade tradicional afeta o bem-estar dos homens (3).

A partir da experiência das rodas de conversa, foi observada a necessidade de ações institucionais para transformar as dinâmicas sociais que perpetuam o machismo. Inspirando-se em discussões sobre gênero e performatividade (4), os participantes passaram a reconhecer a masculinidade não como algo fixo, mas como um processo em constante resignificação, aberto a mudanças e novas formas de expressão.

CONSIDERAÇÕES

A experiência da roda de conversa demonstrou o potencial transformador de espaços horizontais de escuta entre homens. A construção coletiva de sentidos sobre masculinidades permitiu reconhecer os impactos negativos da norma hegemônica e apontar caminhos para subjetividades mais plurais, críticas e saudáveis. Defendemos que ações como esta sejam fortalecidas em instituições de ensino e demais espaços sociais como estratégia de promoção de equidade de gênero e saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Connell R. Masculinities. Berkeley (CA): University of California Press; 1995.
- (2) Bourdieu P. A dominação masculina. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.
- (3) Sabo D, Gordon DF, organizadores. Men's health and illness: gender, power, and the body. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1995.
- (4) Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1990.

SALUD COMUNITARIA-ARQUITECTURA COMUNITARIA: APORTES DE UN DISPOSITIVO INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL DE SALUD PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE INTEGRACIÓN SOCIO-URBANA

Beatriz Morrone¹

Fernando A. Cacopardo²

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

Presentamos las experiencias territoriales, interdisciplinarias e intersectoriales en asentamientos populares de la ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires. En el marco del abordaje de la emergencia habitacional desde la perspectiva de la Salud Comunitaria y su ineludible intersección con la Arquitectura Comunitaria. Barrios Caribe y Villa Evita en el periodo 2023-2024 en el marco de Proyecto de Obras Tempranas (POT) de la Secretaría Nacional de Integración Socio Urbana de Integración Socio Urbana (SISU).

Llevado a cabo por grupo Ciencia y Tecnología del Habitar Popular del IIDUTyV-FADU-UNMdP y Colectivo Fundación Soporte. Profesionales investigadores en territorio con becarios doctorales y pos doctorales.

Desde el 1998 registramos experiencias previas de trabajos humanitarios habitacionales más acotados a cargo del equipo profesional y técnico en barrios Santa Rosa del Mar, Nuevo Golf, Camet, Monte Terrabusi, Parque Peña y Autódromo.

El problema se enmarca en el acceso a la Salud en sectores populares, entendiendo a *la vivienda como un determinante social clave de la salud de la población y de las inequidades en salud*. La vivienda y la infraestructura comprendidas como articuladores de procesos de aumento o reducción de inequidades en salud.

OBJETIVO

Proyecto Ciencia y política en contextos emergentes: tecnología de gestión y políticas. En esta presentación:

Analizar la estrecha y directa relación existente entre la prestación de servicios públicos esenciales y los Derechos Humanos.

Indagar prácticas para la salud personal, familiar y comunitaria, en el nuevo contexto de mejoras en un marco territorial situado.

1 Grupo de Investigación “Ciencia y tecnología del habitar popular” (CyTHaP) FADU- UNMdP. Grupo de Investigación “Promoción de la Salud”. CESyS- FCsyTS- UNMdP. Colectivo Fundación Soporte. E-mail: bmorrone2015@gmail.com

2 CONICET. Grupo de Investigación “Ciencia y tecnología del habitar popular” (CyTHaP) FADU- UNMdP Instituto de Investigaciones en Desarrollo Urbano, Tecnología (IIDUTyV)-FADU- UNMdP. Colectivo Fundación Soporte. E-mail: cacopardofernando@gmail.com

Aportar a la discusión sobre las relaciones entre ciencia y política en barrios populares en contexto de violencia sistémica.

DESARROLLO

En 2023 estaban inscriptos en el ReNaBaP, 71 barrios populares y 13.449 familias en MdP. El trabajo territorial en Caribe 2020-2024 (1), proyecto equipamiento e infraestructura de agua, electricidad, núcleos húmedos, biodigestores, mejoras en viviendas, torres sanitarias, red peatonal, rampas, puentes sobre un arroyo, comedores comunitarios y plaza.

La experiencia Villa Evita, asentamiento de 1980, viven más de 120 familias, el más populoso de la ciudad. El Censo 2010 registro 4470 viviendas, 4828 familias, con 75 % NBI. Sin servicios básicos. Casillas asentadas sobre las vías del ferrocarril en desuso. Se realizaron **340 conexiones eléctricas, 340 de cloacas y 340 de agua, red peatonal, mejoramiento del comedor. Se asistió a 60 familias sin baño, ni letrina (2).**

En los Proyectos de Integración Socio Urbana (3) se identificaron un conjunto de obstáculos de distinto orden que implican impedimentos graves para efectivizar el acceso a la salud, propios del sistema, de la percepción popular de riesgo, de comunicación con las estructuras y dependencias de salud, como también barreras disciplinares en relación a los alcances y fragmentaciones históricas en la manera de comprender, definir y abordar problemas y soluciones.

Limitaciones en dos niveles, por un lado la fragmentación dominante en la identificación de problemas y sus soluciones, y por otro, la deficitaria presencia de profesionales de la salud en sitios vulnerables en proyectos interdisciplinarios.

La discriminación incrementa la desigualdad económica y social. Así como la pobreza incrementa el riesgo de discapacidades.

La discapacidad incrementa el riesgo de profundizar la pobreza de la persona y su entorno familiar. En adultos los hacen invisibles, el hábitat obstaculiza desplazarse, vidas puertas adentro.

La asistencia socio-sanitaria se complejiza frente a los riesgos ambientales (basura, roedores, chatarrerías, residuos químicos, basurales) y baja percepción de riesgos. Obstáculos en el hábitat precario, laboral, espacio público y medios de transporte bicicletas y motos.

Acompañamos las necesidades de personas y familias con patologías oncológicas, cardiológicas, neumológicas, musculo esqueléticas, neurológicas, endocrinológicas y de Salud Mental. Discapacidades congénitas. Mujeres solas a cargo de familias numerosas. Provisión de estufas sociales y mejoras específicas en sus viviendas. Talleres de género y salud. Analfabetismo: programa de alfabetización. Asesoramos trámites para la Seguridad Social.

Empleos precarizados. Consumo problemático de sustancias genera conflictividad familiar y vecinal. Violencia, inseguridad.

Se organizaron Cooperativas de trabajo con prioridad para vecinas/os y capacitaciones para integrar las cuadrillas. Se generó empleo formal y capacitación técnica.

No hubo modificaciones sustanciales en prácticas para la salud personal, familiar y comunitaria en el contexto de mejoras.

CONSIDERACIONES

Vivir en la pobreza conlleva trabajar y habitar en entornos peligrosos. Las personas nacidas en contextos de pobreza tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades por carencias, sean estas alimentarias o no. El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado entendido como una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural así como de las condiciones materiales de vida. Utilizando el enfoque socio-técnico, generar dispositivos comunitarios heterogéneos, intersectoriales, vecinales, institucionales y profesionales situados que enlacen y articulen con más eficacia el capital institucional instalado en los territorios locales y contribuya a otros modos territorializados y democráticos de gobernanza para la problemática en y de la salud en los barrios populares.

REFERENCIAS

- (1) Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo 2010 [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2010 [citado 2025 nov 6]. Disponible en: <https://pihv.habitat.gob.ar/proyecto/1305>
- (2) Argentina. Ministerio de Hábitat y Vivienda. Proyecto 1305 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Hábitat y Vivienda; [citado 2025 nov 6]. Disponible en: <https://pihv.habitat.gob.ar/proyecto/1305>
- (3) Argentina. Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat. Programa Integral de Hábitat y Vivienda [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat; [citado 2025 nov 6]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/programa-integral-de-habitat-y-vivienda>

SALUD Y SEXUALIDAD EN GRUPOS PARA VARONES QUE EJERCEN VIOLENCIA DE GÉNERO ¿PUEDE LA ESI SER UNA HERRAMIENTA PARA LA INTERVENCIÓN?

Lucas Serra¹

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se inscribe en experiencias de abordaje con masculinidades especialmente en registros etnográficos y sistematizaciones de trabajo con varones cis que concurren al “Dispositivo grupal para varones que ejercen violencia de género en sus relaciones sexoafectivas” dependiente de la Dirección de Políticas de Género del Municipio de General Pueyrredon (Buenos Aires, Argentina) y del Dispositivo “Interpelando Masculinidades” dependiente del Programa Integral de Políticas de Género de la Universidad Nacional de Mar del Plata, durante el período 2022-2024.

Este artículo se configura como parte de un proyecto más amplio que se enmarca en el proceso de desarrollo de la Tesis de Maestría en Género, Sociedad y Políticas de FLACSO. El proyecto se inscribe dentro del campo disciplinar de la Sociología y dentro de los denominados estudios de género con enfoque de masculinidades. De las diversas dimensiones en que se desarrollan los procesos de construcción de masculinidad (1), el presente trabajo se centra específicamente en el análisis de los aspectos ligados a la salud y la sexualidad, así como en la exploración de temáticas y recursos didácticos ligados a la ESI en los grupos referidos.

OBJETIVO

Explorar las representaciones e imaginarios de los participantes de los dispositivos para varones que ejercen violencia de género (VEVG) respecto de la salud y la sexualidad a partir de sus experiencias vitales compartidas en los encuentros grupales. A partir de las experiencias situadas en los dispositivos, analizar la potencialidad que se deriva de la implementación de contenidos, recursos didácticos y pedagógicos ligados a la Educación Sexual Integral en los dispositivos grupales para VEVG.

DESARROLLO

La sexualidad es un campo central en la comprensión de las identidades masculinas con repercusiones diversas en la salud (2), a la vez esta dimensión de análisis permite interpelar las prácticas sexuales de los varones y las formas en que estas tienden a estar siempre atravesadas por el eje del poder.

En las experiencias narradas por los varones asistentes a los dispositivos se puede observar como las conductas asociadas al ideal de la masculinidad hegemónica los ubican en situaciones de vulnerabilidad (3). La edad de los usuarios, mayoritariamente en una franja etaria de 35 a 50 años,

1 Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina, Dirección General de Políticas de Género del Municipio de Gral. Pueyrredon, Buenos Aires Argentina. E-mail: serralucaspablo@gmail.com

sumada a la temprana interrupción de su trayectoria escolar, implica que no hayan recibido ESI durante su experiencia educativa. Lo cual no significa que no recibieron educación sexual, puesto que siempre existió una “educación sexual” (4) cuyo sentido primordial es preservar el orden social de género establecido y en el caso de los varones reforzar mandatos de la masculinidad normativa.

El punto de partida de la experiencia en los dispositivos utilizó como base conceptual los cinco ejes de la ESI y su abordaje interrelacionado (5), en función de los ejes se desarrolló en los encuentros grupales los siguientes nodos problemáticos con diferentes propuestas didácticas:

- autocuidados y acceso a la salud preventiva
- derechos y facilitadores en el acceso a la salud
- mitos y consultas sobre salud sexual y reproductiva en los varones
- involucramiento en las tareas de cuidado familiar
- ejercicio de la paternidad y ESI
- disidencias sexuales y otras formas de expresar la masculinidad
- consentimiento en las relaciones sexuales
- violencia sexual en los vínculos sexoafectivos
- pornografía y deseo masculino

CONSIDERACIONES

El abordaje en salud y sexualidad en los grupos para VEVG es una dimensión central para componer un proceso reflexivos que interpele la propia construcción de masculinidad y el ejercicio de violencia. La ESI como tal es una política educativa sin embargo su implementación en el abordaje específico de las masculinidades y en particular en los dispositivos para VEVG contiene una gran potencialidad como herramienta pedagógica. La incorporación de la perspectiva de la ESI, permitió abordar temáticas ligadas a la salud integral y la sexualidad de un modo no patologizante ni punitivista. La ESI habilita una dimensión reflexiva que interpela la propia trayectoria socializante y la educación en género recibida por los usuarios varones basada en el aprendizaje de las llamadas pedagogías de la crueldad. Por oposición, la incorporación de la ESI en los grupos para VEVG es una clave de intervención para desarrollar una contra-pedagogía de la crueldad, definida como contra-pedagogía del poder y, por lo tanto, “una contra-pedagogía del patriarcado, porque ella se contrapone a los elementos distintivos del orden patriarcal”(6).

REFERENCIAS

- (1) Connell R. Masculinidades. 1ª ed. esp. México (DF): UNAM; 2003. 355 p.
- (2) De Keijzer B. La masculinidad como factor de riesgo. In: Tuñón E, organizadora. Género y salud en el sureste de México. Villahermosa: ECOSUR; Universidad Autónoma de Tabasco; 1998. p. 67-81.
- (3) Tajer D, Reid GB, Lo Russo AI, Gaba MR, Fernández Romeral J, Saavedra LD, et al. Barreras de género en la prevención y atención de la salud de varones adolescentes: significados y prácticas de usuarios y profesionales de la salud. In: X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; XXV Jornadas de Investigación; XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR; 2018 nov 28–dic 1; Buenos Aires. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2018. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-122/196.pdf>
- (4) Morgade G. Aprender a ser mujer, aprender a ser varón: relaciones de género y educación. Esbozo de un programa de acción. Buenos Aires: Noveduc; 2001. 308 p.
- (5) Marina M, Garibaldi M, Martín P, Montes M, Bilder P, Nimo MC, et al. Clase 2: Los ejes de la ESI. Educación Sexual Integral, Especialización docente de nivel superior en educación y TIC. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación; 2014 [citado 2025 abr 27]. 9 p. Disponible en: <https://direcciongeneraldeeducacionprimaria.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/05/1c-los-ejes-de-la-esi.pdf>
- (6) Segato R. Contrapedagogías de la crueldad. Buenos Aires: Prometeo; 2018. 142 p.

SAÚDE MENTAL E RACISMO: A FUNÇÃO DA RAÇA NA PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE, VIOLÊNCIA E ADOECIMENTO MENTAL

Armando Luís de Oliveira¹

APRESENTAÇÃO

A violência estrutural, o preconceito racial e as discriminações cotidianas afetam diretamente a saúde mental, principalmente das populações negras e periféricas, resultando em altos índices de adoecimento mental (1). A vivência de situações de discriminação racial, seja em espaços públicos ou privados, contribui significativamente para o desenvolvimento de transtornos como ansiedade, depressão e transtornos pós-traumáticos (2,3).

Ademais, ao longo da história, a população negra tem sido historicamente estigmatizada, e essa marca não se limita às dimensões sociais e econômicas, mas também à esfera psíquica, afetando a construção da subjetividade desses indivíduos (4,5). Neste contexto, o racismo se configura como um fator de risco fundamental para o adoecimento mental, tornando-se essencial a análise das interações entre o processo de exclusão racial e o impacto psicossocial sobre as vítimas. Acredita-se que há relação entre raça, racismo e saúde mental, colocando-se como um dos elementos balizadores na produção de subjetividade, violência e adoecimento mental (6).

Portanto, o racismo, configurado como violência, é um fator de risco fundamental para o adoecimento mental, tornando-se essencial a análise das interações entre o processo de exclusão racial e o impacto psicossocial sobre as vítimas (7). O racismo, além de atos explícitos de discriminação, é um processo estrutural que molda a realidade cotidiana das pessoas negras, produzindo um ambiente constante de vulnerabilidade emocional e adoecimento mental. Para isso, necessitamos do desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes e inclusivas, que não apenas combatam as manifestações evidentes de preconceito, mas também enfrentem as causas estruturais que perpetuam a desigualdade racial.

METODOLOGIA

O projeto de pesquisa está ancorado no método materialista histórico-dialético que nos permite pensar a relação entre raça, racismo na produção de subjetividade, violência e adoecimento mental, bem como analisá-lo sob uma perspectiva de complexidade, de forma a podermos perceber as mediações e determinações presentes para a compreensão da saúde mental da população negra, sua relação e lugar na sociedade contemporânea (8).

1 Armando Luís de Oliveira: mestrando do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSS/UFRJ); Psicólogo, Sociólogo, Psicanalista; Bolsista FAPERJ Nota 10; Integrante do Laboratório de Estudos em Políticas Públicas, Trabalho e Sociabilidade da Escola de Serviço Social da UFRJ (LEPPTraS/ESS/UFRJ/CNPq). E-mail: armandoluis@id.uff.br.

A pesquisa fará uma revisão bibliográfica em livros, artigos e materiais que tratem de saúde mental, raça, racismo estrutural, subjetividade, assim como busca documental em registros históricos de arquivos públicos. O material será lido e articulará os conteúdos se dará à luz da teoria social crítica materialista histórico-dialética, capaz de expor a racionalidade subjacente ao processo complexo do violento racismo na produção do adoecimento mental da população negra. As fontes de dados foram analisadas de forma crítica e contextualizada, priorizando um olhar que considere a multiplicidade das realidades vividas pelas populações marginalizadas (9).

RESULTADOS

Os resultados encontrados indicam que a vivência de práticas racistas e a exposição contínua a estigmatizações afetam diretamente a saúde mental dos indivíduos negros (1). As experiências cotidianas de discriminação racial aumentam significativamente os níveis de estresse psicológico, promovendo a sensação de desamparo e impotência (2). A exposição ao racismo, especialmente em contextos urbanos, pode levar a um processo de internalização da inferioridade racial, intensificando quadros de depressão e ansiedade (3).

Além disso, a violência simbólica – como a marginalização e invisibilização da cultura negra – tem sido apontada como um dos principais fatores que perpetuam o adoecimento mental na população negra (4). Para muitos indivíduos negros, o racismo é uma experiência traumática que contribui para o desenvolvimento de transtornos relacionados ao estresse pós-traumático (TEPT), afetando a qualidade de vida e a saúde psíquica (5).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A pesquisa evidenciou que o racismo, além de ser uma forma de violência física e social, é um determinante poderoso no adoecimento mental da população negra. A internalização das violências raciais e a constante exposição ao estigma racial impactam diretamente o processo de subjetivação desses indivíduos (10), gerando um ciclo contínuo de sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

- (1) Fanon F. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA; 2008.
- (2) Nogueira CF, Silva EL, Gomes RJ. Racismo e saúde mental: uma revisão crítica da literatura. *Rev Bras Saúde Coletiva*. 2018;16(4):75–89.
- (3) Silva MD, Gomes VF. A relação entre racismo e adoecimento mental: uma análise das causas e consequências. *Estud Psicol Soc Comunitária*. 2019;17(2):134–149. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1753>
- (4) Freitas AL. O impacto do racismo na saúde mental da população negra. *Rev Psicol Saúde Pública*. 2020;34(2):112–128.
- (5) Mendes PA, Souza TL. Racismo e sofrimento psíquico: análise de dados epidemiológicos no Brasil. *Rev Latinoam Saúde Ment*. 2021;21(3):256–270.

- (6) Bento C. A saúde mental da população negra: reflexões e perspectivas. São Paulo: Hucitec; 2007.
- (7) Nascimento A. O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado. São Paulo: Perspectiva; 2016.
- (8) Fanon F. Os condenados da Terra. Rio de Janeiro: Zahar; 2022.
- (9) Almeida SL. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: Letramento; 2018.
- (10) Gonzalez L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. Rev Ciênc Soc Hoje. 1984;;223-244.

SAÚDE MENTAL NA PÓS-GRADUAÇÃO BRASILEIRA: UMA REALIDADE ESQUECIDA

Naiana Carvalho da Cunha¹

Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira

INTRODUÇÃO

A pós-graduação, especialmente em nível de doutorado, é vista como um período de excelência acadêmica, onde pesquisadores devem produzir conhecimento inovador e desenvolver suas carreiras científicas. No entanto, por trás dessa imagem de sucesso, há uma crescente incidência de problemas de saúde mental impulsionada pela pressão por produtividade e resultados. Ansiedade, depressão, burnout e, em casos extremos, ideação suicida, têm sido frequentemente relatados, o que levanta questões urgentes sobre o custo humano da produção acadêmica. A cultura da produtividade, que valoriza a quantidade de publicações e a velocidade da produção científica cria um ambiente competitivo e estressante. A falta de suporte institucional, a incerteza profissional e a dificuldade em conciliar vida pessoal e acadêmica agravam esses problemas.

Este estudo é um ensaio teórico sobre a saúde mental de doutorandos focado na relação entre a pressão acadêmica e o desenvolvimento de transtornos psicológicos. Por meio de revisão de literatura, buscou-se compreender os fatores de estresse enfrentados por esses pesquisadores, os impactos em sua qualidade de vida e desempenho acadêmico. Ao investigar essa temática promoveu-se ao final do ensaio uma reflexão crítica sobre os valores que orientam a produção acadêmica.

DESENVOLVIMENTO

A experiência de um doutorando é permeada por demandas intensas e multifacetadas. Além de conduzir pesquisas complexas e inéditas, espera-se que eles publiquem artigos em revistas de alto impacto, participem de congressos, ministrem aulas e, em muitos casos, conciliem essas atividades com outras obrigações profissionais, uma vez que o valor da bolsa de pesquisa fornecida pelas agências de fomento não contempla todos os gastos. Essa carga excessiva de trabalho é agravada pela cultura da produtividade que valoriza a quantidade de publicações e a velocidade da produção científica em detrimento da qualidade e do bem-estar dos pesquisadores.

Esse fenômeno pôde ser observado em um estudo realizado com mais de 3.500 doutorandos belgas, que revelou que 32% dos participantes apresentavam sintomas de distúrbios psicológicos como ansiedade e depressão. O interessante desse estudo foi a constatação de que o risco de desenvolver tais transtornos era duas vezes maior entre doutorandos em comparação com outros grupos de profissionais com alto nível de educação (1).

1 Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ (IMS/ UERJ) na linha de Políticas, planejamento e administração em saúde (PPAS). E-mail: naiccunha@hotmail.com.

No Brasil, a realidade não é diferente. Uma pesquisa realizada pela Associação Nacional dos Pós-Graduandos apontou que 80% dos doutorandos brasileiros sofrem com estresse crônico e 40% já apresentaram sintomas de burnout (2). A falta de estrutura adequada nas universidades, a escassez de bolsas de estudo e a dificuldade em conciliar vida pessoal e acadêmica são fatores que agravam ainda mais a situação. Para muitos, o doutorado deixa de ser uma jornada de aprendizado e transforma-se em uma fonte constante de angústia e exaustão.

A falta de suporte psicológico nas universidades agrava ainda mais a situação. Muitos doutorandos relatam sentir-se isolados e desamparados, sem acesso a serviços de saúde mental adequados. Um levantamento realizado na Universidade de São Paulo mostrou que 65% dos doutorandos apresentam sintomas de ansiedade, e 50% relatam sinais de depressão (3). No entanto, a maioria desses pesquisadores não busca ajuda profissional devido ao estigma associado a problemas de saúde mental e à falta de tempo para cuidar de si mesmos.

Uma questão importante ao falar desse tema é que, apesar da gravidade do problema, há uma carência significativa de dados nacionais abrangentes sobre a saúde mental de doutorandos no Brasil. Enquanto países como Bélgica e Estados Unidos têm estudos que relacionam a pressão acadêmica ao adoecimento mental (1,4), no Brasil, as pesquisas são pontuais e muitas vezes limitadas a instituições específicas. Por exemplo, um estudo da Universidade Federal de Minas Gerais mostrou que 70% dos doutorandos se sentem sobrecarregados, e 25% já consideraram abandonar o programa devido ao estresse (5). No entanto, esses dados não refletem a realidade de todo o país, deixando lacunas importantes na compreensão do problema.

Embora não haja estatísticas nacionais sobre suicídio entre doutorandos, relatos isolados e estudos qualitativos sugerem que a pressão acadêmica pode levar a desfechos trágicos. Em 2019, o suicídio de uma doutoranda da Universidade Federal do Rio de Janeiro chamou a atenção para a falta de suporte psicológico nas universidades. Um estudo qualitativo realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul identificou que 15% dos doutorandos entrevistados já haviam pensado em suicídio durante o programa (6). Além disso, organizações de apoio emocional como o CVV vêm alertando para o crescimento dos casos de suicídio entre universitários (7).

CONSIDERAÇÕES

Como pôde-se perceber, a saúde mental de doutorandos no Brasil é um tema que precisa ser urgentemente colocado em pauta. Apesar da escassez de dados nacionais, os estudos disponíveis apontam para um cenário crítico, marcado por altos níveis de estresse, ansiedade, depressão e burnout.

Diante desse cenário, é imperativo questionar os valores que sustentam a academia. A busca pela excelência científica não pode continuar ignorando o custo humano. Para mudar essa realidade, é necessário investir em pesquisas abrangentes que quantifiquem e qualifiquem os problemas de saúde mental entre doutorandos, além de implementar políticas públicas e institucionais que promovam um ambiente acadêmico mais saudável e inclusivo.

REFERÊNCIAS

- (1) Levecque K, Anseel F, De Beuckelaer A, Van der Heyden J, Gisle L. Work organization and mental health problems in PhD students. *Res Policy* [Internet]. 2017 [citado 2025 fev 17];46(4):868-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.respol.2017.02.008>
- (2) Junta C. Associação Nacional dos Pós-Graduandos (ANPG). Estresse e depressão na pós-graduação: uma realidade que a academia insiste em não ver [Internet]. 2017 [citado 2025 mar 3]. Disponível em: <https://www.anpg.org.br/2017/04/estresse-e-depressao-na-pos-graduacao-uma-realidade-que-a-academia-insiste-em-nao-ver/>
- (3) Pontes FM. Ansiedade, estresse, depressão e qualidade de vida: um estudo com pós-graduandos da Universidade de São Paulo [dissertação na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018 [citado 2025 mar 2]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-24042019-175415/>
- (4) Vanderford NL, Evans TM, Prasad J, Bira L, Thorton JE. Evidence for a mental health crisis in graduate education. *Nat Biotechnol* [Internet]. 2018 [citado 2025 mar 25];36(3):282-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nbt.4089>
- (5) Pereira VH. Determinantes de processo de evasão de estudantes dos cursos de pós-graduação stricto sensu em Contabilidade no Brasil [dissertação na Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2019 [citado 2025 mar 3]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-BADGUS>
- (6) Hanzen E. Depressão, ansiedade e esgotamento afetam cada vez mais estudantes, e suicídio é uma das principais causas de morte entre jovens [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2023 [citado 2025 mar 2]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jornal/depressao-ansiedade-e-esgotamento-afetam-cada-vez-mais-estudantes-e-suicidio-e-uma-das-principais-causas-de-morte-entre-jovens/>
- (7) Centro de Valorização da Vida (CVV – Belém, PA). Suicídio entre universitários [Internet]. Belém: CVV; 2021 [citado 2025 mar 3]. Disponível em: <https://cvv.org.br/suicidio-entre-universitarios/>

SOB A LUZ DO CARROSSEL: UMA CONSTRUÇÃO ENTRE RAÇA, POLÍTICAS PÚBLICAS E PSICANÁLISE

Thaís Mariani Braz¹

Nilda Martins Sirelli²

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Jorge Amado, alinhado ao “romance de 30”, realizou sua escrita de “Capitães da areia” atrelado aos aspectos sociais, como a liberdade religiosa, a liberdade sexual, o empobrecimento material de crianças órfãs, a eugenia e o discurso higienista das instituições da época, a punição de menores infratores, a vulnerabilidade dos mais pobres às epidemias e a desigualdade entre os brasileiros.

O escritor representou a vivência de crianças abandonadas e praticantes de furtos na cidade de Salvador. Poderíamos pensar no abandono a partir dos cuidadores das crianças, por exemplo, na passagem: “Havia, é verdade, a grande liberdade das ruas. Mas havia também o abandono de qualquer carinho, a falta de todas as palavras boas.” (1, p. 36). Entretanto, logo depois, ele escreve histórias que dizem sobre o parentesco dos Capitães, como por exemplo, o “chefe dos Capitães” ficou abandonado, pois seu pai - trabalhador das docas e crítico da precariedade do trabalho, teve como causa da morte a luta por um lugar diferente para pessoas como ele na sociedade. Outra história é sobre o pai do “João Grande” - que morreu enquanto trabalhava. Já os pais da “Dora” morreram em uma epidemia. (1). Vemos assim, os efeitos da negligência do Estado sob seus cidadãos, e seus impactos geracionais.

OBJETIVO

No “Jornal da Tarde”, as denominações referidas ao grupo enquadram-se em “atividades criminosas”, “grupos de meninos assaltantes” e “ladrões” não possuidores dos aclamados “valores cristãos” e que “infestam” as ruas por onde os moradores da região circulam. O objetivo é apresentar uma análise de alguns discursos e práticas da contemporaneidade direcionados aos jovens que cumprem medidas socioeducativas, e seus efeitos de subjetivação por meio de referenciais da psicanálise.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi uma revisão bibliográfica narrativa, nas bases científicas a fim de buscar elementos que fundamentam as nossas indagações. Utilizamos uma produção literária brasileira como disparadora de reflexão - “Capitães da areia” - do romancista Jorge Amado, publicada no ano da instauração do Estado Novo.

1 Psicóloga, mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal Fluminense. E-mail: psi.thaismarianibraz@gmail.com

2 Professora adjunta do curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Doutora em Memória Social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Pós doutoranda pelo programa de Pós graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: nildasirelli@id.uff.br

Abordamos os “Capitães” como representantes do investimento que o Estado brasileiro direcionou à construção do menor delinquente. Nosso intuito foi investigar os discursos sociais que depositaram lugares de segregação àqueles que restam como sintomas da civilização e compreender quais concepções continuam produzindo efeitos na contemporaneidade.

Além disso, procuramos relacionar a conceituação de “racismo de Estado” e “Necropolítica” (2) com os estudos da psicologia social brasileira sobre as concepções raciais que fundamentaram um determinado saber sobre as dinâmicas produzidas pelo Estado brasileiro sob a sua população. Fez-se pertinente investigar o conceito de desamparo na Psicanálise freudiana (3) e sua implicação na constituição de políticas públicas.

RESULTADOS

Vimos em Foucault (4) que há uma tentativa do Estado de manter uma ordem social silenciando a guerra contínua presente no funcionamento das sociedades, podemos, então, analisar como a “democracia racial” foi a tentativa do Estado brasileiro de manter uma ordem inexistente, já que, enquanto proclamava que todos eram tratados da mesma forma, criava políticas de “fazer viver e deixar morrer”

Pudemos perceber mudanças teóricas no trato com as crianças e adolescentes que são direcionados a cumprir medidas socioeducativas, já que, outrora não havia a concepção democrática destes serem sujeitos de direitos. Com a Era Vargas, o Estado começou a ver a criança como futuro da sociedade, a se preocupar com o bem-estar da família e a valorizar a educação. Passamos a perceber o estigma do “abandonado e delinquente” como um produto de um discurso voltado para a “normalização” da sociedade.

Em “Discriminação e desigualdades no Brasil”, Hasenbalg (5) explorou a falácia da “democracia racial” demonstrando como esse constructo faz imperar uma suposta “paz social” que não existe. Dessa forma, apontar o Brasil como o país da democracia racial serve para deixar um potencial conflito silenciado, pois como transmite a ideia de que já teríamos alcançado a integração racial, as lutas políticas por mudanças sociais são domadas e as diferenças sociais viram uma questão individual, ao invés de ser um problema social.

Pudemos observar que o racismo possui uma posição de regulador das relações “normais” na sociedade brasileira, pois esta foi construída no silenciamento da escravização, o que impossibilitou a vivência do luto e da elaboração da discriminação racial pelo povo brasileiro, produzindo consequências segregacionistas que perduram até os dias atuais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Compreendemos que cada analista deve ter a posição ética de lutar por políticas públicas, para que a pulsão possa encontrar vias menos mortíferas de se satisfazer. Além disso, escutar os sujeitos, que

muitas vezes estão identificados a posição de não ser cidadão, como sendo um resto que não pode ser integrado, uma “morte social”.

Procuramos nesta pesquisa analisar as ações socioeducativas e o papel do psicólogo nas instituições do Estado. Vimos que os sujeitos se constroem a partir dos discursos das pessoas que investiram algo neles, sendo assim, concluímos que os investimentos do Estado podem propiciar vida ou morte, sendo assim, a prática profissional do psicólogo nas instituições de medidas socioeducativas deve estar orientada pela efetivação das políticas públicas construídas ao longo dos anos, e junto a isso, pela escuta dos sujeitos, isto é, escutar a repetição e possibilitar a elaboração para que estes possam se separar dos discursos que os assujeitam.

REFERÊNCIAS

- (1) Amado J. Capitães da areia. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2009.
- (2) Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: n-1 edições; 2018.
- (3) Freud S. O mal-estar na civilização. Obras completas. v.18. Trad. Souza PC. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
- (4) Foucault M. Em defesa da sociedade: curso dado no Collège de France (1975-1976). 2ª ed. Trad. Galvão ME. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2012.
- (5) Hasenbalg C. Discriminação e desigualdades raciais no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora UFMG; 2005.

TECNOLOGIA EDUCATIVA COMO RECURSO PARA IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA AO OLHAR DE GENTANTES E PUÉRPERAS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Jeremias Campos Simões¹

Ellen Milana Azevedo de Souza

Louise Dutra E Mello de Oliveira

Thaís Rossetto Bispo

Gabrielly Alves Sales

Sandra Maria do Amaral Chaves

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A gestação, historicamente vivenciada como uma experiência individual da mulher, envolve transformações físicas, emocionais e sociais. No século XIX, os partos eram majoritariamente assistidos por parteiras, no entanto em decorrência da institucionalização, da medicalização do parto no século XX, associadas ao avanço tecnológico, o processo de parir foi deslocado para o ambiente hospitalar. Isso contribuiu para a redução da mortalidade materna e neonatal em casos de risco, mas também intensificou a assimetria nas relações sociais entre profissionais e parturientes, marcadas por comunicações técnicas e desumanizadas (1).

Em 2020, o Sistema Nacional de Nascidos Vivos apontou que a região Sudeste concentrou o maior número de cesáreas no país, totalizando 622.591, frente a 429.348 partos vaginais (2). O conceito de violência obstétrica emergiu desse contexto, referindo-se à imposição de procedimentos desnecessários e ao desrespeito à autonomia da mulher (3), sendo reconhecida legalmente no território nacional.

Com base nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento visando garantir a assistência respeitosa e adequada às necessidades da mulher, considerando atuação de equipe multiprofissional para garantir assistência adequada a mulher gestante, desde o pré-natal até o parto.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Violência Obstétrica; Direitos da mulher; Tecnologia Educacional.

1 Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC/UFES. Professor da Universidade Federal Fluminense - UFF. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc); do Laboratório de Investigação em Atenção Psicossocial (Liaps) e do Laboratório Lean Healthcare, Bioética e Enfermagem (LeBiEn) E-mail: jcsimoes@id.uff.br

OBJETIVO

Avaliar a relevância de uma tecnologia educativa para a identificação da violência obstétrica em mulheres usuárias de uma Unidade Básica de Saúde, localizada no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico (4), dividido em duas etapas, para a criação e aplicação de tecnologia educativa denominada “Verdadeiro ou Falso: Relatos e vivências do parto”, considerando as experiências individuais de gestantes ou puérperas. Realizado em novembro de 2022, em uma Unidade Básica de Saúde, do município de Vitória/ES. As participantes foram abordadas individualmente durante seu período de espera para atendimento no serviço, e após aceite foram convidadas para entrevista em sala reservada.

Na primeira etapa foi realizado compilação de informações quanto aos temas centrais e utilizado a plataforma de designer do Office PowerPoint 2007, para a elaboração da diagramação das imagens, adotando-se às teorias das cores (5) resultando nas seguintes características: formato digital, 61 páginas interativas, painel interativo com sons, indicação de acertos e erros, seguido de correção. Na segunda etapa, foi utilizado questionário sociodemográfico, e aplicado por meio de entrevista a cada participante. Após aplicação do questionário, as participantes responderam ao Quiz. O estudo respeitou os princípios éticos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) sob o parecer 4.399.141.

RESULTADOS

A presente pesquisa avaliou a aplicabilidade de um instrumento educativo sobre parto e violência obstétrica com 26 mulheres, sendo 21 puérperas e 5 gestantes. O perfil sociodemográfico indica que a maioria das participantes possuía entre 20 e 31 anos (46,2%), se autodeclarou parda ou preta (73,1%) era evangélica ou protestante (46,2%). Em termos de escolaridade, 42,3% possuíam ensino superior completo e 38,5% relataram renda familiar entre 1 e 3 salários-mínimos. Profissionalmente, destacaram-se autônomas e servidoras públicas (15,4% cada).

Os resultados do Quiz aplicado revelaram 89,1% de acertos e 10,9% de erros. Todas as participantes reconheceram o parto como evento sensível e fisiológico, além de afirmarem seus direitos no contexto do trabalho de parto, conforme as recomendações da OMS e a legislação brasileira. Ainda, 96,2% compreenderam a cesariana desnecessária como forma de violência obstétrica. Destacou-se também que 100% das mulheres reconheceram a autonomia da gestante quanto à escolha do tipo de parto, 96,2% afirmaram que condutas como abusos, desrespeito a autonomia da mulher, grosserias e maus-tratos, sejam eles físico, verbal ou psicológico, durante parto ou pós-parto, configuram como violência obstétrica, e 92,3% identificaram a violência obstétrica como questão de saúde pública e violência de gênero.

Adicionalmente, constatou-se desconhecimento acerca do papel legal das (os) enfermeiras (os) obstetras. Ao final, 73,1% consideraram o conteúdo muito relevante para o reconhecimento da violência obstétrica. Tais achados reforçam a importância da educação em saúde como ferramenta para promoção da autonomia e garantia dos direitos das mulheres.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O presente estudo revelou que a utilização da tecnologia educativa se mostrou relevante para promover espaço de reflexão crítica e identificação de situações de violência obstétrica vivenciadas pelas participantes. A linguagem acessível, o formato interativo e o apelo lúdico, favoreceram o engajamento, revelando ser adequado o uso dessa ferramenta nos espaços do serviço, pois aproveitou o momento de espera como uma oportunidade educativa, sem comprometer o fluxo de atendimentos na unidade.

A aceitação pelas usuárias e os relatos colhidos durante as entrevistas, indicam que a ferramenta contribuiu para a identificação de práticas violentas muitas vezes naturalizadas, permitindo às participantes (re)conhecerem seus direitos e diferenciarem cuidados adequados de intervenções abusivas. Dessa forma, a tecnologia apresenta potencial significativo para ser incorporada como recurso de educação em saúde voltado à promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

REFERÊNCIAS

- (1) Souza SRRK, Ferreira CHJ, Barbosa LR, Lima SMC, Esteves APF, Lima GPV. Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da violência obstétrica. Rev Bras Enferm. 2022;75(1):e20201371. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1371>
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2025 fev 1]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>
- (3) Magalhães RCM. Violência obstétrica no contexto da violência feminina [tese na Internet]. Brasília (DF): Centro Universitário de Brasília – UniCEUB; 2020 [citado 2025 abr 1]. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/15075/1/61350726.pdf>
- (4) Rodrigues AP, Silva MM, Lima JG, et al. Guide of attributes of the nurse's political competence: a methodological study. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 [citado 2025 abr 1];70(3):395-402. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yS4P7CcCGqRNVbz8bgXjj4J/?lang=en>
- (5) Zylbergeld R. A influência das cores nas decisões dos consumidores [Trabalho de Conclusão de Curso]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017.

TESTEMUNHOS DIGITAIS, MEMÓRIA COLETIVA E A CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS DO TRAUMA NAS CATÁSTROFES AMBIENTAIS DE PETRÓPOLIS (RJ)

João Gabriel Pires de Queirós¹
Nicolle Oliveira Barbosa

INTRODUÇÃO

Partimos da hipótese de que a dispersão das tecnologias de comunicação no cotidiano transformam os modos de experimentar eventos coletivos, de modo que conceitos como trauma ou memória coletiva podem ser pensados sob outras óticas a partir da relação estabelecida com esses dispositivos e dos efeitos e discursos por eles produzidos. Desse modo, tomamos a experiência dos desastres ou catástrofes ambientais, especificamente na cidade de Petrópolis (RJ) marcada por deslizamentos nas áreas periféricas em épocas de chuva.

Tais catástrofes revelam como a destruição opera através de tecnologias do trauma (1) - dispositivos que não apenas registram, mas reconfiguram a experiência do desastre. Em 2024, quando novo alerta de chuvas intensas ecoou pelo estado, o medo latente da população materializou-se através do compartilhamento de vídeos, sons e imagens em redes sociais. Esses registros, mais do que informar, corporificam a experiência traumática até mesmo para aqueles que não acessaram de modo físico as realidades de enchentes e deslizamentos, mas testemunharam os ocorridos a partir das tecnologias. A memória petropolitana, já atravessada por enchentes e deslizamentos, agora se vê duplamente assombrada: pelo fantasma das tragédias passadas e por sua reencenação digital em tempo real.

OBJETIVO

Realizar uma aproximação teórica entre discussões no campo da saúde coletiva a respeito da memória e do trauma coletivos e as discussões mais recentes sobre os efeitos das tecnologias de comunicação sobre processos subjetivos e sociais. Para tanto, buscou-se analisar como a circulação de vídeos, imagens e sons sobre as tragédias socioambientais em Petrópolis operam como tecnologia do trauma, contribuindo para a construção de uma memória coletiva e modos de testemunho digital.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa e analítica. Realizou-se um levantamento de publicações de acesso aberto em redes sociais, utilizando como ferramenta de busca *hashtags*. A partir da análise do discurso digital (2) foram considerados os conteúdos visuais das publicações, assim como suas respectivas legendas. A análise se deu a partir do diálogo com a perspectiva do testemunho digital e tecnologia do trauma.

¹ Bolsista Capes no programa de mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail para contato: joaogabrielpq@gmail.com

RESULTADOS

Os resultados obtidos através da análise das publicações que circulam nas redes sociais acerca dos desastres socioambientais ocorridos em Petrópolis nos permite compreender que a circulação de imagens, vídeos e materiais escritos operam como tecnologias do trauma. Esses materiais possibilitam que relatos e experiências que foram vividas possam ser compartilhados com distintas pessoas, criando novas formas de testemunho oriundas da realidade virtual. Experiências pessoais tornam-se coletivas, públicas e parte da memória coletiva da cidade.

Dentre os conteúdos encontrados e analisados, destacamos três temáticas: 1) Testemunhos diretos de pessoas que vivenciaram o caos e perdas provocadas pela tragédia; 2) Publicações de solidariedade para/com a cidade; 3) Denúncias contra o poder público, que consistem em queixas quanto à falta de assistência; 4) Registros brutais da tragédia, que demonstram imagens e vídeos da destruição proporcionada pelas enchentes e deslizamentos. Salientamos que as reportagens nos períodos de datas simbólicas, como nos aniversários da tragédia, anunciam uma reencenação do trauma, presentificando o ocorrido, fazendo com que este não seja esquecido. A circulação de vídeos, imagens e relatos sobre o estado de alerta em 2024 faz com que a memória coletiva da cidade seja não apenas reencenada, mas reatualizada.

CONCLUSÕES

A análise das publicações revela que a circulação de imagens, vídeos e relatos vai além da simples divulgação de informações: as tecnologias de informação e as redes sociais transformaram os modos de testemunhar e narrar, tanto experiências vividas quanto a história coletiva. Benjamin (3) já atentava para as alterações produzidas pelas invenções tecnológicas na circulação das histórias. Do jornal, com sua invasão do cotidiano, à imprensa que possibilita o romance, ele associa registro e lembrança — e o esquecimento, diferente da ausência, compõe também essa malha. A questão é que a forma de registro permitida pelas tecnologias, com sua aparente permanência e incessante reprodutibilidade - e compartilhamento - talvez não abra espaço às sutilezas do esquecimento, da lembrança e da elaboração; de modo que a narração, por elas engajada, se trate mais de uma circulação viciada do próprio caráter traumático do que de uma experiência que pode ser coletivamente ouvida e elaborada.

REFERÊNCIAS

- (1) Ibrahim Y. Technologies of trauma: flesh witnessing to livestreaming online. *Human Arenas*. 2021;487-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s42087-020-00120-y>
- (2) Paveau MA. *Análise do discurso digital: dicionário das formas e das práticas*. Campinas (SP): Pontes Editores; 2021.
- (3) Benjamin W. *Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. Rouanet SP, tradutor. São Paulo: Brasiliense; 1985.

TIPOLOGIAS DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS MATERNOS E FATORES ASSOCIADOS EM UMA REGIÃO COM RECURSOS LIMITADOS NO NORDESTE DO BRASIL: UM ESTUDO DE CURSO DE VIDA

Gabriel Alves de Sampaio Morais¹

Luciano Lima Correia¹ Simone Farias-Antúnez²

David Augusto Batista Sá Araújo¹

Sophia Costa Vasconcelos¹

Márcia Maria Tavares Machado¹

Márcia C. Castro³

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais comuns (TMCs) afetam atividades cotidianas, prejudicando relações sociais, familiares e laborais. Globalmente, 29,2% da população apresentava TMCs em 2015, com maior prevalência em mulheres devido a fatores socioculturais, biológicos e ambientais (1).

No Brasil, estudos realizados antes da pandemia de COVID-19 mostraram prevalências de 26,6% a 37,6% em mulheres, majoritariamente associadas a desemprego, baixa renda e vulnerabilidade social. Durante a COVID-19, a prevalência de TMCs aumentou, especialmente em gestantes, como no caso da cidade de Fortaleza, com prevalência de 45,7%, agravada por isolamento social e medo da infecção da doença (2).

O Brasil, com uma das piores respostas à pandemia, registrou altas taxas de casos e mortes, exacerbando impactos na saúde mental. Fatores como privação socioeconômica (de vizinhança), acesso limitado a serviços de saúde e condições de vizinhança permanecem como lacunas críticas. Políticas públicas direcionadas a grupos vulneráveis e intervenções multidisciplinares são urgentes para mitigar TMCs em mulheres (3).

OBJETIVO

Neste estudo, nosso objetivo é identificar padrões e determinantes da saúde mental materna de acordo com as trajetórias de TMCs (Transtornos Mentais Comuns) das mães, com base em instrumentos validados. Buscamos proporcionar uma melhor compreensão da heterogeneidade da saúde mental entre mães recentes, dentro do estudo de coorte Iracema-COVID, com bebês nascidos durante a pandemia de COVID-19 na cidade de Fortaleza, no Nordeste do Brasil.

1 Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil. Bolsista de Pós-Doutorado do Centro David Rockefeller de Estudos Latino-Americanos (DRCLAS) da Universidade de Harvard. E-mail: gabriel_morais@yahoo.com.br

METODOLOGIA

Este estudo utilizou dados da coorte prospectiva Iracema-COVID, que investigou os efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental de gestantes e puérperas em Fortaleza, Ceará. A população do estudo incluiu mulheres grávidas durante o período de lockdown (maio-junho de 2020) que tiveram seus bebês entre julho e agosto de 2020. O desenho do estudo envolveu cinco ondas de coleta de dados: aos 6, 12, 18, 24 e 36 meses com 335 mães (4).

Para avaliação dos TMCs, utilizou-se o Self-Report Questionnaire (SRQ-20). As análises consideraram fatores individuais e contextuais, incluídos com base em sua relevância, como raça/cor, idade, escolaridade, renda familiar, estado civil, tabagismo e consumo de álcool, ocupação de trabalho e insegurança alimentar. Os indicadores contextuais foram: o tempo de deslocamento até a unidade básica de saúde (UBS) mais próxima, a taxa de homicídio e a proporção de áreas verdes do bairro.

Para a análise das trajetórias de TMCs, empregamos a teoria do curso de vida, com aplicação da técnica de Análise de Sequência (AS) para identificar padrões temporais. Utilizou-se o método Optimal Matching para calcular dissimilaridades entre sequências, seguido por clusterização hierárquica (método de Ward) e particionamento em torno de medoides (algoritmo PAM) para definir grupos homogêneos (5).

As associações entre os clusters de TMCs e os fatores individuais/contextuais foram examinadas através de regressão logística binomial (BLM) e modelos lineares generalizados (GLM-B) e Poisson (GLM-P). Como análise de sensibilidade, realizou-se Análise de Classes Latentes (LCA) para verificar a robustez dos padrões identificados pela AS (5).

RESULTADOS

Foram identificadas 52 subtrajetórias de TMCs ao longo das cinco ondas. Análises temporais mostraram aumento progressivo na probabilidade de transição para um estado sem TMCs. Os gráficos de sequência e cronograma revelaram predominância inicial de mães sem TMCs, com declínio gradual até a 5ª onda. A sequência mais representativa (46,3% dos casos) correspondeu a mães sem TMCs em todas as ondas, seguida por padrões de recuperação precoce (7,5%) e persistência de sintomas (3,6%).

Análise de Clusters: Índices de qualidade apontaram melhor ajuste para 2 clusters. O Cluster 1 (“TMC Ocasional/Transitório”, 71,64%) incluiu mães com rápida recuperação, enquanto o Cluster 2 (“TMC Persistente”, 28,35%) agrupou mães com sintomas prolongados. Mães no Cluster 1 eram predominantemente pardas, ≥30 anos, com ensino médio, renda de 1-2 salários-mínimos e insegurança alimentar leve. Já as do Cluster 2 apresentavam maior vulnerabilidade: baixa escolaridade, trabalho informal antes da pandemia e maior tempo de deslocamento até unidades de saúde.

Fatores Associados: Modelos de regressão (GLM-Binomial) indicaram maior chance de TMC persistente em mães pretas (OR aumentado), solteiras/união estável, com baixa escolaridade e consumo de álcool. Renda de 1-2 salários-mínimos mostrou efeito protetor. Fatores contextuais como menor

área verde e maior tempo de viagem até UBS associaram-se à persistência de TMCs. Efeitos marginais destacaram que taxas de homicídio elevadas reduziram a probabilidade de trajetórias favoráveis.

Análise de Sensibilidade: A Análise de Classes Latentes (LCA) corroborou a solução de 2 clusters (concordância de 94,84%). A violência urbana mostrou associação significativa com TMC persistente ($p < 0,1$), enquanto áreas verdes não foram significativas nesta análise.

CONSIDERAÇÕES

Nossos resultados indicam que mães pretas, com baixa escolaridade, solteiras ou em união estável, que consomem álcool, residem em áreas violentas e têm maior tempo de deslocamento até unidades de saúde primária (UBS) apresentaram maior chance de TMC persistente. Em contraste, mães com maior escolaridade, renda de 1-2 salários-mínimos, casadas, que receberam visita profissional para apoio à amamentação e vivem em bairros com áreas verdes tiveram menor prevalência de TMC transitório.

A prevalência de TMCs variou de 22,7% a 66,7% em mulheres brasileiras, associando-se a desemprego, baixa renda e violência física. Condições de bairro, como taxa de homicídios e falta de áreas verdes, influenciaram negativamente a saúde mental, enquanto menor tempo de acesso à UBS teve efeito protetor.

O estudo não permite diagnóstico clínico, sendo representativos à cidade de Fortaleza. Entretanto, a coorte capturou transições únicas na saúde mental durante a pandemia, com dados administrativos inéditos sobre violência urbana e acesso a serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Bezerra HDS, Alves RM, Nunes ADD, Barbosa IR. Prevalence and associated factors of common mental disorders in women: a systematic review. *Public Health Rev.* 2021 ago 23;42:1604234. DOI: 10.3389/frs.2021.1604234.
- (2) World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017. 24 p. Report No.: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- (3) Saccone G, Florio A, Aiello F, Venturella R, De Angelis MC, Locci M, et al. Psychological impact of coronavirus disease 2019 in pregnant women. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 ago;223(2):293-5. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.05.003.
- (4) Castro MC, Farías-Antúnez S, Araújo DABS, Penna AL, Oliveira FA, Aquino CM, et al. Cohort profile: maternal and child health and parenting practices during the COVID-19 pandemic in Ceará, Brazil: birth cohort study (Iracema-COVID). *BMJ Open.* 2022 jun;12(6):e060824. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-060824.
- (5) Han Y, Liefbroer A, Elzinga C. Comparing methods of classifying life courses: sequence analysis and latent class analysis. *Longit Life Course Stud* [Internet]. 2017 out 26 [citado 2024 jul 4];8(4). Disponível em: <https://ubir.buffalo.edu/xmlui/handle/10477/79846>

TRABALHO COLETIVO E TERCEIRIZAÇÃO: REFLEXÕES A PARTIR DA LUTA DOS PETROLEIROS PELA SAÚDE EM UMA REFINARIA

Hugo Pinto de Almeida¹

José Augusto Pina

Leonardo Dresch Eberhardt

INTRODUÇÃO

A pesquisa apresentada surge a partir da demanda de um dos diretores do Sindicato dos Petroleiros do Litoral Paulista (Sindipetro-LP) em uma oficina da Rede de Pesquisa em Saúde do Trabalhador: Construção do Conhecimento e Intervenção entre Trabalhadores, Profissionais dos Serviços e Pesquisadores (1).

O relato aponta para o rebaixamento salarial e a deterioração das condições laborais dos empregados das empresas terceirizadas que atuam na Refinaria Presidente Bernardes – Cubatão (RPBC). Como resposta o Sindipetro-LP, junto aos sindicatos dos trabalhadores terceirizados (Construção Civil e Siderúrgico) e a Comissão de Desempregados de Cubatão, construiu uma tabela salarial unificada com definição de salários-base para os trabalhadores terceirizados.

O trabalho na indústria de petróleo é complexo, perigoso, contínuo e coletivo com registro de um elevado número de agravos em saúde. O questionamento e a ação unificada das entidades traz luz as mudanças impostas na terceirização e sua relação com o trabalho e a saúde e segurança.

Sendo a saúde do trabalhador um campo de luta entre capital e trabalho analisar as ações e lutas reivindicativas operárias podem revelar evidências e atualidades que ajudam a compreender a determinação histórica-social da saúde-doença, especialmente numa conjuntura de deterioração das condições de trabalho (2).

OBJETIVO

Investigar, a partir da perspectiva dos trabalhadores, como a terceirização afeta o trabalho coletivo e sua relação com a saúde e a segurança dos trabalhadores efetivos e terceirizados na RPBC, abrangendo o intervalo de 2014 a 2022.

METODOLOGIA

A investigação pode ser caracterizada como uma pesquisa social, sob a égide da tradição do materialismo histórico, que, na saúde coletiva, assume expressão na determinação histórica e social do

1 Doutor em Saúde Pública e professor adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: hugopa_rj@yahoo.com.br.

processo saúde-doença. Ao considerar o trabalho e a produção como um elemento social fundamental para entender a dinâmica do processo saúde e doença de um coletivo de trabalhadores, as formas de resistência e organização operária podem esclarecer as transformações no processo produtivo e seus potenciais efeitos sobre a saúde destes trabalhadores (2).

O trabalho também é orientado pela importância do conhecimento prático dos trabalhadores (3) : valoriza a experiência operária nos conflitos do real do trabalho nos locais de trabalho e enfatiza a importância da participação dos trabalhadores na construção do conhecimento e da intervenção em saúde.

Os procedimentos metodológicos foram levantamento documental, observação participante e as entrevistas semiestruturadas, sendo os resultados da pesquisa cotejados com o referencial da Saúde do Trabalhador (2). Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

O trabalho neste tipo de indústria se organiza pela interação de operadores efetivos da empresa e terceirizados da manutenção. Ao citar a relação entre as equipes os entrevistados descrevem que o tempo de experiência, convívio e conhecimento favorecem a dimensão coletiva que se materializa em saúde, segurança e menos tensões.

As mudanças na legislação e adoção de uma política de redução de custos da contratante tem resultado na criação de novas formas de subcontratação para empresas terceiras. Se anteriormente, exigências contratuais asseguravam um mínimo de qualidade nos serviços prestados pelas empreiteiras, atualmente a prioridade é o menor preço, o que culmina em contratos precários que desconsideram requisitos como comprovação de experiência e formação profissional para a contratação de mão de obra, além de produzir uma substancial piora salarial e nas condições laborais.

O aumento da rotatividade e a saída de terceirizados com expertise produz a perda de operários com conhecimento naquele ambiente laboral, comprometendo a coesão entre as equipes e a eficácia da comunicação interna. A dimensão coletiva do trabalho também é prejudicada pelas mudanças na organização laboral dos operadores como a redução do efetivo, intensificação do trabalho e práticas gerenciais centradas na avaliação do desempenho.

Em resposta à situação, o Sindipetro-LP, junto as demais entidades, realizaram atos e paralisações conjuntas na porta da refinaria e criação de uma tabela salarial unificada definindo o salário base para cada função. Contudo, a resistência por parte dos empregadores e o Estado, manifestou-se de forma a tentar desarticular o movimento. Adicionalmente, essa desarticulação é facilitada quando os sindicatos restringem suas ações às normas legais impostas pelo Estado.

CONCLUSÕES

Em um contexto laboral onde a imprevisibilidade é constante e recorrente, a dimensão coletiva contribui para a saúde e segurança. A experiência e habilidades dos operários, adquiridas através das

situações já enfrentadas, resulta numa melhor interação entre os trabalhadores, mas também destes com os equipamentos e unidades.

A terceirização rebaixa as condições laborais dos terceirizados e, por se tratar de uma atuação laboral coletiva e interdependente, também dos efetivos. De outra, as mudanças na organização do trabalho dos efetivos (redução do efetivo, ritmo intenso, aumento da jornada de 8 para 12 horas por turno) também afetam o trabalho dos terceirizados e a dimensão coletiva

As iniciativas coletivas e a criação da tabela salarial foram as respostas dada pelo SindiPetro-LP, conjuntamente com os sindicatos dos terceirizados e à Comissão de Desempregados. Contudo, a ação patronal e os limites da unidade das ações no âmbito das diretorias sindicais, dentro da estrutura sindical atrelada ao Estado, criam obstáculos para unificação efetiva das ações com e pelos próprios trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- (1) Pina JA, Jackson Filho JM, Souza KR, Takahashi MABC, Silveira LB, organizadores. Saber operário: construção de conhecimento e a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec; 2021. 444 p.
- (2) Ferreira LL, Iguti AM. O trabalho dos petroleiros: perigoso, complexo, contínuo e coletivo. São Paulo: Fundacentro; 2003. 156 p.
- (3) Laurell AC. Saúde e Trabalho: os enfoques teóricos. Em: As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Brasília, DF: OPAS; 1985. p. 255–76.
- (4) Sato L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. Cad Saúde Pública. 1996;12(4):489–95.

TRAYECTORIAS EN LA COMPRENSIÓN DE UNA RELACIÓN ENTRE SALUD Y EL CONFLICTO SOCIAL ARMADO

María Alejandra Rojas Ordóñez¹

INTRODUCCIÓN

La ponencia presenta los resultados del proceso de investigación realizado por la autora para la elaboración del ensayo de calificación doctoral del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Este proceso de comprensión de comprensiones de las trayectorias en las que se han inscrito las distintas miradas sobre la relación entre la salud y la violencia, las guerras o los conflictos sociales armados, ha permitido situar los vacíos, las ausencias y los retos en el análisis del fenómeno del conflicto social y armado colombiano, bajo el compromiso ético-político de la construcción de una paz con justicia social y desde la mirada crítica latinoamericana de la medicina social y la salud colectiva, particularmente, en la apuesta por profundizar un enfoque crítico histórico-territorial como marco de abordaje y acción alrededor del cual hemos venido contribuyendo colectivamente en el grupo de estudios sociohistóricos de la salud y la protección social.

El proceso se presenta en tres grandes momentos: i) las insatisfacciones en el abordaje y la práctica; ii) las trayectorias de comprensión de las relaciones entre la salud y la guerra; iii) las pistas hacia una comprensión crítica histórico-territorial de la relación entre conflicto social armado y salud.

OBJETIVO

Comprender las trayectorias de pensamiento que han guiado el análisis, la comprensión y el accionar sobre las relaciones entre la salud y la guerra, identificando los vacíos y ausencias que den cuenta de los retos en la elaboración de nuevos marcos desde la salud para la construcción de paz con justicia social.

DESARROLLO

El proceso de comprender las comprensiones desde las cuales se ha abordado la relación entre la salud y la guerra, se hizo a partir de una revisión crítica de la literatura que, particularmente desde el campo de la salud se ha elaborado al respecto, aunque se revisaron y pusieron en diálogo algunas elaboraciones desde las ciencias sociales y humanas.

La revisión de la literatura se guió a partir de las categorías de salud, violencia, conflicto armado, guerra.

Aunque el propósito inicial del ensayo consistía en profundizar en los vacíos y brechas de las reflexiones teóricas frente a esta relación para arriesgar un marco heurístico de abordaje más compasivo

con la realidad que la configura, las ausentes o casi nulas elaboraciones que incluyeran una disertación teórica y conceptual explícita sobre cómo se han tejido estas visiones, llevó a la elaboración de una propuesta de identificación, organización y agrupación de las múltiples elaboraciones en un diálogo con las trayectorias filosóficas: epistemológicas, ontológicas y praxeológicas (1).

El reconocimiento de las tradiciones político-filosóficas, entendidas como visiones compartidas del mundo y de la sociedad que se constituyen en acuerdos meta- teóricos y se expresan en construcciones específicas tanto en el campo de la salud como en el de las ciencias sociales frente a la guerra, fue lo que orientó la lectura crítica y la organización de las elaboraciones en tres grandes trayectorias: la trayectoria militar, con una visión claramente instrumentalizadora de la salud-enfermedad en el campo de las acciones bélicas y militares y guarda un vínculo estrecho con la corriente de pensamiento biomédico; la trayectoria de los derechos humanos, anclada al surgimiento de los grandes centros del poder global, guiada por la visión liberal de la protección frente al daño y perjuicio de los derechos declarados universalmente, que asume la violencia como enfermedad social, como problema de salud pública, y se inscribe en la corriente de pensamiento de los determinantes sociales de la salud; y la crítica latinoamericana, con una visión problematizadora de las relaciones de poder, del papel del Estado y de las resistencias como fuerzas históricas, así como de la salud-enfermedad como procesos socialmente configurados relacionándose con la corriente de pensamiento de la medicina social y la salud colectiva (2).

A partir de esta “clasificación” y del análisis de las insatisfacciones analíticas y comprensivas que posibilitan de cada una de ellas, se esbozaron unas *pistas* para la comprensión crítica histórico-territorial (3) de la relación entre conflicto social armado y el proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte, enfoque inscrito, en todo caso, dentro de la perspectiva latinoamericana de la medicina social y la salud colectiva. Dichas *pistas* son: la comprensión dialéctica de la realidad total; la configuración histórico-territorial; los procesos de configuración de la vida humana, otras formas de vida y el mundo natural (2).

CONCLUSIONES

En la revisión y clasificación de las comprensiones se constató la dispersión y fragmentación reduccionista de la realidad social y del proceso salud-enfermedad que prima en los abordajes de la relación con el conflicto social armado; también la reproducción, algunas veces irreflexiva, otras consciente pero no hecha explícita, de visiones de mundo y trayectorias político-filosóficas que construyen hegemonía en todos los campos de conocimiento y que posicionan los conocimientos en marcos funcionales al poder instituido (4). Allí se expresan las tensiones sobre los conceptos de guerra, más ligada a la trayectoria militar; violencia y conflicto armado, más arraigados en la trayectoria de los Derechos Humanos, el primero, y en la latinoamericana, el segundo, aunque con límites difusos entre todos; finalmente, la escasez de un diálogo con visiones históricas y territoriales, así como con las perspectivas feministas y decoloniales que han contribuido inmensamente a la perspectiva crítica.

REFERENCIAS

- (1) Mardones JM, Ursúa N. Filosofía de las ciencias humanas y sociales: materiales para una fundamentación científica. 5. ed. México: Editorial Fontamara; 1994.
- (2) Rojas-Ordóñez MA. Las trayectorias en la comprensión de una relación entre guerra y salud [documento inédito]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Doctorado Interfacultades en Salud Pública; 2023.
- (3) Henao-Kaffure L, Hernández ME, Borde E, Eslava-Castañeda JC. Hacia una perspectiva crítica histórico-territorial para la salud colectiva. In: Eslava-Castañeda JC, organizador. Lecciones de salud pública: reflexiones académicas desde la labor docente de un departamento de Salud Pública. Bogotá: Centro Editorial Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; 2025. p. 330–383.
- (4) Rojas-Ordóñez MA. La salud en la construcción de la paz: comparación de los procesos de paz de Angola, Guatemala y El Salvador. Una mirada al caso colombiano [dissertação]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2019.

TUBERCULOSE EM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (PSR): ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE RIO DE JANEIRO E ESPÍRITO SANTO

Jossiane Teixeira de Oliveira¹

Casanova André Motopa Mpuhua

Adriana Ilha da Silva

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, é grave, com alta mortalidade (1). Histórico: disseminação nas Américas por imigrantes asiáticos, caso em múmia peruana (2). TB, “peste branca” na Revolução Industrial, liga-se a más condições de vida (3).

TB é grande causa de morte global, Brasil entre os 30 países com mais casos (4,5). Em 2018, taxa de incidência no Brasil foi 34,8/100.000 (6). Pessoas em situação de rua (PSR) somaram 2,5% dos casos (5)

PSR, em pobreza extrema e sem laços familiares fortes, mora em locais ruins, sofre violência, fome e falta de saneamento (7). Em 2020, havia 221.869 PSR no Brasil, com alta no Norte (8). No Nordeste, em 6 anos, 19.590 casos de TB em PSR (9). No Sudeste, 54,5% dos casos de TB em PSR (10). Estudo no Rio de Janeiro analisou 2.001 casos de TB em PSR (6). No Espírito Santo, há poucos estudos sobre TB em PSR.

Este estudo compara a TB nas capitais Rio de Janeiro (RJ) e Espírito Santo (ES), buscando similaridades e diferenças.

OBJETIVO

Comparar a TB em PSR no RJ e ES no ano de 2022, identificando similaridades e disparidades.

Objetivos específicos:

Analisar dados de TB em PSR nas capitais do RJ e ES, identificando similaridades e disparidades.

Comparar a taxa de prevalência de TB em PSR nas capitais do RJ e ES, identificando similaridades e disparidades.

Calcular a razão de prevalência de TB em PSR nas capitais do RJ e ES, identificando similaridades e disparidades.

METODOLOGIA

Foram utilizados dados secundários provenientes de fontes oficiais, como o Sistema

1 Centro de ciências da saúde, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Av. Marechal Campos 1468, Bonfim. 29047-105 Vitória-ES, Brasil. E-mail: jossianeoliveira@hotmail.com

de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), secretarias de saúde municipais e estaduais, e censos de população de rua. A análise comparativa considerou a proporção de casos de TB em relação à população em situação de rua em cada estado no ano de 2022, ajustando as taxas para 10.000 PSR para permitir uma comparação equitativa.

Além disso, foram calculadas as taxas de prevalência de TB, considerando a população total de cada estado, por meio da fórmula: $(\text{total de PSR com TB} + \text{total da população não PSR com TB}) / (\text{população total de PSR} + \text{população total de não PSR}) \times 100.000$. Adicionalmente, foi calculada a razão de prevalência para comparar a prevalência de TB entre os moradores de rua e a população geral em cada estado.

Para a análise dos dados foi usado o programa Excel.

RESULTADOS

Os resultados revelaram uma taxa proporcional de TB em PSR maior no Rio de Janeiro (aproximadamente 435,7 casos de TB por 10.000 PSR) comparado com o Espírito Santo (na cifra de 308,9 casos de TB por 10.000 PSR). Adicionalmente, as taxas de prevalência de TB foram de 4,35% para o Rio de Janeiro e 3,09% para o Espírito Santo, indicando uma maior vulnerabilidade da população de rua no Rio de Janeiro. A razão de prevalência entre expostos (População em situação de rua) e não expostos foi de 79,1 no Rio de Janeiro e 61,8 no Espírito Santo, evidenciando uma chance elevada de adoecer por TB entre os PSR em ambas as cidades, sendo ainda maior no Rio de Janeiro.

CONCLUSÕES

A análise da razão de prevalência de tuberculose nos estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo em 2022 revela uma desigualdade alarmante na prevalência de TB entre a população em situação de rua e a população geral.

A prevalência significativamente mais alta entre a população em situação de rua exige uma resposta mais eficaz e direcionada por parte das autoridades de saúde pública, a fim de mitigar os fatores de risco e garantir que todos, independentemente de sua condição social, tenham acesso adequado ao diagnóstico e tratamento da tuberculose.

Além disso, é essencial que políticas públicas mais abrangentes sejam implementadas para melhorar as condições de vida dessa população, com ênfase em saúde, moradia e apoio social.

REFERÊNCIAS

- (1) Santos DAS, Marques ALA, Goulart LS, Olinda RA. Fatores associados aos óbitos hospitalares por tuberculose em um município no sul de Mato Grosso, 2008-2017. Multitemas. 2019 Jun;24(56):135-50. DOI: 10.20435/multi.v24i56.2031.
- (2) Massabni AC, Bonini EH. Tuberculose: história e evolução dos tratamentos da doença. Rev Bras Multidiscip.

- 2019 May;22(2):6–34. DOI: 10.25061/2527-2675/ReBraM/2019.v22i2.678.
- (3) Gonçalves H. A tuberculose ao longo dos tempos. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2000 Oct;7(2):305–27. DOI: 10.1590/S0104-59702000000300004.
- (4) World Health Organization. Global tuberculosis report 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2025 maio 13]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
- (5) Hino P, Yamamoto TT, Bastos SH, Beraldo AA, Figueiredo MR, Bertolozzi MR. Tuberculosis in the street population: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03968. DOI: 10.1590/s1980-220x2019039603688.
- (6) Gioseffi JR, Brignol SMS, Werneck GL. Perfil sociodemográfico das pessoas em situação de rua notificadas com tuberculose no Município do Rio de Janeiro, Brasil, nos anos de 2015 a 2019. *Cad Saude Publica*. 2023;39(10):e051122. DOI: 10.1590/0102-311xpt051122.
- (7) Silva TO, Vianna PJS, Almeida MVG, Santos SD, Nery JS. População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(1). DOI: 10.1590/s1679-49742021000100029.
- (8) Silva AA, et al. Caracterização epidemiológica da população em situação de rua. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2024 Nov;24(11):e17482. DOI: 10.25248/reas.e17482.2024.
- (9) Carvalho BL, Arcoverde BC, Fernandes MCB, Itapary PGAP, Campanharo LS. Perfil epidemiológico da tuberculose na população em situação de rua no Nordeste. *Braz J Infect Dis*. 2023 Oct;27:103644. DOI: 10.1016/j.bjid.2023.103644.
- (10) Macedo Júnior AM, et al. Perfil epidemiológico e fatores determinantes na saúde ambiental da tuberculose no Brasil. *Rev Ibero-Am Ciências Ambient*. 2020 Aug;11(7):243–52. DOI: 10.6008/CBPC2179-6858.2020.007.0022.

VIOLENCIA POLÍTICA EN MALLECO PROVINCIA DE LA ARAUCANÍA CHILE. AFECTACIÓN SOCIOEMOCIONAL Y DE DERECHOS HUMANOS HACIA NIÑOS Y NIÑAS INDIGENAS MAPUCHE DE ZONAS RURALES

Ana M. Alarcon¹

Marcela Castro G.

Yolanda Nahuelcheo S.

Vicente Ulloa C.

Lisette Urrutia

Ana M. Vera

Belen Ulloa

Karina Riquelme

INTRODUCCION

La provincia de Malleco de la región de la Araucanía en Chile ha sido denominada la zona roja en nuestro país, debido a los múltiples conflictos entre las comunidades indígenas Mapuche y el Estado chileno, ello a raíz de problemas histórico-políticos aún sin resolver, situación compartida con la mayoría de los pueblos originarios de América producto de procesos de colonización y neocolonización (1).

Por esta razón el Gobierno ha implementado desde sept 2023 la estrategia de “estado de excepción para la región”, lo que resulta en la creación de asentamientos militares, control y vigilancia de la identidad de quienes transitan por el territorio Mapuche, allanamientos a comunidades indígenas y aumento de recursos policiales para la vigilancia e investigación de hechos de violencia (2). A esta situación se agrega la amplia presencia de monocultivo de pinos y eucaliptus con incendios forestales anuales durante el verano, poniendo en riesgo a las comunidades que se encuentran aledañas estos cultivos.

Así, en un contexto de militarización y riesgo anual de incendios forestales niños y niñas Mapuche viven su cotidianidad, como ir a la escuela, caminar algunos kilómetros por campo abierto hacia sus hogares, pernoctar, dormir, visitar a las familias, acompañar a sus p/madres al pueblo más cercano para abastecerse de alimentos y realizar trámites.

De acuerdo a la convención internacional de los derechos de la infancia (3), la presencia de militares, armamento de guerra, allanamientos, acciones de fuerza son factores que vulneran la seguridad y calidad de vida de niños y niñas.

1 Laboratorio Antropología Salud Y Cultura. Depto Salud Publica, Universidad De La Frontera. Manuel Montt 112, Chile. E-mail: ana.alarcon@ufrontera.cl

Este trabajo expone la percepción de niños y niñas Mapuche sobre su afectación socio emocional por vivir en un contexto de militarización y violencia.

OBJETIVO

General

Evidenciar las necesidades socioemocionales y de seguridad asociadas a los derechos de la infancia indígena en un territorio militarmente ocupado en la Araucanía Chile.

Específicos

- Identificar percepción de niños y niñas Mapuche sobre las necesidades socioemocionales producto de vivir en un contexto de violencia.
- Reconocer los elementos culturales de protección de la infancia desde sus opiniones.
- Identificar los riesgos potenciales que genera la situación de violencia vivida a su crecimiento e identidad Mapuche.

METODOLOGIA

Estudio cualitativo, etnográfico desarrollado entre 2023 y 2025, patrocinado por UNICEF y ejecutado por la Universidad de La Frontera. Se ejecutó en la provincia de Malleco, región de La Araucanía y participaron 120 niños y niñas Mapuche, distribuidos en 9 escuelas rurales de la provincia (4).

La selección de los territorios de estudio fue porque: eran comunidades con más allanamientos en el último año, alto número de detenidos Mapuche por causa indígena, alta población infantil escolarizada, escuelas incendiadas o convertidas en recintos militares.

Se visitaron las nueve escuelas del territorio, se solicitaron los consentimientos informados de los padres/madres, autorización de profesores, y asentimiento de los estudiantes.

Los datos se recolectaron a través de talleres grupales (grupos focales) con elaboración de collage apoyado por entrevistas de psicólogas del proyecto.

Los datos se transcribieron e ingresaron a una plantilla de atlas ti para su posterior análisis. Los textos fueron segmentados, codificados, analizados y sintetizados por tres investigadoras del proyecto.

Los resultados del análisis de datos se les entregó a lo/as profesores, apoderados y miembros de organizaciones e instituciones asociadas a la infancia; con los/las estudiantes se realizaron sesiones de títeres y circo interactivo como una forma de mostrar los datos que ellos/as habían conversado a través del estudio.

RESULTADOS

Niños y niñas expresaron las siguientes necesidades y sentimientos socioemocionales asociados a los derechos de la infancia:

- Actualización social, mucha desconfianza hacia la sociedad y un alto nivel de incertidumbre por el futuro, desconfianza general hacia las instituciones
- Seguridad por falta de estabilidad familiar, desintegración de lazos significativos con los padres por migración temporal o encarcelación.
- Protección de la biodiversidad, preocupación por la contaminación de las aguas, destrucción y muerte de la naturaleza por los incendios, pérdida del ecosistema del cual depende la familia.
- Sostenibilidad alimentaria, porque la naturaleza que los alimenta se está perdiendo, genera incertidumbre sobre acceso a la alimentación, deterioro de la subsistencia familiar y comunitaria y pobreza de las comunidades.
- Validación y reconocimiento, necesidad de ser escuchados, vistos, tomados en cuenta, sin experimentar críticas destructivas o discriminación.
- Fortalecimiento de la identidad cultural, necesidad de ser valorados no estigmatizados ni excluidos.
- Inclusión social, que se respete la cultura, religiosidad, lengua, organización y dinámicas familiares.
- Mejorar el autoconcepto y la estima de sí mismos, que está desvalorizada por la carga de contenidos de estereotipos negativos del ser Mapuche.
- Desarrollo de habilidades sociales y de autogestión emocional, para trabajar la rabia y la erradicación de la violencia simbólica entre pares.
- Apoyo y acompañamiento en sus sentimientos de indefensión, temor, desconfianza, miedo y tristeza.
- Mejorar motivación por la educación, se ven sin futuro, no esperanzas, no metas.
- Reparación socioemocional. Preocupación por la muerte, la violencia policial y los desastres naturales.
- Aceptación social como niño o niña Mapuche. Hay tensiones entre pares, que provocan sentimientos de rechazo y estigmatización mapuche.
- Vivir sin miedo o incertidumbre. Les asusta la policía y militares, tanques, personal armado o vestimenta de guerra.
- Desnormalizar las situaciones de violencia y militarización, niños y niñas saben que existe violencia, hay conciencia de que no debe ser así, pero saben que deben adaptar sus rutinas a la presencia militar.
- Nuevas metodologías prácticas asociadas a la naturaleza y al juego.

CONCLUSIONES

La Observación General N° 11 (5) del Comité de los Derechos del Niño, indica sobre niños/as en conflictos armados que: “los niños indígenas son particularmente vulnerables en situaciones de conflicto armado o de disturbios internos. Las comunidades indígenas suelen residir en zonas codiciadas por sus recursos naturales o que, por su lejanía, sirven de base para grupos armados no estatales. En esas circunstancias, los niños indígenas han estado y continúan estando expuestos al riesgo de ser víctimas de atentados contra sus comunidades [...] ser testigos de atrocidades, separados de sus padres o de su comunidad. Hay fuerzas y grupos armados que atacan en particular contra las escuelas, con lo que dejan a los niños indígenas sin posibilidades de educación.”

Los resultados de este estudio demuestran el efecto de vulneración de derechos y riesgo vital que sienten niños y niñas Mapuche frente al conflicto que les toca vivir en lo cotidiano. Seguridad y futuro son las palabras claves para niños y niñas en este enjambre de problemas en que les toca crecer y desarrollar su identidad indígena.

REFERENCIAS

- (1) Castro Garrido M, Alarcón AM. The commoditization of ecosystems within Chile's Mapuche territory: a violation of the human right to health. *Health Hum Rights*. 2023;25(1):95-103.
- (2) Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Chile). Informe sobre el bienestar de niñas, niños y adolescentes. *Endide*; 2023.
- (3) Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. 1989.
- (4) Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica e práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis; 1999.
- (5) Observación General N° 11 (2009): Los niños indígenas y sus derechos en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Comité de los Derechos del Niño (CRC); 2009 feb 12 [citado 2025 mar 22]. Disponible em: <https://www.refworld.org/es/leg/general/crc/2009/en/102812>

VIOLENCIAS PATRIARCALES EN LA FORMACIÓN MÉDICA DE RESIDENTES DE LA UNAM. INDAGACIONES DESDE UN GIRO MICROPOLÍTICO Y DECOLONIAL

Azucena Ojeda Sánchez¹

Bernardo A Robles Aguirre

Yuriria Alejandra Rodríguez Martínez

La violencia patriarcal puede entenderse como un proceso social estructural antes que un problema privado o de psicopatología de un agresor (1,2,3). Se refiere a la distribución y percepción social desigual del poder entre hombres y mujeres donde los varones tienen preeminencia en uno o varios aspectos de la vida (4).

En el contexto específico de las universidades, existen regímenes del patriarcado que usan mecanismos sofisticados y sutiles. Hablamos de un dispositivo escolar, cuya arquitectura es jerárquica, violenta y colonial mediante una corporación que se despliega relacionamente: colonialidad del poder, del saber, del ser y del género. En las aulas, y particularmente en la enseñanza médica, a través del currículum oculto se ve esa relación estructural donde se producen sistemas de privilegios, exclusión y dispositivos de violencia que ha generado sesgos epistémicos, desigualdades e injusticias. Lxs estudiantes de medicina han sido víctima de violencias patriarcales desde etapas tempranas de su formación hasta su formación como especialistas (residencia médica), normalizando la violencia como experiencia de aprendizaje, justificando y perpetuando tales acciones hacia pacientes. Sin embargo, no bastan medidas punitivas (protocolos ante casos de violencia de género), hay que apuntalar un trabajo de reflexión teórico-político, escuchar, dar la palabra, nombrar los problemas. Así, un giro afectivo y decolonial implica un trabajo de desmonte de sus elementos y un horizonte epistemológico-ético-político de posibilidad.

OBJETIVO

El objetivo es desarrollar un sistema de acompañamiento en Red a residentes de medicina ante las violencias de género que operan en prácticas de enseñanza-aprendizaje- evaluación, a partir de dos procesos generales (diagnóstico participativo y creación de propuestas micropolíticas de cuidado). Así, este proyecto abona desde lo pedagógico-ético- político para dar respuesta a las violencias mediante la producción de conocimientos y experiencias desde un trabajo colaborativo.

METODOLOGÍA

La violencia de género ha generado un corpus teórico y modelos de intervención que se

1 Universidad Nacional Autónoma de México. E-mail: a.ojeda@zaragoza.unam.mx

Este trabajo es parte de un proyecto PAPIIT IT201425, cuenta con financiamiento por parte de la DGAPA- UNAM.

centran en las víctimas, desarticulando la responsabilidad del agresor y dejando fuera el contexto y las respuestas sociales que contribuyen a su prevalencia. Por tanto, esta investigación se vincula mediante la producción de conocimientos específicos en materia de relaciones de poder (5), prevención, remediación y transformación de relaciones de violencia mediante la creación de recursos e incidencia participativa hacia la igualdad de género y el derecho a contar con políticas de cuidado. Este estudio parte de la investigación- acción participativa (6). Este trabajo aborda los resultados de 15 entrevistas semiestructuradas a médicas/os residentes (10 mujeres y 5 varones). Esta técnica es una poderosa herramienta de investigación que permite una aproximación a la acción social a través de la construcción discursiva de la experiencia del sujeto en un contexto específico. Parte de la consideración del punto de vista del sujeto como agente social y de la realidad como una construcción social en cambio.

RESULTADOS

Existe un continuum de violencias desde microscópicas hasta las sexuales y físicas en aulas y campos hospitalarios, lo que evidencia la pertinencia de la categoría “violencias patriarcales” pues da cuenta de las dificultades y obstáculos culturales, institucionales y académicas para visibilizarlas. Se identifican distintos procesos relacionales que tienden a naturalizar, invisibilizar, normalizar, justificar y tolerar prácticas académicas y violencias por género, raza y sexualidad. Éstas aumentan su intensidad y daño en rotaciones hospitalarias cuando se trata de medic@s de pregrado y de mayor intensidad en las residencias médicas, además no cuentan con mecanismos de protección, atención y seguimiento adecuados. Algunos procesos críticos identificados: los disciplinamientos y obediencia absoluta como método pedagógico en la formación médica impiden reconocer críticamente los abusos a base de privilegios, premios y castigos, estas relaciones de poder producen sufrimiento diferenciado por género que conllevan a la humillación, cosificación e instrumentalización de las más vulnerables. Ante estos resultados se requieren acciones urgentes, más allá de soluciones punitivas, desmontar las pedagogías de la crueldad/pactos patriarcales, apuntar hacia la grupalidad, pues tales comportamientos ocurren en presencia del grupo, convirtiéndose en apoyo para el agresor. No basta transformar el comportamiento del “tirano” sino del alumnado como otro actor clave, de ahí la necesidad de un enfoque participativo transformador.

CONCLUSIONES

Integrar la perspectiva de género en la formación médica es determinante para evidenciar violencias e incorporar una educación integral, humanizada, ética, crítica, incluyente y basada en derechos, formando a profesionales capaces de incidir en salud y transformar las inequidades psicosociales. Si bien existen datos globales y estadísticos, aún hay opacidad en la comprensión de sus formas que se dan relacionamente en contextos específicos (espacio-tiempo). En ese sentido priorizamos estudiar en profundidad un continuum de violencias en aulas y campos hospitalarios. Algunos procesos críticos identificados permitieron identificar los disciplinamientos y obediencia absoluta como método pedagógico en la formación médica impiden reconocer críticamente los abusos

a base de privilegios, premios y castigos, estas relaciones de poder producen sufrimiento diferenciado en mujeres y hombres que conllevan a la humillación, cosificación e instrumentalización. No basta corregir el comportamiento del agresor o “empoderar” a la víctima cuando no existen condiciones de cuidado, dignidad y seguridad, sino incidir hacia políticas de cuidado, de ahí la necesidad de un enfoque participativo transformador en Red.

REFERENCIAS

- (1) Segato R. Las estructuras elementales de la violencia. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; 2003.
- (2) Segato R. Contra-pedagogías de la crueldad. Buenos Aires: Prometeo; 2018.
- (3) Falquet J. La violencia doméstica como forma de tortura: reflexiones basadas en la violencia como sistema en El Salvador. Revista del CESLA. 2002;3:149-72.
- (4) Fernández-Chagoya M. ¿Hombres feministas? El complejo zigzagado sobre lo público y lo privado. México: CEAM-INAH; 2019.
- (5) Foucault M. Microfísica del poder. Madrid: La Piqueta; 1993.
- (6) Cortez C. Investigación y acción social. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2014.

VIVA MAIS COM MENOS PRECONCEITO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+

Eloisa Helena de Lima¹

Ana Carolina Moret Medeiros

Carlos Antonio Mesquita Neto

Nathália Maria Ladeira de Oliveira

INTRODUÇÃO

O projeto de extensão “Programa de Rádio Viva Mais: o seu encontro com a cidadania, o bem-estar e saúde” tem se consolidado como uma iniciativa inovadora, utilizando estratégias de comunicação diversificadas, como programas de rádio e de podcasts, que são divulgados pela Rádio UFOP Educativa, Instagram e Spotify.

Em consonância com o seu papel extensionista, o projeto não só oferece um serviço relevante à comunidade local, mas também proporciona aos estudantes a oportunidade de desenvolver habilidades de comunicação e pesquisa que complementam a prática tradicional em saúde.

Nas temporadas de 2023 e 2024, o “Viva Mais” estabeleceu uma parceria com o “Menos Preconceito é Mais Saúde: Divulgação científica da saúde da população LGBT” - projeto da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, que propõe ações de divulgação científica como forma de difundir as temáticas relacionadas à saúde da população LGBTQIAPN+.

Na era digital, com a desinformação e a banalização da ciência, é preciso desenvolver ferramentas capazes de disseminar o conhecimento científico, de modo a assegurar a confiabilidade das informações propagadas. Para isso, são necessários métodos capazes de reforçar o pensamento crítico e veicular evidências que possam ser alicerces para que crenças infundadas sejam desconstruídas (1).

OBJETIVO

A parceria entre os projetos teve como objetivo promover a educação em saúde de forma criativa e acessível, tanto por ser possível escutar os podcasts de forma gratuita quanto por ter uma linguagem clara para o público leigo.

A partir da divulgação de informação, é possível popularizar a ciência e fortalecer a cidadania. Dessa forma, pretende-se reduzir a discriminação e o preconceito institucional, que ainda representam barreiras de acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQIAPN+.

1 Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto. E-mail: eloisalima@ufop.edu.br

METODOLOGIA

As reuniões iniciais foram realizadas via Google Meet, facilitando a conciliação de horários entre professores, estudantes, entrevistados e coordenadores. O processo metodológico seguiu seis etapas bem definidas: revisão de literatura sobre cada tema abordado; reuniões com os entrevistados para alinhamento das principais ideias a serem discutidas; elaboração de roteiros acessíveis ao público em geral; adaptação dos roteiros para a linguagem radiofônica com suporte da equipe de jornalismo; orientação técnica aos participantes sobre o processo de gravação; gravação seguida de edição dos episódios. A gravação ocorreu no estúdio da Rádio UFOP, localizado na Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade Federal de Ouro Preto, e contou com profissionais da Rádio UFOP, estudantes de Jornalismo e Medicina, professora orientadora, coordenadora e entrevistados. O conteúdo final foi transmitido pela Rádio UFOP Educativa e disponibilizado também no Spotify. A divulgação ocorreu por meio dos canais institucionais dos parceiros, redes sociais, grupos de WhatsApp e listas de transmissão, garantindo maior alcance e engajamento do público.

RESULTADOS

O resultado principal foi a produção de 5 podcasts, cada um contando com convidados que de alguma forma estavam envolvidos em cada tema. O primeiro episódio fez uma contextualização do projeto, discutindo as propostas e ressaltando a importância da participação da população LGBTQIAPN+ como enfrentamento do preconceito. O segundo episódio discute sobre os marcos referentes à saúde dos LGBTQIAPN+ desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. O terceiro e quarto episódios abordam, respectivamente, sobre o processo de hormonização e sobre nome social, enquanto o quinto discute sobre profilaxia pré e pós-exposição (PrEP e PEP). Dessa forma, os temas escolhidos debatem sobre direitos e acesso à saúde da população LGBTQIAPN+, incluindo empecilhos para a garantia dos mesmos, por exemplo, o preconceito velado (2).

Diante disso, pode-se entender a divulgação de informações como um mecanismo para gerar conhecimento e enfrentar o preconceito. Nesse sentido, destaca-se o podcast, na atualidade, é uma ferramenta de impacto na divulgação científica e na tentativa de aproximação entre a sociedade e o universo acadêmico (1).

Cabe dizer que o quarto episódio foi aquele com maior número de visualizações (3057), curtidas (34), comentários (16) e contas alcançadas (1964) no Instagram®, enquanto o mais reproduzido (58) no Spotify® foi o terceiro. No total, os cinco podcasts somam 5335 visualizações até 07 de fevereiro de 2025. Assim, os dados demonstram um bom alcance e engajamento do público.

CONCLUSÕES

Os podcasts discutem temáticas extremamente relevantes no contexto do SUS, com enfoque em populações historicamente marginalizadas pela saúde pública. Por meio dos debates

com especialistas, fica evidente que, apesar de legislativamente garantida, a integralidade e o acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQIAPN+ não é uma realidade - devido a discriminação e a falta de capacitação dos profissionais de saúde (3). O podcast Viva Mais vai de encontro às barreiras enfrentadas por essa população, permitindo o enfrentamento ao preconceito por meio da divulgação científica via compartilhamento de informações verdadeiras e embasadas cientificamente. É importante salientar que, além da transmissão local na Região mineira dos Inconfidentes via Rádio UFOP, o projeto também ocorre na internet, o que amplia o seu alcance. Assim, destaca-se a importância da produção de mais episódios, que abordem outras temáticas da área e contem com ainda mais profissionais multidisciplinares.

REFERÊNCIAS

- (1) Borges DO. “E aí, pesquisador, comunicar pra quê?”: o podcast como estratégia e mídia para a divulgação da ciência [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2020 [citado 2025 mar 4]. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/32432>
- (2) Costa-Val A, Manganeli MD, Moraes VM, Cano-Prais HA, Ribeiro GM. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Physis* [Internet]. 2022 jul [citado 2025 mar 4];32(2):e320207. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/DsNnpXhPn7WrvGXDFXvMXvx/?lang=pt>
- (3) Pereira AG. Violência, homofobia, saúde, minorias sexuais e de gênero. *Braz J Health Rev* [Internet]. 2021 maio [citado 2025 mar 3];4(3):10937-48. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/29963>

VIVÊNCIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM PREVENTÓRIOS E PAVILHÕES INFANTIS: A POLÍTICA DE INSTITUIÇÕES TOTAIS NA HISTÓRIA DE TRATAMENTO EM HANSENÍASE

Lira Frade de Souza¹

Inhana Olga Costa Souza

Cordovil Neves de Souza

Leandro dos Santos Ferreira

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

INTRODUÇÃO

Segundo Goffman (1), a Instituição Total é um espaço onde um grupo de pessoas são excluídas ou separadas da sociedade, em um espaço fechado com todas as suas ações e comportamentos administrados por terceiros. Tal formato de instituição foi utilizado, em especial no século XX, como uma lógica da segregação e classificação de pessoas em categorias a serem tuteladas pelo Estado. A categorização de grupos de pessoas responde a uma nosologia médica, que por muitos anos organizou o espaço urbano para as pessoas consideradas hígdas, os normais, tais como militares e os religiosos, e o patológico, tais como as pessoas atingidas pela hanseníase e em sofrimento mental (2).

O presente trabalho se debruça sobre o grupo de Instituições Totais, segundo Goffman (1), destinadas às pessoas consideradas uma ameaça não-intencional à comunidade, como as colônias de hanseníase e os hospitais para pessoas em sofrimento mental. Na política de hanseníase, o Estado decretou a internação compulsória das pessoas com hanseníase em colônias e de seus filhos e filhas sadios em preventórios/educandários. Além disso, propõe-se um recorte da faixa etária dos sujeitos institucionalizados, tendo como foco as crianças e os adolescentes, devido ser um período de processos singulares de desenvolvimento cognitivo, físico e emocional.

OBJETIVO

Esta pesquisa busca analisar as vivências de crianças e adolescentes que foram internados em instituições totais, em especial os Preventórios construídos para a internação de filhos sadios de pessoas atingidas pela hanseníase e os Pavilhões de Crianças, inseridos dentro das colônias, destinado ao público infanto-juvenil acometido pela doença. Além disso, busca investigar o processo sócio-histórico de construção e desconstrução dessas instituições.

METODOLOGIA

O método adotado foi a história oral. A principal função da história de vida é retratar as experiências vivenciadas, bem como as definições fornecidas por pessoas, grupos ou organizações (3).

¹ Filiação institucional: Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: lirafraade5@gmail.com

Foram analisados documentos referentes a forma como era realizado o internamento e as consequências da institucionalização. As instituições de referência para a pesquisa são o Preventório São Tarcísio (Mário Campos, MG) e o Pavilhão de Crianças da Colônia Santa Izabel (Betim, MG). Na revisão bibliográfica narrativa foram analisadas fontes de domínio público, tais como: livros, entrevistas, dissertações e reportagens sobre o tema publicados em meios eletrônicos e físicos.

Dessa forma o estudo utilizará da triangulação de dados, que em pesquisa qualitativa é uma técnica que envolve o uso de múltiplas fontes, métodos, teorias ou investigadores para coletar e analisar dados, com o objetivo de aumentar a credibilidade e a validade dos resultados (4). Os dados serão analisados por meio da análise de conteúdo, que busca analisar os significados, como estruturas sociológicas e os significantes, por meio das estruturas semânticas (5).

RESULTADOS

Na primeira metade do século XX, o Brasil estava em processo de efetivação enquanto República. A reforma sanitária estava intensificada, devido ao aumento de epidemias. Nesse cenário, a legislação tornou-se permissiva para a internação compulsória de pessoas em situação de vulnerabilidade, inclusive de crianças e adolescentes (6).

A hanseníase era vista como uma doença milenar, marcada historicamente por forte estigmatização. Em 1923, a política nacional de profilaxia da lepra foi adotada como política de Estado, implementando a internação compulsória. Sendo construídos 33 hospitais colônias para internação de pacientes, 102 dispensários para diagnósticos e 36 preventórios destinados à segregação dos filhos dos internos das colônias (7).

Os preventórios foram justificados como uma ação de tratamento preventivo de filhos sadios de pessoas portadoras de hanseníase. Esses foram administrados pelo Estado, por meio de entidades filantrópicas, com estrutura restrita e fechada. A sua manutenção era realizada por via de subsídios do governo e por campanhas de arrecadação de fundos provenientes da sociedade civil. Já os pavilhões de crianças estavam inseridos dentro das colônias de hanseníase, no qual eram administradas por órgãos governamentais e dispunham de estrutura semelhante às pequenas cidades. Desse modo, uma instituição total dentro de outra (7).

Os relatos dos viventes de ambas as instituições retratam episódios de violações de direitos, violências e desaparecimento de crianças. No final da Era Vargas, a política de isolamento compulsório da hanseníase foi enfraquecida e os investimentos estatais reduzidos. Apesar disso, o Brasil manteve a política de isolamento até o ano de 1986 (7).

CONSIDERAÇÕES

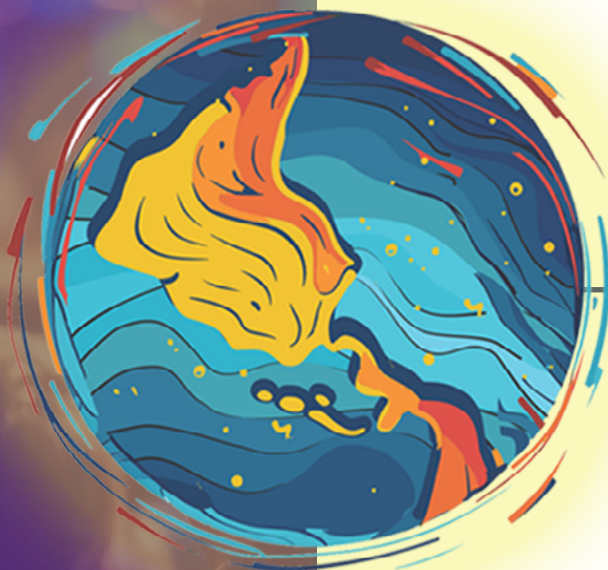
No processo de redemocratização, com a promulgação da Constituição de 1988, há uma importante mudança na lógica de tratamento de saúde coletiva em liberdade. O desenvolvimento

do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 também marcou um importante avanço para a garantia de direitos e de cidadania para as crianças e adolescentes brasileiros. Concernente aos processos de institucionalização, houve o encerramento da prática de internação prolongada para os tratamentos de hanseníase e o incentivo ao cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, desvincular dessa visão de mundo e das práticas higienistas levam tempo e esforço para serem superadas. É preciso reconhecer os avanços, combater os retrocessos e analisar os próximos passos para a consolidação de políticas públicas de proteção integral infanto juvenil e para o tratamento eficaz da hanseníase pautadas na atenção, cuidado e dignidade humana.

REFERÊNCIAS

- (1) Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 2015.
- (2) Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2022.
- (3) Neto OC. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994. p. 51–66.
- (4) Santos KDA, Lima A, Ferreira M, Souza TV, Leite JL. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(2):655–664. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>
- (5) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
- (6) Pereira JD, Almeida J, Fernandes RM, Silva GP. As crianças no Hospital Colônia Infantil de Oliveira (MG): uma história institucional. Psicol Soc. 2022;34:e230327. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2022v34255483>
- (7) Souza IOC, Costa LA, Andrade IC. O “cárcere” dos inocentes: os preventórios para os filhos dos pacientes de hanseníase no Brasil. e-cadernos CES. 2022;37:1–21. DOI: <https://doi.org/10.4000/eces.7162>



**XVIII CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
Y SALUD COLECTIVA**

**XVIII CONGRESSO
LATINO-AMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
E SAÚDE COLETIVA**

**4 - 8 DE AGOSTO DE 2025
UERJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

EJE 6: POLÍTICAS Y MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

EIXO 6: POLÍTICAS E MODELO DE CUIDADO

Comunicación Oral/Comunicação Oral

EJE 6: POLÍTICAS Y MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD/

EIXO 6: POLÍTICAS E MODELO DE CUIDADO

Comunicación Oral/Comunicação Oral

A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO BRASIL E O DESAFIO DA GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL NO SUS.....	733
A COMUNICAÇÃO DO ÓBITO FETAL E A AUSÊNCIA DE PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS.....	736
A HISTÓRIA DO FUTURO DO COLETIVO DE ESTUDANTES DO IMS: PROTAGONISMO DISCENTE NA CONSTRUÇÃO E DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE COLETIVA.....	739
A POTÊNCIA DA TERRITORIALIZAÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE.....	742
ACESSO E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL A MULHERES MIGRANTES VENEZUELANAS EM UMA CIDADE DO NORTE DO BRASIL.....	745
AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AO ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA: UM ESTUDO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	748
ACOMPANHAMIENTO Y CUIDADOS EN EL EMBARAZO Y PARTO RESPETADOS EN ARGENTINA. TENSIONES VINCULARES EN LOS MODELOS DE ATENCIÓN.....	751
ALCANCES Y DESAFÍOS EN EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS, EN SEIS CESFAM DEL VALLE DE ACONCAGUA. V REGIÓN. CHILE.....	754
ANÁLISE DOS DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DA GESTÃO MUNICIPAL NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RECIFE: UM ESTUDO PILOTO.....	757
APRENDIZAJE EN TERRITORIO COMO ESTRATEGIA PEDAGÓGICA CIENTÍFICA, ÉTICO Y CULTURAL EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN MEDICINA.....	760
APRENDIZAJE SITUADO: ENCUENTRO DE ESTUDIANTES DE CARRERAS DE LA SALUD CON COMUNIDADES MAPUCHES EN LA COMUNA DE LA PINTANA EN LA ASIGNATURA SALUD COLECTIVA.....	763
ARTE: UM ANTIRRETROVIRAL SOCIAL.....	766
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ONCOLOGIA: POSSIBILIDADES E ENTRAVES A PARTIR DE UM ESTUDO DE CASO.....	768
ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE LA MUJER: UNA MIRADA DESDE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS.....	771
ATUAÇÃO DO PROJETO FRENTE PARLAMENTAR DA VACINA NO MUNICÍPIO DE MARICÁ.....	774
AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: OFICINAS COLABORATIVAS E FASE PILOTO.....	777
“BEM VIVER” INDÍGENA NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA E SEUS PRIMEIROS RESULTADOS*.....	780
BROTAR(NOS) Y POLINIZAR(NOS) ENTRE RÍOS Y FUERZAS DEL SUELO: RESIDENCIAS TRANSDISCIPLINARES INTENSIVAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CUIDADO DE BIENES COMUNES.....	783

CARTOGRAFIA DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: PERSPECTIVAS NOS ESTADOS BRASILEIROS DA AMAZÔNIA LEGAL.....	786
¿CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA O CONSULTORIO BARRIAL?	789
COLABORAÇÃO ENTRE A GESTÃO E AS UNIVERSIDADES PARA O FORTALECIMENTO DAS REDES DE SAÚDE: O COSEMS RJ E SUAS PRINCIPAIS PARCERIAS ESTRATÉGICAS	792
CONSTRUÇÃO DE MATRIZ DE AÇÕES COLETIVAS DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE A PARTIR DE REVISÃO DE ESCOPO E FÓRUM INTERNACIONAL *	795
COOPERAÇÃO BRASIL E MOÇAMBIQUE: EXPERIÊNCIAS DE UMA DOUTORANDA EM SAÚDE COLETIVA NO INCRÔNICA 2024	798
CUIDADO COMO AÇÃO POLÍTICA DAS MULHERES NA PANDEMIA: DIÁLOGOS ENTRE CUIDADO INTEGRAL COMUNITÁRIO EM SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DO CUIDADO	801
DA BOCA DEPÓSITO DE DENTES À BOCA SOCIAL: A BUCALIDADE COMO FERRAMENTA DE INOVAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL.....	804
DE LA EXCLUSION AL CUIDADO: DESAFIOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY DE SALUD MENTAL.....	807
DEBATES, REBATES E EMBATES DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB	810
DEFINICIÓN DE DESCRIPTORES EN TORNO A ACCIONES COLECTIVAS DE CUIDADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA UNA REVISIÓN DE ALCANCE.....	813
DESAFIOS DA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO INTEGRAL AO ABORTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES À LUZ DE EXPERIÊNCIAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS.....	816
DESCOLONIZAR LA EDUCACIÓN MÉDICA: LA EXPERIENCIA DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNPAZ*	819
DESCOLONIZAR O CUIDADO NA RELAÇÃO CAMPO-CIDADE: EXPERIÊNCIAS EM SALVADOR E RIO DE JANEIRO, BRASIL	822
DIMENSÕES SOCIOCULTURAIS NA ABORDAGEM DO LUTO APÓS ÓBITO FETAL: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO INTEGRAL.....	825
DISPUTAS POR LA VERDAD: EL CONCEPTO DE APS EN LAS LUCHAS POR EL DERECHO A LA SALUD EN REPÚBLICA DOMINICANA	828
DOCUMENTÁRIO VOZES NO JARDIM: CUIDADO EM LIBERDADE DENTRO DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO CENTENÁRIO NA CIDADE DE PORTO ALEGRE	831
ECOS DEL PRIMER NIVEL EN LA RUTA HACIA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD: RELATO DE EXPERIENCIA DE UNA ESTANCIA ACADÉMICA EN MÉXICO	834
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRALES Y TRANSFORMADORES DESDE EL PENSAMIENTO CRÍTICO LATINOAMERICANO EN JUJUY, ARGENTINA.....	837
EL CUIDADO INVISIBLE: FEMINIZACIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO Y DESAFÍOS PARA UNA POLÍTICA INTEGRAL DEL CUIDADO EN SALUD	840

ELABORACION COLECTIVA DE POLÍTICA DE SALUD INTERCULTURAL PARA UN HOSPITAL DE ATENCION SECUNDARIA - CHILE. LA COMUNIDAD INDICA Y PROPONE	843
ENFERMEDADES TERMINALES Y LA NUEVA RURALIDAD: EL GIRO AFECTIVO EN FAMILIAS Y FUNCIONARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA COMUNA DE COLBÚN 2020-2023.....	847
ENTRE RACISMO AMBIENTAL E PRODUÇÃO DE RESISTÊNCIAS NOS TERRITÓRIOS: CARTOGRAFANDO ENFRENTAMENTOS AO <i>CONTINUUM</i> COLONIAL NA CIDADE DE SALVADOR/BA.....	850
ENTRE VIVÊNCIAS DE RACISMOS E TESSITURAS DE INSURGÊNCIAS DE MULHERES NEGRAS: CARTOGRAFANDO A PRODUÇÃO DE CUIDADOS TERRITORIAIS NA CIDADE DE SALVADOR/BA	853
ESPACIO SOCIAL DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD BUCAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.....	856
ESTRATÉGIAS CULTURAIS EM MANGUINHOS: MAPEAMENTO E CATALOGAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DE CULTURA E SAÚDE MENTAL	859
EVOLUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA Y SALUD COLECTIVA: ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO MULTIDIMENSIONAL (1970-2020)	862
FORTALECIENDO LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA Y EL EMPODERAMIENTO DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DE SALUD EN MÉXICO	865
GESTÃO AUTÔNOMA DA VIDA: EXPERIÊNCIA TERRITORIAL DE DESCOLONIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	868
GRUPO OPERATIVO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO MÉDICA.....	872
HACIA UNA MIRADA DESCOLONIAL PARA PENSAR OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE PSICOLOGÍA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA*	875
HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN UN HOSPITAL DE 2DO NIVEL DEL GRAN BUENOS AIRES	878
HISTORIA FAMILIAR INTEGRAL: DESARROLLO DE UN APLICATIVO PARA EL CUIDADO DE LA VIDA DE LAS FAMILIAS EN LOS TERRITORIOS	881
IMPLANTAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM PERNAMBUCO: POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA TRANSFORMAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	884
INFANCIAS MAPUCHE Y SALUD EN CONTEXTO DE VIOLENCIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA PARA EL DISEÑO DE MODELOS DE ATENCIÓN ÉTICOS, DECOLONIALES E INTERCULTURALES EN LA ARAUCANÍA-CHILE	887
INTEGRAÇÃO DA MEDICINA SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA COMUNIDADE FILIPINA DE EL RAVAL, BARCELONA	890
INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA E ADOLESCER: APROXIMAÇÕES E DESCOMPASSOS ENTRE TRABALHADORAS/ES E ADOLESCENTES ANTE AS NECESSIDADES DE SAÚDE.....	893
LAS COMPLEJAS TRANSICIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE MERCADO HACIA LA UNIVERSALIZACIÓN DEL ACCESO. LA EXPERIENCIA DE CHILE Y MÉXICO.....	896
LAS ISAPRES Y SU SUPERVIVENCIA A EXPENSAS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE CHILE.....	899

MEMORIA Y FUTURO DE UN PROYECTO CONTRAHEGEMÓNICO: 60 AÑOS DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA EN AMÉRICA LATINA (1960-2020)	901
<i>MINDFULNESS</i> NA SAÚDE E EDUCAÇÃO - A EXPERIÊNCIA DO PROJETO MEDITASUS.....	904
A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO BRASIL E O DESAFIO DA GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL NO SUS.....	907
MODELO DE ATENCIÓN, PRÁCTICAS Y TENSIONES EN EL ESPACIO SOCIAL DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD BUCAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	910
MODELO DE ATENCIÓN: PERCEPCIONES DE LOS TRABAJADORES PROFESIONALES DE UN CENTRO DE SALUD DE ROSARIO	913
MODELOS DE ATENCIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADO EN ZONAS RURALES DEL SUR DE CHILE INFLEXIONES POSIBLES	916
NARRATIVAS EM MOVIMENTO: A PRÁXIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM CARTAS PEDAGÓGICAS	919
O CUIDADO NA MARGEM-CENTRO	922
O OLHAR MÉDICO SOBRE A HESITAÇÃO VACINAL	925
O QUE PENSAM JOVENS TRANS, TRAVESTIS E NÃO BINÁRIOS SOBRE SUAS EXPERIÊNCIAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE? NARRATIVAS A PARTIR DE UM ESTUDO SOCIOANTROPOLÓGICO EM DIFERENTES MUNICÍPIOS BRASILEIROS	928
O SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: ENTRE A PRÁTICA PROFISSIONAL E OS CAMINHOS DO TRABALHO EM EQUIPE.....	931
O SUS E A COOPERAÇÃO INTERFEDERATIVA: O PAPEL ESTRATÉGICO DAS COMISSÕES INTERGESTORES NA REGIÃO METROPOLITANA I DO RIO DE JANEIRO	934
PENSAR JUNTAS: A EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO CONSULTIVO DE ADOLESCENTES EM UMA PESQUISA SOBRE AUTOMUTILAÇÃO	937
PERCEPÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA POR AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE E PESCADORAS ARTESANAIS EM ZONA DE SACRIFÍCIO AMBIENTAL.....	940
PERFIL DOS MÉDICOS DA AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SUS ATUANTES NO PROVIMENTO FEDERAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	943
POLÍTICAS SANITARIAS Y PROCESOS DE SUBJETIVACIÓN EN LA ASISTENCIA, GESTIÓN E INVESTIGACIÓN DE UNA ENFERMEDAD DESATENDIDA EN EL SUR GLOBAL.....	946
POR UMA CIÊNCIA SENSÍVEL, INTERDISCIPLINAR E INTERCULTURAL PARA RESGATAR A SABEDORIA NA RELAÇÃO COM A NATUREZA	949
POSIBILIDADES DE UNA PRÁCTICA DE ENSEÑANZA EN MEDICINA POR FUERA DEL HOSPITAL COMO ESPACIO FORMATIVO. CERCANÍA Y LOCALIDAD EN PROCESOS FORMATIVOS.....	952
PRÁTICAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A PRODUÇÃO DE CONEXÕES ENTRE CONHECIMENTOS CIENTÍFICOS, SABERES TRADICIONAIS E POPULARES PARA A SAÚDE COLETIVA.....	956
PRÁTICAS E SABERES QUE VÊM DAS MARGENS: (RE)CONHECENDO REPERTÓRIOS DE CUIDADO EM BH E CONTAGEM/MG.....	959

PREP NA AMÉRICA DO SUL: REFLEXÕES ETNOGRÁFICAS SOBRE DIFERENÇAS, DESIGUALDADES E VULNERABILIDADES	962
PREVALENCIA DE NECESIDADES PALIATIVAS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES SEGÚN NECPAL CCOMS-ICO (PERÍODO JUNIO-AGOSTO 2024)	965
PROCESSO AVALIATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O PAPEL DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA QUALIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO LOCAL.....	968
PRODUZINDO PARTILHAS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: REFLETINDO SOBRE FORMAÇÃO TÉCNICA NO WORLD CAFÉ	970
PROGRAMA MAIOR CUIDADO: CONTRIBUIÇÕES DO PROJETO PILOTO PARA A INTEGRAÇÃO INTERSETORIAL EM SALVADOR (BA).....	973
PROPOSIÇÕES PARA O ENTENDIMENTO DO CUIDADO COMO PRÁTICA ESPECULATIVA DE NOVOS MUNDOS POSSÍVEIS.....	976
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM DIÁLOGO SOBRE OS EFEITOS DA DESCENTRALIZAÇÃO MUNICIPALIZADA E DESAFIOS PARA A REGIONALIZAÇÃO NO BRASIL	979
REDES DE CULTURA E CUIDADO: PROMOVEDO SAÚDE MENTAL NA FAVELA CIDADE DE DEUS	982
REFLEXIONES METODOLÓGICAS SOBRE EL TRABAJO EN COMUNIDADES: RANCHADA TEÓRICA Y SABERES SILENCIADOS	985
REFLEXÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO ONLINE BASEADA NO PROMOVE-UNIVERSITÁRIOS.....	988
REPERCUSIONES DE LAS POLÍTICAS DE AJUSTE SOBRE EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD- ATENCIÓN-CUIDADO: UNA MIRADA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	991
RETOS EN LA ATENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD EN MÉXICO	994
SABERES E PRÁTICAS POPULARES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO – CONFABULANDO OUTROS MUNDOS PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	997
SALUD COLECTIVA, GÉNERO Y COLONIALISMO SANITARIO: UNA MIRADA DESDE IRUYA-SALTA, ARGENTINA	1000
SALUD PÚBLICA EN ZONAS RURALES EXTREMAS ENTRE DESAFÍOS Y REALIDADES	1002
SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS: COMO LIDAR E COMUNICAR AS INCERTEZAS DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO.....	1005
SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO ASSISTENCIAL POTENCIAL PARA ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE: COMPARATIVO ENTRE BRASIL, ESPANHA, PORTUGAL E ITÁLIA	1008
SAÚDE E AGROECOLOGIA COM POVOS DE TERREIRO: INTEGRAÇÃO ENTRE PRÁTICAS TRADICIONAIS E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL.....	1011
SAÚDE EM COMUNIDADES: AÇÕES DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE	1013
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E A PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL NO ADOLESCER: TENSÕES, DISPUTAS E PERMANÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE MUNICÍPIOS PAULISTAS.....	1016

“SINERGIA VITAL” LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA GENERALISTA NEURALTERAPÉUTICA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD: UNA EXPERIENCIA DE ALEGREMI Y AMISTOSOFÍA.....	1019
SOBRE ADIAR O FIM DO MUNDO: EXPERIÊNCIA DE REINVENTAR ESPAÇOS DE FAZER CIÊNCIA	1022
TÍANÁLISIS DE LA RED DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN LA ZONA SUR DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	1025
TRANSFORMANDO EL MONOVALENTE. LOGROS Y DESAFÍOS PENDIENTES EN 5 AÑOS DE GESTIÓN.....	1028
TRIAGEM E AVALIAÇÃO DA SAÚDE FÍSICA ENTRE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1031
UNIVERSALIZACIÓN DE LA APS EN CHILE: UNA POLÍTICA NEOLIBERAL QUE REPRODUCE INEQUIDADES.....	1033
VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE A PARTIR DA FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA MAIS SAÚDE COM AGENTE.....	1036
VOZES NEGRAS - CULTURA E SABER DOS POVOS TRADICIONAIS E POVOS ORIGINÁRIOS.....	1039

A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO BRASIL E O DESAFIO DA GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL NO SUS

Carla Fabiane Wojciekowski¹

Cristian Fabiano Guimarães

Rosemarie Andreatza

Luis Fernando Nogueira Tofani

Arthur Chioro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este estudo qualitativo parte de uma pesquisa de doutorado, originada de uma investigação multicêntrica, em parceria com o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de São Paulo (1). O foco é analisar os desafios na qualificação do diagnóstico da Atenção Especializada (AE) no Brasil ao destacar tensões na AE no SUS, correlacionadas à lógica neoliberal que privatiza a saúde, enfraquecendo o sistema público. Problematisa os movimentos e a constituição da AE, além da construção de redes de cuidados especializados, ao considerar os interesses e disputas em jogo (2,3). A saúde é apresentada como produto a ser consumido, submetida à lógica mercantil, que fragiliza o SUS e determina os processos de gestão e planejamento atuais. A AE naturalizada em seus formatos e arranjos de cuidado, enfrenta alta demanda e escassez de serviços. O estudo critica o modelo biomédico dominante, marcado pela superespecialização e privatização da AE, que opera como ecossistema de prestadores de serviços contratualizados pelo SUS em uma gestão interfederativa precária e insuficiente, com baixa capacidade regulatória governamental. Propõe a análise das micropolíticas que modulam a AE no SUS contemporâneo, enfocando as forças difusas e heterogêneas que modulam a AE enquanto práticas de governo que regulam a vida, com ênfase na medicalização do indivíduo e na privatização da experiência do cuidado.

OBJETIVO

O objetivo do estudo é analisar a micropolítica da AE no Brasil, a partir da implementação da Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES/2023) e da implantação do Programa de Mais Acesso Especialistas (PMAE/2024). Diante das disputas e jogos de força que atravessam os projetos no campo da saúde coletiva, compreender a micropolítica da AE problematizando os processos de gestão, arranjos e produção do cuidado no SUS.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo cuja estratégia de investigação é o método genealógico-cartográfico (4,5), que tem como ponto de partida a análise dos saberes que investem a AE no Brasil, problematizar o

1 Doutoranda Unifesp E-mail: carla.fabiane@unifesp.br

que naturaliza a AE no cotidiano da gestão e da produção do cuidado no SUS. Busca-se mapear as forças, disputas de forças e intencionalidades que investem a AE e suas diferentes formas de expressão. Entender quais discontinuidades caracterizam esse domínio e identificar possíveis linhas de fuga e/ou pontos de ruptura capazes de deslocar a AE do modelo privatista e da lógica de mercado que lhe é característica (3, 6). A pesquisa emprega estratégias como análise documental de relatórios produzidos que deu origem a este estudo (1) observação participante nos cenários de gestão e nos serviços ambulatoriais especializados, registro em diários de campo, entrevistas com gestores, trabalhadores e usuários do SUS, além de coleta de materiais de outras fontes de informação. O estudo segue os preceitos éticos da Resolução CNS 510/2016, Lei Federal 13.708/18 (LGPD), aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP (parecer nº 6.621.336), contribuindo para a pesquisa nacional em parceria com o Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Este estudo encontra-se em fase inicial, com resultados preliminares que não são conclusivos. A análise aborda os desafios da gestão do cuidado integral, destacando as primeiras linhas de força que emergem sobre os saberes e práticas na saúde, considerando suas possibilidades, discontinuidades, mudanças, devires e potências. A aproximação inicial sugere pistas sobre a micropolítica da Atenção Especializada (AE) no Brasil. A pesquisa contribui com a reflexão sobre as formas de governo e as tecnologias de controle na gestão da saúde, propondo uma análise crítica das práticas de governamentalidade no SUS. A AE tem sido modelada por saberes especializados e normas de governança, que, por vezes, se apresentam como inovação, mas em outras, reforçam construções conservadoras. Embora as políticas atuais sobre a AE sugiram mudanças, sua implementação enfrenta desafios e resistências, em especial pelo predomínio do modelo tecnocrático e biomédico. Dados preliminares indicam que a governança da saúde envolve a produção de sujeitos e vidas ajustadas a um sistema normativo, sustentado por uma lógica utilitarista e de autorregulação, o que pode intensificar a fragmentação do cuidado e a privatização da saúde. O estudo ainda revela que as diversas narrativas sobre a AE e suas modulações competem por poder e mercado, impactando o financiamento e a regulação dos serviços de saúde. Identificou-se também a coexistência de modelos assistenciais fragmentados e práticas alternativas que, embora utilizem tecnologias leves e modelos relacionais de cuidado, acabam sucumbindo à lógica de mercado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A pesquisa, ainda em curso, analisa as dinâmicas de resistência e rearranjos possíveis na gestão e no cuidado em saúde no SUS. Apesar da fragmentação e disputas, há potencial para a construção de alternativas que busquem maior inclusão e qualidade na Atenção Especializada (AE) no Brasil. Quando prestamos atenção às micropolíticas que investem a AE no Brasil colocamos as condições de possibilidade para pensar no que foge às modulações que naturalizam esse domínio na lógica privada de mercado. Com isso, torna-se possível refletir sobre os desafios da AE e as suas contradições, destacando

as tensões entre a lógica pública do SUS e as pressões neoliberais que disputam as políticas de saúde no Brasil. O estudo sugere que as micropolíticas em andamento, ao deslocarem as linhas de força que as determinam, podem trazer novas perspectivas ao superarem as limitações no campo da gestão e da produção do cuidado em redes.

REFERÊNCIAS

- (1) TED – SAES/MS; Lascol/EPM/Unifesp. Apoio à formulação e implementação da PNAES no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
- (2) Chioro AL, Solla DR. Ambulatório especializado: uma análise do modelo de atendimento. *Rev Saude Publica*. 2020;52(3):123-34.
- (3) Cecilio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saude Publica*. 2014;30(7):1502-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>
- (4) Zambenedetti G, Silva RAN. Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. *Psicol Soc*. 2011;23(3):454-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000300002>
- (5) Foucault M. Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1978–1979). São Paulo: Martins Fontes; 2008.
- (6) Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as RAS. *Cien Saude Colet*. 2021;26(10):4769-82. DOI:

A COMUNICAÇÃO DO ÓBITO FETAL E A AUSÊNCIA DE PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS

Jaqueline Sousa Leite¹
Julie Higuti Fukushima
Isis Teixeira e Silva Santana
Marcia Furquim de Almeida
Hillegonda Maria D. Novaes
Rossana P. V. Francisco
Nelson Gouveia
Zilda Pereira da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A mortalidade fetal é um importante problema de saúde pública global. As taxas de mortalidade fetal variam entre 2,0 óbitos até mais de 40 óbitos para cada mil nascimentos e o Brasil encontra-se na faixa intermediária, com 10,4 óbitos por mil nascimentos (1).

O óbito fetal está intrinsecamente conectado a um luto singular. O luto é a reação emocional que sentimos quando perdemos algo importante, como uma relação, um projeto ou um sonho. Ele envolve um sofrimento profundo e é um processo único, pessoal e complexo (2). É um evento significativo, no qual o estigma social e a qualidade do atendimento afetam a dor e o sofrimento da família (3). No contexto de morte fetal, a comunicação sensível e assertiva, aliada a ambiência adequada desempenha um papel fundamental na minimização dos impactos emocionais enfrentados pelos pais.

Diante deste cenário, torna-se necessário uma abordagem mais humanizada para as situações de óbito fetal, garantindo apoio emocional e psicológico adequado aos pais. Além disso, a definição de diretrizes claras e padronizadas para os profissionais de saúde é crucial para qualificar a assistência e promover o suporte necessário. O avanço na pesquisa sobre cuidados após o óbito fetal também é essencial para entender as necessidades das famílias e desenvolver intervenções eficazes.

OBJETIVO

Compreender as experiências das mulheres ao receberem a notícia do óbito fetal, analisando como a comunicação foi conduzida pelos profissionais de saúde em diferentes contextos assistenciais.

1 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Coordenadora da Pós-Graduação em enfermagem obstétrica da Universidade Santo Amaro. São Paulo, SP, Brasil. Email: jaquelineleite@usp.br

METODOLOGIA

Esse estudo exploratório de natureza qualitativa vinculado ao projeto multidisciplinar Mortalidade Fetal: desafios do conhecimento e da intervenção (FetRisks), projeto temático FAPESP 2016/07765-0. O projeto base é um estudo de caso controle prospectivo realizado em 14 hospitais públicos do município de São Paulo (4). Para o subprojeto sobre luto foi obtida uma subamostra de 97 mães com perda fetal, para as quais foram aplicados dois instrumentos: a) questionário socioeconômico e de histórico gestacional aplicado no hospital e b) entrevista com roteiro semiestruturado, aplicada em domicílio após a ocorrência do óbito fetal, abordando as vivências individuais e familiares do luto após a perda fetal, contexto da notícia sobre a perda, pensamentos e sentimentos a respeito da perda, rede de apoio, entre outros. As entrevistas foram transcritas literalmente utilizando o software Reshape e, em seguida, realizou-se dupla conferência da transcrição. A análise das entrevistas foi realizada utilizando o software Nvivo, considerando a categoria “As marcas emocionais frente à perda fetal” e a subcategoria “O impacto imediato após a notícia da perda fetal”.

RESULTADOS

A maioria das mulheres tinha de 20 a 34 anos, raça/cor não branca, pelo menos o ensino fundamental completo, e 12 mulheres tiveram óbito fetal anterior. Em relação à gestação atual, predominaram os fetos <32 semanas de gestação. Todas fizeram pré-natal.

A maioria relatou que a comunicação do óbito foi de forma direta, sem apoio emocional e/ou encaminhamento para serviços de suporte psicológico após a notícia, e estavam acompanhadas pelo companheiro ou membro de sua rede de apoio. Ressalta-se que parte da pesquisa ocorreu durante a Covid-19, podendo ter influência na presença de acompanhantes.

A presença ou ausência de membro da rede de apoio influenciou significativamente a experiência. Mulheres que estavam sozinhas tiveram maior dificuldade de processar a informação, sentindo-se desamparadas e vulneráveis, no momento.

Sobre a atuação do profissional de saúde era esperado pela maioria das mulheres um atendimento mais empático, sem uso de termos técnicos e com olhar acolhedor. Por outro lado, alguns profissionais prestaram assistência acolhedora e respeitosa, sendo reconhecido esse atendimento humanizado e respeitoso, possibilitando à mulher expressar os seus sentimentos.

O grande momento de vulnerabilidade emocional foi na confirmação do diagnóstico do óbito. A ausência dos batimentos do coração foi devastadora. A notícia foi inesperada, de forma que demoraram a processá-la e não confiaram no diagnóstico. Poucas mulheres sabiam do risco de morte fetal, em geral devido a anomalias congênitas identificadas no pré-natal. Os sentimentos relatados foram pânico, choro intenso, tremores e sensação de sufocamento, tornando esse momento ainda mais delicado e complexo. Estas reações podem dificultar a comunicação do profissional de saúde, tornando o atendimento mais delicado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A notícia do óbito fetal, para a maioria das mulheres, ocasionou uma dor profunda, intensificada pela forma como a notícia foi transmitida, pela ausência de acolhimento e falta de apoio emocional. É indispensável que os profissionais de saúde tenham uma abordagem sensível e empática, reconhecendo o impacto devastador da perda e oferecendo o suporte necessário para que as famílias enfrentem o luto de maneira mais saudável. A negligência, despreparo e falta de empatia, podem intensificar o sofrimento das famílias enlutadas.

Desta forma, identificou-se a necessidade de protocolos institucionais, diretrizes padronizadas e treinamento na comunicação de más notícias para os profissionais de saúde. Além de oferecer suporte psicológico para as famílias enlutadas, também é importante desenvolver programas de apoio emocional para os profissionais de saúde que lidam rotineiramente com a perda fetal.

REFERÊNCIAS

- (1) Lawn JE, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587-603. DOI:10.1016/S0140-6736(15)00837-5.
- (2) Bousso RS. A complexidade e a simplicidade da experiência do luto. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(3):249-56. DOI:10.1590/S0103-21002011000300001.
- (3) Kingdon C, et al. The role of healthcare professionals in encouraging parents to see and hold their stillborn baby: a meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One*. 2015;10(7):e0130059. DOI:10.1371/journal.pone.0130059.
- (4) Buralli RJ, et al. Assessing the risks for stillbirth in São Paulo, Brazil: protocol for a multidisciplinary case-control study - FetRisks. *BMJ Open*. 2024;14(6):e079261. DOI:10.1136/bmjopen-2023-079261.

A HISTÓRIA DO FUTURO DO COLETIVO DE ESTUDANTES DO IMS: PROTAGONISMO DISCENTE NA CONSTRUÇÃO E DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE COLETIVA

Gabriel de Almeida Belmonte¹

Luis Phillipe Nagem Lopes²

Julia Xavier Biagi Paulo³

Vanessa de Oliveira Gomes Gonçalves⁴

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Os seminários de pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) ocorrem desde 2006, e o Coletivo de Estudantes, surgido em 2012, tem uma trajetória historicamente vinculada a eles. Formado a partir de um agrupamento orgânico de discentes, o coletivo teve como primeiro objetivo organizar o seminário como espaço de encontro entre as três áreas de concentração em Saúde Coletiva — Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; e Política, Planejamento e Administração em Saúde —, promovendo também o diálogo com profissionais da saúde e ativistas (1). Paralelamente, o coletivo passou a atuar politicamente no instituto, contribuindo para conquistas como a mudança nos critérios de cotas, a inclusão do espanhol como idioma alternativo ao francês no processo seletivo, a criação de um grupo de trabalho sobre acesso e permanência, além da atuação durante a pandemia e da mobilização coletiva diante da gestão da crise na UERJ em 2024 (1). Após um hiato entre 2017 e 2023, o seminário foi retomado em sua 12ª edição (2) e, em 2024, realizou-se a 13ª edição, próxima aos 50 anos do IMS. Este relato, portanto, descreve a experiência de discentes do IMS/UERJ, membros do Coletivo de Estudantes, que atuaram na comissão organizadora da última edição do Seminário de Pesquisa, realizada em 2024.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo descrever a construção da 13ª edição do seminário discente do IMS, realizada em 2024, e refletir sobre o protagonismo estudantil como uma oportunidade de construir um espaço de produção coletiva de saberes, que preserva a memória institucional e tece reflexões críticas sobre os rumos da Saúde Coletiva no Brasil e seu compromisso com a justiça social.

1 Instituto de Medicina Social da UERJ. E-mail: gabrieldealmeidabelmonte@gmail.com.

2 Instituto de Medicina Social da UERJ. E-mail: luisphilopes@gmail.com.

3 Instituto de Medicina Social da UERJ. E-mail: julioxavier.13@gmail.com.

4 Instituto de Medicina Social da UERJ. E-mail: vanessaogg.psi@gmail.com.

DESENVOLVIMENTO

Na 13ª edição do Seminário de Pesquisa do IMS/UERJ, propusemos abrir caminhos de reflexão sobre os próximos 50 anos da Saúde Coletiva no Brasil. Fundado em 1974, o instituto protagonizou importantes de-formações de mestres e doutores, contribuindo significativamente para a consolidação da Saúde Coletiva como campo científico, político e social, tanto no Brasil como em contextos internacionais. Após 50 anos de sua fundação, inspirados em Krenak (3), o seminário foi orientado pela seguinte pergunta: qual é a Saúde Coletiva que nós estamos empacotando para deixar às gerações futuras? Essa reflexão se deu à luz dos múltiplos processos sociais, políticos, econômicos e ambientais -recentes e históricos - que nos atravessam: os desastres ambientais — no Rio Grande do Sul, no Pantanal, no Território Yanomami; os desastres políticos das guerras às drogas no Rio de Janeiro; e os conflitos armados na República Democrática do Congo, Ucrânia, Rússia, Palestina, Israel, Síria; além dos desastres sanitários, como a pandemia de Covid-19. Inspirados por Davi Kopenawa Yanomami, propusemos pensar o seminário como um espaço para usar a palavra enquanto flecha (4). Incentivamos, assim, a criação de ideias e o estabelecimento de ideais para suspender o céu e ampliar nossos horizontes, tomando a inventividade como parâmetro para avistar novos modos de andar a vida, de habitar no mundo e de habitar a saúde coletiva.

Nessa chave, o tema do seminário foi *“ideias/ideais para os próximos 50 anos”* e refletimos sobre a história, o presente e o futuro do IMS, por meio de discussões, coletivos temáticos (CTs), mesas e rodas de conversa. O Seminário contou com a participação de 237 e recebeu 102 resumos submetidos, organizados nos 9 CTs, totalizando 104 autores (4). Ao todo, participaram 32 expositores em mesas, oficinas e rodas de conversa. Nessas atividades, os estudantes estiveram diretamente envolvidos, atuando como moderadores de mesas, oficinairos e organizadores das rodas de conversa.

Em relação aos CTs, destacaram-se *“Sankofeando para seguir em frente! Gênero, sexualidade e Interseccionalidades”* e *“Resistência e Reconstrução na Saúde Mental”*, que receberam o maior número de autores. Os achados apresentados indicam que a construção coletiva e horizontal do seminário de pesquisa estimula o protagonismo estudantil e configura-se como um espaço fértil para a produção crítica, histórica e propositiva na Saúde Coletiva. Essa construção envolveu diferentes agentes para além da docência, incluindo discentes, pesquisadores, trabalhadores de saúde, e ativistas de movimentos sociais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Este relato de experiência mostrou que o coletivo de estudantes do IMS/UERJ, por meio da proposição do seminário de pesquisa, gerou um espaço de protagonismo estudantil na construção científica. O compartilhamento dos espaços de discussão, geralmente centralizados na figura do docente, abriu outras possibilidades para uma produção do conhecimento mais horizontalizada. Esses processos fazem parte da formação na pós-graduação, mas, muitas vezes são pouco aproveitados ou reconhecidos. Não sem desafios - como a conciliação de agendas e de atividades acadêmicas - o seminário de pesquisa representa um exercício formativo e profissional que contribui não apenas para

o futuro do coletivo, mas também para a pós-graduação, para a saúde coletiva e, em última instância, para a ciência brasileira.

REFERÊNCIAS

- (1) Gonçalves LAP. Sobre a história viva do Instituto de Medicina Social [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2018. 264 p.
- (2) Russo J, Belmonte G, Paulo JX, Solaterrar U. Seminário de pesquisa do IMS: Caderno de resumos 2023 do XII Seminário de pesquisa do IMS: retomar o coletivo para reintegrar a saúde (v.1.0.0) [Internet]. Zenodo; 2023 [citado 2025 jul 9]. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.13931947>
- (3) Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.
- (4) Kopenawa D, Albert B. A queda do céu: palavras de um xamã Yanomami. Perrone-Moisés B, tradutora. São Paulo: Companhia das Letras; 2015.

A POTÊNCIA DA TERRITORIALIZAÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE

Isabele Viana Marques¹

Mônica de Rezende

INTRODUÇÃO

Este trabalho corresponde aos primeiros resultados obtidos na pesquisa que se encontra em desenvolvimento como dissertação de Mestrado no Instituto de Saúde Coletiva- ISC da Universidade Federal Fluminense.

Partimos nossas discussões do cuidado, entendendo a necessidade de levar em consideração os contextos e contradições sociais em que os usuários estão inseridos (1). Para esses “contextos e contradições sociais” podemos avançar sobre a temática da territorialidade que é o próprio conteúdo do território e suas relações sociais que dão sentido, valor e função ao espaço e seus objetos (2). Assim, territorializar a saúde é levar em conta a territorialidade de cada espaço presente no território.

Acreditamos, que a territorialização representa um caminho profissional de resistência ao saber hegemônico que é centrado unicamente no corpo anátomo clínico (3), pois ao olhar para o território a partir da escuta qualificada, da criação de vínculos e a horizontalização dos atendimentos estamos cuidando para além de uma “questão pontual”, mas do usuário como um todo. Assim, também nos permitindo reconhecer a existência de outros saberes para além do tido como hegemônico e biológico, que não se opõem, mas transpõem em uma ecologia.

OBJETIVO

Compreender a territorialização do cuidado como uma micropolítica na resistência ao saber biologicista.

METODOLOGIA

Pesquisa de caráter qualitativo. Possui três etapas de execução que estão sendo realizadas concomitantemente: [1] a pesquisa bibliográfica; [2] a observação participante em um Módulo de Médico de Família (MMF) da cidade de Niterói; e [3] entrevista com os trabalhadores que atuam no cuidado, no equipamento. Neste momento, estaremos apresentando os resultados preliminares que envolvem as três etapas mencionadas.

Vale destacar que consideramos para o estudo os trabalhadores da Unidade que atuam no cuidado dos usuários, de forma direta ou indireta.

¹ Mestranda em saúde coletiva no do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense ISC/ UFF. Graduada em Serviço Social, possui especialização em Hematologia e Hemoterapia na modalidade de residência multiprofissional pelo Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira E-mail: isabelemarques@id.uff.br.

Acreditamos que os principais benefícios seja a possibilidade de ampliação das discussões que envolvem a temática e também, posteriormente, as discussões que nos comprometemos realizar com a equipe participante da pesquisa.

RESULTADOS

Em nossa pesquisa, conseguimos perceber uma ecologia entre saberes biológicos (hegemônicos) e sociais, característica da territorialização. Fica evidente, por exemplo, quando questionamos se os “profissionais acreditam que seu trabalho na unidade tem impacto também no território” e, também, quando identificamos a territorialização nos processos de trabalho realizados pela equipe, em suas reuniões para traçar os planos de trabalho, na realização de visitas ao território e nas conversas com os usuários atendidos. No entanto, não podemos deixar de destacar, que ainda que seja um processo micropolítico da equipe, embasado pela política de saúde, há diversos obstáculos como a precarização dos equipamentos e dos vínculos de trabalho, a exigência de rapidez nos atendimentos, a defasagem de integrantes da equipe, a escassez nos recursos disponíveis para o cuidado, dentre outros.

Vale lembrar que o modelo de saúde adotado pelo Brasil, esbarra na própria clínica, que em sua formação, se deu em direção de uma “visão mecanicista da vida”(4). Essa visão, além de hegemônica também representa um modelo de saúde de “pacotes” que é reforçada pelo neoliberalismo e está em constante disputa com o modelo de saúde universal que o Brasil adotou pós processo de reforma sanitária e de redemocratização.

Nesse sentido, acreditamos que a territorialização é um dispositivo importante para reafirmarmos os princípios do Sistema Único de Saúde e resistirmos a uma visão biologicista de usuário, que desconsidere seu meio social, político e econômico. Para isso, mostra-se fundamental refletir tais questões junto às equipes profissionais nas unidades em um processo de Educação Permanente em Saúde.

CONSIDERAÇÕES

Levar em consideração a territorialidade na saúde é permitir perceber sob indivíduo como um ser social e complexo, propiciando o entendimento questões objetivas e subjetivas, no dia a dia de cuidado dos usuários.

Entendemos a territorialização como importante estratégia de reafirmação do SUS e de seu princípio da integralidade, tornando-a imprescindível em tempos de ataques ao sistema de saúde e a seus profissionais. Também, que uma vez compreendida e utilizada pelos profissionais, é resistência a um saber centrado somente no corpo biológico, apreendido muitas das vezes, em suas formações e materializados na sua práxis profissional.

Com o que foi exposto, afirmamos a necessidade de promover debates e estudos sobre o tema que não se esgota, pois conflui em uma sociedade que está em constante movimento. Também,

inspirando processos de educação permanente em saúde dos profissionais e estudantes, resistindo à lógica biologicista e na defesa da saúde integral, que é direito dos usuários.

REFERÊNCIAS

- (1) Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(1):63-72.
- (2) Fuini LL. Território, territorialização e territorialidade: o uso da música para a compreensão de conceitos geográficos. *Terra Plural* [Internet]. 2014 [citado 2024 mar 4];8(1):225-49. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/tp/article/view/6155>
- (3) Foucault M. O nascimento da clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1963.
- (4) Capra F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 30ª ed. São Paulo: Cultrix; 2012. 447 p.

ACESSO E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL A MULHERES MIGRANTES VENEZUELANAS EM UMA CIDADE DO NORTE DO BRASIL

Leidy Janeth Erazo-Chavez¹
Thaiza Dutra Gomes de Carvalho
Maria do Carmo Leal
Rita Suely Bacuri de Queiroz
Ana Paula Mesquita Schutz
Laura Froes Nunes da Silva
Zeni Carvalho Lamy

INTRODUÇÃO

O Brasil é o terceiro principal destino da crise migratória venezuelana, mais de 626 mil venezuelanos ingressaram no país até 2024, destes, cerca de 50% são mulheres. (1) Barreiras como o idioma e a falta de informação sobre o sistema dificultam o acesso ao cuidado pré-natal (2). Leal et al. (3) relatam que a dificuldade no acesso à saúde foi segundo motivo mais citado para a migração de mulheres venezuelanas para o Brasil. Esse cenário aumenta a demanda por assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), cuja garantia de acesso universal e integral para essas mulheres representa um desafio adicional.

De acordo com dados extraídos do Sistema de Registro Nacional Migratório (SISMIGRA), cerca de 41 mil mulheres venezuelanas residem no Estado do Amazonas entre 2016 e 2023 (4). Destas, 96% na cidade de Manaus e a maioria em idade reprodutiva. Contudo, não há dados públicos confiáveis disponíveis sobre a utilização de serviços de saúde por migrantes no Estado. Considerando que o pré-natal adequado é crucial para prevenir desfechos negativos na saúde do binômio mãe-bebê, torna-se urgente investigar as condições de acesso e qualidade no atendimento prestado a essas mulheres.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar a prestação de cuidados de saúde a migrantes venezuelanas durante o pré-natal.

METODOLOGIA

Pesquisa avaliativa de abordagem mista, parte do projeto *Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls in contexts of Protracted Crisis in Central and South America-ReGHID*, realizado com mulheres migrantes venezuelanas em Manaus. Foram incluídas mulheres de 15 a 49 anos grávidas e que tiveram parto no Brasil. No componente quantitativo, utilizou-se o método *Respondent Driven Sampling*, que consistiu no recrutamento por meio de redes. Foram calculadas frequências absolutas e prevalências relativas com intervalos de confiança de 95%. Todas as análises

1 Filiação institucional1: Universidade Federal do Maranhão. Filiação institucional2: Universidade Ceuma. E-mail: leidye32@gmail.com

consideraram a amostragem complexa utilizando-se o software SPSS. No componente qualitativo, a amostra foi intencional e o número de participantes foi definido pelo critério de saturação de sentidos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e grupos focais. Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo na modalidade temática que seguiu as etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação, com suporte do NVivo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão.

RESULTADOS

Participaram do estudo 108 mulheres no componente quantitativo e 39 no qualitativo. A maioria se autodeclarou parda, com renda familiar de até um salário-mínimo, um a dois filhos e status migratório temporário ou permanente. Entre as entrevistadas, 95% realizaram alguma consulta de pré-natal, e 83% iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre. O principal motivo para não buscar assistência foi desconhecimento da gravidez. No total, 77% realizaram o número recomendado de consultas, principalmente em unidades públicas de saúde (95%).

A partir dos relatos das entrevistas qualitativas, foram identificadas dificuldades no agendamento e na realização de exames, sobretudo da ultrassonografia, o que levou algumas migrantes a recorrerem ao setor privado. Também foram mencionadas a falta de orientação gerais e ausência de vinculação à maternidade de referência, o que compromete a continuidade do cuidado. Apesar dessas dificuldades, as participantes avaliaram positivamente o pré-natal no Brasil, destacando aspectos como acolhimento, acesso a exames, consultas, medicações e vitaminas. Mulheres multíparas compararam a assistência recebida no Brasil com a Venezuela, destacando como positivo o acesso gratuito a SUS. Entretanto, apontaram como negativo a predominância de atendimentos realizados por profissionais de enfermagem em vez de médicos, a ausência de exame físico e o enfoque técnico do atendimento.

CONCLUSÕES

A análise do pré-natal das mulheres migrantes venezuelanas no Brasil revelou tanto avanços quanto desafios na assistência prestada. A maioria das entrevistadas avaliou positivamente o acompanhamento gestacional, destacando o acesso a consultas, exames e medicações pelo SUS. O acolhimento e a gratuidade dos serviços foram apontados como aspectos fundamentais para garantir a continuidade do cuidado. Entretanto, o estudo também evidenciou barreiras estruturais e organizacionais que comprometem a qualidade da assistência. A dificuldade na realização de exames e a falta de vinculação à maternidade de referência. Além disso, a barreira linguística impactou a comunicação entre profissionais e usuárias, influenciando o entendimento das orientações e o acesso a informações essenciais para o acompanhamento gestacional.

Fonte(s) de financiamento: Este trabalho foi financiado pelo *Economic and Social Research Council* [grant number ES/T00441X/1]; O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) [processos 405050/2024-0, 315493/2023-2 e 150821/2024-7]; Fundação de

Apoio à Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA) [processos PPSUS-01830/20 e BPD-10117/22]

REFERÊNCIAS

- (1) R4V. Refugees and migrants from Venezuela [Internet]. 2024 [citado 2025 mar 28]. Disponível em: <https://www.r4v.info/index.php/en/refugeeandmigrants>
- (2) Chavez LJE, Lamy ZC, Veloso LC, da Silva LFN, Goulart AMR, Cintra N, et al. Barriers and facilitators for the sexual and reproductive health and rights of displaced Venezuelan adolescent girls in Brazil. J Migr Health. 2024;10:100252. DOI: 10.1016/j.jmh.2024.100252
- (3) Leal MC, de Carvalho TDG, Santos YRP, et al. Migration process of Venezuelan women to Brazil: living conditions and use of health services in Manaus and Boa Vista, 2018–2021. BMC Public Health. 2024;24(1):1051. DOI:10.1186/s12889-024-18109-5.
- (4) Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Sistema de Registro Nacional Migratório - SISMIGRA [Internet]. 2024 [citado 2025 mar 28]. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/1733-obmigra/dados/microdados/401205-sismigra>

AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AO ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA: UM ESTUDO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Tayná Leonardo da Silva¹

Fernanda Cristina Dias de Freitas Cruz

Camilla Baptista

Thauanne de Souza Gonçalves

Simone Pires

Beatriz Brandão

Matheus Leal

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel essencial no cuidado integral de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas (1). O município do Rio de Janeiro, por meio do Plano de Ação Anual da PNAISARI, implementa políticas públicas que integram ações de saúde no acompanhamento desses adolescentes (2). Este estudo analisa as ações realizadas pela APS no cuidado em saúde aos adolescentes, abordando as intervenções realizadas e a importância da articulação entre a saúde e as políticas socioeducativas.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo analisar as ações da Atenção Primária à Saúde no cuidado ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, destacando as práticas adotadas no município do Rio de Janeiro para promover a saúde e a socioeducação dessa população.

METODOLOGIA

A pesquisa foi baseada na análise dos dados e ações descritas no Plano de Ação Anual da PNAISARI, de 2025. A metodologia envolveu o levantamento de informações sobre as intervenções da APS, incluindo os tipos de acompanhamento realizado, as ações de prevenção, promoção da saúde e o apoio psicossocial oferecido aos adolescentes.

RESULTADOS

As ações da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa no município do Rio de Janeiro são diversificadas e abrangem várias áreas da saúde. As principais ações incluem:

¹ gerência da área técnica da saúde da criança e do adolescente/sms-rio. Instituto de medicina social da UERJ.
E-mail: tayna.leonardo@gmail.com

- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: Realização de avaliações dos adolescentes, com a aferição de peso, altura, IMC, pressão arterial, além da avaliação dos sistemas respiratório, cardiovascular e gastrointestinal. Esses exames são feitos para detectar precocemente qualquer alteração que possa afetar a saúde do adolescente, com encaminhamentos para serviços especializados, quando necessário. No ano de 2024, um total de 1930 adolescentes foram avaliados em relação a essas condições.

- Acompanhamento em saúde mental: Oferta, em parceria com os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSIs), acompanhamento especializado em saúde mental para os adolescentes, com foco no apoio contínuo e longitudinal.

- Saúde sexual e reprodutiva: Promoção da saúde sexual responsável entre os adolescentes, com ações educativas sobre o uso de métodos contraceptivos, prevenção de ISTs e paternidade responsável. O município garantiu a distribuição de preservativos nas unidades de saúde, com orientações de como utilizá-los corretamente e o acesso a testes rápidos de ISTs. Essas ações visam reduzir o risco de infecções e promover o conhecimento sobre saúde sexual.

- Promoção de saúde e hábitos saudáveis: A APS também é responsável por promover a alimentação saudável e a prática de atividades físicas. Em 2024, foram realizadas atividades de educação alimentar e programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos adolescentes. Além disso, a promoção da saúde bucal foi intensificada, com ações educativas sobre higiene dental e o cuidado com a saúde bucal.

DISCUSSÃO

A integração entre a APS e as políticas socioeducativas tem sido eficaz na promoção da saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa (3). No entanto, existem desafios na melhor articulação entre os diferentes serviços de saúde e as unidades socioeducativas (4). A continuidade e a ampliação dessas ações, especialmente a integração com outras políticas públicas, são essenciais para garantir a saúde integral dessa população (5).

CONCLUSÕES

As ações da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro são fundamentais para o cuidado integral dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. A implementação de estratégias de promoção da saúde, prevenção e acompanhamento em saúde mental, aliadas à articulação entre saúde e políticas socioeducativas, têm mostrado bons resultados, mas ainda há desafios a serem superados. A ampliação das ações integradas e a melhoria na comunicação entre os serviços são pontos cruciais para o sucesso desse modelo de cuidado.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2025 mar 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html
- (2) Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Plano de ação anual da PNAISARI. Rio de Janeiro: SMS-Rio; 2025.
- (3) Silva LD, Silva RM. A atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei: desafios e perspectivas. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2020 [citado 2025 mar 28];25(8):3151–60. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vHjX6LdPDBNjdxM8D3knryG/?lang=pt>
- (4) Perminio HB, Silva JRM, Serra ALL, Oliveira BG, Moraes CMA, Silva JPAB, et al. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2018 set [citado 2025 mar 28];23:2859–68. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KsXPvnyRtyrQXf4qbRHgX7L/>
- (5) Perminio HB, Silva JPAB, Raggio AMB. Validação do modelo lógico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (PNAISARI). Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2022 mar 11 [citado 2025 mar 28];27:1237–48. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pbdds3vgv47mjqlmPNmZDt/>

ACOMPañAMIENTO Y CUIDADOS EN EL EMBARAZO Y PARTO RESPETADOS EN ARGENTINA. TENSIONES VINCULARES EN LOS MODELOS DE ATENCIÓN

Julia Cegatti¹
Anabella Lozano

PRESENTACIÓN

Desde el año 2004, Argentina cuenta con la Ley 25929² a los fines de garantizar los derechos a un parto respetado en lo que refiere a las personas gestantes, su acompañante y el bebé en gestación.

Según la Dra Biurrun Garrido (1) como respuesta al fenómeno de la medicalización, en los últimos años se está asistiendo a un cambio en el modelo de atención sanitaria al nacimiento. En este cambio se pone énfasis en el concepto de humanización asociado a la atención sanitaria en el trabajo de parto.

No obstante, es menester recordar que esta modalidad, aún convive con una asistencia más o menos tecnificada lo que implica decidir entre diferentes modelos asistenciales y ello tiene implicaciones en diversos niveles: ético, político, institucional, psicológico entre los más importantes.

En este marco, el siguiente escrito es fruto de la reflexión y sistematización de experiencias novedosas en asistencia, docencia e investigación en el ámbito de la salud atentas al enfoque de la Psicología Institucional y la Educación Somática.

OBJETIVO

Nos proponemos reflexionar acerca de cuáles son los modelos asistenciales en tensión durante las gestaciones, los procesos de trabajo de parto y partos por parte del personal de salud del área de obstetricia.

Al respecto nos proponemos desarrollar:

- Significantes con los que se enuncian las prácticas asistenciales y que dan cuenta de las herencias de los modelos de atención.
- Los vínculos que se expresan y son resultantes de dichas prácticas.
- Los modelos en tensión que las subyacen.

1 La autora es docente e investigadora de la Universidad de Buenos Aires y Consultora Institucional de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara. E-mail: juliacegatti@hotmail.com

2 Ley 25929 Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/2035-nacional-aprobacion-reglamentacion-ley-25929-sobre-parto-humanizado-dn20150002035-2015-09-24/123456789-0abc-530-2000-5102soterced>

DESARROLLO

En la experiencia institucional³, así como en el marco de una investigación en proceso⁴, evidenciamos que hay tres modos jerarquizados de nombrar la asistencia a las personas gestantes durante la gestación el trabajo de parto y parto: a) control / seguimiento b) asistencia o acompañamiento y c) intervención (fundamentalmente en el momento del pre parto o parto)

- Control, seguimiento, e intervención remiten, aunque no en la misma modalidad, al modelo médico hegemónico. Mantienen el linaje de una práctica asistencial propia de ese modelo y surgen con mayor frecuencia en los dichos de los/as médicos/as obstetras.

- El acompañamiento o asistencia a la persona gestante es el que se asocia con el modelo que propone la ley. Por lo relevado hasta aquí, la medicina general y la licenciatura en obstetricia promueven modelos asistenciales que facilitan el acercamiento a esta propuesta en mayor medida que la obstetricia.

Es importante señalar, que estas prácticas no son excluyentes, lejos de ello, en el quehacer cotidiano acontecen en conjunto.

¿Qué implica en términos vinculares?

El modelo que propone la ley interpela la posición de saber del personal asistencial que ya no solo acciona según un criterio sobre el cual posee un conocimiento que la persona gestante usualmente desconoce, (aunque sea sobre sí misma) sino que invita a construir un diálogo. La persona gestante deja de ser solo paciente para pasar a ser un sujeto activo y autónomo en su proceso de embarazo, parto y puerperio.

Por otro lado, el trato respetuoso, requiere que todos los actores puedan preguntarse: a) qué entienden por respeto; b) qué formas de comunicación acuerdan para la toma de decisiones; c) qué necesidades tienen los involucrados en el proceso de gestación, trabajo de parto y parto y c) cómo se pueden evaluar situaciones de riesgo vital.

Para arribar a un parto respetado, es importante que estas respuestas se vayan construyendo y considerando durante el acompañamiento del embarazo y no se diriman en el momento del parto, instancia de suma vulnerabilidad para la persona gestante y de alto poder decisorio para el personal asistencial.

Construir formas de acompañamiento que promuevan la autonomía es un desafío que implica la construcción de un vínculo de confianza sobre el saber que portan todos los involucrados.

Diversos obstáculos atentan contra esta posibilidad: currículums formativos que no se

3 Anabella Lozano, Educadora Somática egresada de la UNA coordinó la primera Capacitación Nacional de "Movimiento para la construcción y la práctica de un Nuevo Paradigma: el del Nacimiento y el Parto Respetado"

4 Cegatti, J Estrategias de acompañamiento de un grupo de agentes institucionales a gestantes y sus acompañantes en el marco de la Ley de parto humanizado. Doctorado en Psicología. UCES en proceso.

actualizan; posiciones disciplinares en lucha que jerarquizan unas trayectorias profesionales sobre otras subalternizadas; los tiempos escasos de los turnos de consultorio para el conocimiento singular de las personas gestantes y sus acompañantes; la carencia de personal asistencial para la cantidad de partos, la fluctuación del personal asistencial en la atención a la persona gestante y un factor muy relevante: la arquitectura hospitalaria que en la mayoría de los centros asistenciales conserva en sus muros formas de práctica propias de un modelo asistencial intervencionista.

CONCLUSIONES

La implementación de la Ley de Parto Respetado inscribe la necesidad de un trabajo institucional que garantice la continuidad del cuidado de las personas gestantes hasta el momento del alumbramiento, acorde a los modos en que ésta y su acompañante fueron decidiendo habitar este momento.

En relación con la formación profesional invita a las instituciones educativas a revisar los modelos de intervención asistencial que subyacen a sus prácticas asistenciales, visibilizando la necesidad de actualizar sus perspectivas de conocimiento.

En línea con lo antedicho, consideramos que es fundamental, desde una perspectiva sentipensante y corporizada, continuar con el trabajo de relevamiento y sistematización de logros, dificultades y aprendizajes en relación con el embarazo y parto respetados de manera tal que este conocimiento pueda enriquecer las prácticas tanto asistenciales como de capacitación de quienes acompañan a las personas en gestación.

REFERENCIAS

- (1) Biurrun GA. La humanización de la asistencia al parto: valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol [tesis doctoral en Ciencias Enfermeras]. Barcelona, España: Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil, Universidad de Barcelona; 2017 [citado 2024 jun 06]. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/118125>
- (2) Lozano A. "Círculo en Red". Kiné [Internet]. 2016;25(124):21 [citado 2024 jun 06]. Disponible en: <https://www.revistakine.com.ar/revista-kine-no-124-15-de-octubre-al-15-de-diciembre-de-2016>
- (3) Balaña S, Finielli A, Giuliano C, Paz RC, compiladores. Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización [Internet]. Argentina: Fundación Soberanía Sanitaria; 2022 [citado 2024 jun 06]. Disponible en: <https://ffyh.unc.edu.ar/extension/wp-content/uploads/sites/2/2021/10/resena.pdf>

ALCANCES Y DESAFÍOS EN EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS, EN SEIS CESFAM DEL VALLE DE ACONCAGUA. V REGIÓN. CHILE

Daisy Del Rosario Iturrieta Henríquez¹

María José Cárdenas Acevedo

Mario Parada Lezcano

Ignacio Herrera Soto

Daniel Herrera Atton

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

La Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en la Persona en contexto de multimorbilidad, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad (ECICEP) se implementa en Chile desde 2019. Su idea central es “completar el enfoque actual de fragmentación por programas basados en patologías y proveer un cuidado integral centrado en las necesidades de los usuarios” (1). Busca brindar una mejor atención a las personas, centrándose en la integralidad, continuidad de la atención y de los cuidados y en la toma de decisiones compartidas, en vinculación a los tratamientos/intervenciones y la forma de enfrentar sus propias patologías según prioridades, necesidades particulares y condiciones sociales de las personas (2). Lo anterior, promueve el automanejo y cuidado colectivo. El Servicio de Salud Aconcagua (SSA), ha sido el único servicio de salud a nivel nacional que ha logrado la implementación en la totalidad de su red, convirtiéndose en un ejemplo a nivel nacional. A partir de lo anterior el estudio se ha propuesto responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el estado de avance de la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas en seis CESFAM del Valle de Aconcagua entre 2021-2022 y qué desafíos presenta?

OBJETIVO

El Objetivo del estudio fue analizar el estado de avance y los desafíos de la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas en seis CESFAM del Valle de Aconcagua entre 2021-2022.

METODOLOGÍA

Estudio de caso, de diseño mixto cuantitativo y cualitativo, retrospectivo y transversal (3). Se contó con la participación de directivos/as y referentes, funcionarios/as y usuarios/as de seis CESFAM del Valle de Aconcagua: Cordillera Andina de Los Andes, María Elena Peñaloza de Panquehue, Segismundo Iturra de San Felipe, Valle Los Libertadores de Putaendo, Jorge Ahumada Lemus de

¹ Académica- Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Chile. E-mail: daisy.iturrieta@uv.cl

Santa María y San Felipe el Real de San Felipe. En la fase cuantitativa los datos se obtuvieron a través de cuestionarios aplicadas a través de un formulario de Google y en la fase cualitativa la información se generó a partir de la realización de trece entrevistas individuales semiestructuradas a referentes ministeriales, directores/as y referentes de ECICEP de cada CESFAM; y, trece grupos focales, en los que participaron los equipos motores dependientes del SSA, funcionarios/as de cada CESFAM vinculados/as a la ejecución de la estrategia y usuarios/as. El plan de análisis se desarrolló a partir de estadísticas descriptivas y análisis de contenido temático, codificando la información según las categorías apriorísticas y emergentes. Estudio aprobado por el Comité de ética del Servicio de Salud Aconcagua.

RESULTADOS

El avance de la implementación de la ECICEP demuestra que en lo práctico, sigue siendo una intención más que una concreción ya que se ha implementado como programa y se percibe falta de claridad en las definiciones conceptuales y operativas. La implementación en los distintos CESFAM ha sido diversa y los avances dieron cuenta de dichas diferencias, motivadas por disponibilidad oportuna de los recursos. Los principales facilitadores para el avance de la ECICEP han sido la voluntad y compromiso de los/as líderes técnicos/as, que han logrado motivar y sostener a los equipos de salud. Así mismo, la inyección de recursos frescos, aunque insuficientes, permitieron la ejecución de la ECICEP de la manera más adecuada. La capacitación de los equipos responsables se ha constituido en una fortaleza evidente. Las barreras para la implementación de la estrategia se presentan desde lo estructural a lo operativo. Un gran obstaculizador es el modelo biomédico hegemónico que se expresa en la resistencia de los equipos a realizar la labor de manera más coherente con el MAIS. Así mismo, la falta un sistema de evaluación con metas pertinentes y coherentes actúa en contra del avance de la ECICEP. Por último, la formación de los/as profesionales de salud no es adecuada para el desarrollo de la estrategia ya que existen falencias en la preparación de personas con compromiso con la APS. La satisfacción de los distintos actores involucrados (directivos, personal de salud, y usuarios) en relación con la implementación de la estrategia es positiva al ser medida cuantitativamente, no obstante, en las narraciones se reitera la necesidad de potenciar la comunicación con las personas usuarias y la articulación con la continuidad de cuidados en la red asistencial.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

En cuanto a las conclusiones generales, cabe destacar que se requiere: potenciar la socialización, divulgación de la estrategia y su sello, activar estrategias para lograr una compensación adecuada y oportuna de los pacientes, realizar un cambio en el requerimiento de las metas, potenciar las capacitaciones, aumentado la cantidad, en los distintos niveles y que éstas sean concordantes con las modificaciones que se van realizando en el proceso de asentamiento de la ECICEP. Es recomendable la formalización de los protocolos por cada CESFAM, considerando las particularidades de cada centro, con el fin de que a nivel territorial todos alcancen un despliegue actualizado, adecuado y oportuno.

Finalmente se propone, potenciar la formación de los profesionales, considerando como desafío el logro del pensamiento crítico y la anticipación del conocimiento sobre los pilares de la Estrategia en el pregrado, en este sentido se requiere una transformación cultural de la forma en qué se significa la atención-cuidados a la población.

REFERENCIAS

- (1) Ministerio de Salud. Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020.
- (2) Ministerio de Salud. Marco operativo: estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Bogotá: Ministerio de Salud; 2021.
- (3) Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4a ed. México: McGraw-Hill Education; 2006.

ANÁLISE DOS DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DA GESTÃO MUNICIPAL NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RECIFE: UM ESTUDO PILOTO

Mariana de Fátima Alves Arruda¹

Pauliny Fernanda Silva

Douglas Félix Batista

José Eudes de Lorena Sobrinho

Renata Gomes Alves Villani

Fábio Henrique Cavalcanti de Oliveira

Petrônio José de Lima Martelli

Suélem Barros de Lorena

INTRODUÇÃO

A integralidade apresenta múltiplas definições e significados, a depender do contexto. Suas estratégias de cuidados são baseadas na prevenção, diagnóstico, cura, promoção da saúde, ações interdisciplinares e multiprofissionais, a fim de garantir que a atenção à saúde seja realizada tanto individual quanto coletivamente. A perspectiva da integralidade tem como principal objetivo ofertar acesso aos serviços de saúde. O cuidado integral deve ser realizado em toda a rede, desde a Atenção Primária à Saúde (APS), através promoção à saúde, da prevenção de doenças e agravos, do acolhimento, até a atenção especializada (1). No ano de 2023, foi instituída a Política Nacional de Atenção Especializada, que dentre diversas ações de cuidado, definiu programas de ampliação do acesso à atenção especializada, destacando o Programa Mais Acesso a Especialistas, com o objetivo de otimizar o acesso a exames e consultas, através do encaminhamento realizado pela APS (2). Essa política busca responder à crescente demanda por serviços especializados e superar desafios como a escassez de profissionais e a dificuldade de fixação de especialistas, compreendendo como os municípios têm se organizado para garantir o acesso da população assegurando a integralidade do cuidado e a efetividade das políticas públicas de saúde.

OBJETIVO

Analisar as estratégias e os desafios da implantação da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) no município de Recife, Pernambuco.

METODOLOGIA

O estudo apresenta uma abordagem qualitativa do tipo cartográfica, com uso de entrevista aberta. Esta pesquisa é parte integrante dos estudos intitulados como “Cartografia da Atenção Especializada no

1 Universidade de Pernambuco – UPE. E-mail: mariana.arruda@upe.br

SUS: Formulação, Formação e Gestão do Cuidado em Redes” e “Cartografia da Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde em Pernambuco”, aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São, sob o CAAE: 74672723.6.0000.5505 e Parecer nº 6.621.336. Pesquisa aprovada com recursos financeiros - APQ-1110-4.06/24 – Chamada Auxílio a Projetos de Pesquisa - APQ FACEPE - 18/2024, a partir de outubro de 2024. Participou desta pesquisa uma gestora da Secretaria de Saúde de Recife. A coleta de dados ocorreu no município de Recife, no período de fevereiro a março de 2025, realizada através de videoconferência, por meio da plataforma online Google Meet. A gravação da entrevista foi salva por meio do download realizado em computador de uso pessoal e restrito. A análise de dados fundamentou-se por meio de categorias temáticas. Ressalta-se que a entrevista só iniciou após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A atenção especializada de Recife é constituída por diversos serviços de saúde, dentre policlínicas, hospitais e maternidades; para o público adolescente, não há um serviço de referência específico, todavia, nas policlínicas há atendimento em Hebiatria; na saúde bucal, o município tem diversos Centros de Especialidades Odontológicas na rede própria e dois desses serviços na rede conveniada com Universidades; na gestão do trabalho, todas as contratações da administração direta são realizadas mediante concursos públicos; na indireta as contratações ocorrem por convênio ou credenciamento. A gestora destacou que as especialidades médicas com maior dificuldade de contratação são Neuropediatra e Psiquiatra infantil, como causa principal, o valor pago pelo serviço público ser inferior ao valor do mercado. No último concurso realizado para médicos, distribuiu-se a quantidade de vagas através das necessidades dos serviços. Dentre as especialidades médicas mais solicitadas, tem-se Cardiologia, Psiquiatria, Psicologia, Neurologia e Cirurgia Vascular. Para a contratação dos profissionais não-médicos, a lógica é a mesma. Afirma que apesar de existirem vencimentos e gratificações, estas últimas são fixas, o que dificulta a vinculação. Quanto às potencialidades das contratações destaca-se o vínculo efetivo e a infraestrutura dos serviços de saúde. Nas limitações os desafios são inerentes às relações de trabalho. Nas estratégias de educação permanente, tem-se a Escola de Saúde Pública e os Núcleos de Educação Permanentes, com oferta de cursos com certificados para gestores e trabalhadores, contribuindo para a atualização dos saberes e o fortalecimento das práticas de cuidado na Atenção Especializada.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O estudo evidencia a complexidade e os desafios enfrentados pelo município do Recife na gestão de Atenção Especializada em Saúde. Nota-se que, apesar de contar com uma rede estruturada composta por policlínicas, hospitais, maternidades e Centro de Especialidades Odontológicas, ainda existem lacunas importantes, como a ausência de um serviço de referência exclusivo para adolescentes. A dificuldade na contratação de algumas especialidades médicas, como Neuropediatria e Psiquiatria Infantil, reforça a necessidade de estratégias de valorização profissional e de revisão das políticas de remuneração, visando à maior atratividade e fixação desses especialistas na rede pública.

REFERÊNCIAS

- (1) Bicalho JMF, Campos ACV. Determinação social da saúde: reflexões teóricas e implicações para a atenção integral. Rev Cient Multid Núcleo Conhec [Internet]. 2024 abr 14 [citado 2025 mar 10];12. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/determinacao-social-da-saude>
- (2) Brasil. Portaria nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2023 out 20;200(Seção 1):87.

APRENDIZAJE EN TERRITORIO COMO ESTRATEGIA PEDAGÓGICA CIENTÍFICA, ÉTICO Y CULTURAL EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN MEDICINA

Fabián Cabrera¹

Valeria González Radesca

Micaela Curbelo Sánchez

Valeria Caraballo Rubino

Elizabeth Olavarría

Marcela Rodríguez

Tacuabé González

Giovana Fleitas

INTRODUCCIÓN

La formación en medicina implica retos y oportunidades que trascienden las estrategias pedagógicas tradicionales de aula. En este sentido, la Unidad Curricular Aprendizaje en Territorio (UCAT), ubicada en el primer año de la carrera Dr. en Medicina General de la Facultad de Medicina (Universidad de la República), propone un enfoque teórico-práctico de aprendizaje, enseñanza y sensibilización en donde los/as estudiantes y la comunidad pasan a ser los protagonistas del proceso. Para esto, la UCAT incorpora dentro de su marco epistemológico, filosófico y político una perspectiva que prioriza la inclusión de los/as estudiantes en la vida de las comunidades en sus diversas formas. El concepto de “comunidad, territorio” es central para esta UCAT, tensionando los modelos educativos tradicionales, que tanto estudiantes como docentes tienen incorporados (1)

La UCAT se apoya en paradigmas no hegemónicos, donde la salud se concibe desde su complejidad social, cultural y ambiental, incorporando perspectivas de la salud colectiva. Se destaca la necesidad de abordar la salud de forma crítica, analizando desigualdades y potencialidades de cada comunidad. Este modelo fomenta una formación integral, orientada a la transformación social y al apoderamiento (2) de la población mediante propuestas participativas y horizontales que promueven la problematización del biopoder (3).

OBJETIVO

El objetivo principal de esta Unidad Curricular es aportar a los/as estudiantes en el reconocimiento y análisis, de manera crítica y ética, de problemas y necesidades en salud de comunidades y territorios, identificando fortalezas y recursos socio-comunitarios. Se busca promover habilidades

¹ Mag. Lic. Psic. Fabián Cabrera. Coordinador de la Unidad Curricular Aprendizaje en Territorio, Universidad de la República, Uruguay. E-mail: lic.psic.cabrera@gmail.com

comunicacionales y prácticas de intervención basadas en la promoción de salud emancipatoria, en la epidemiología crítica, impulsando el compromiso transformador en la formación médica.

METODOLOGÍA

La estrategia metodológica se centra en el concepto de comunidad y colectivo como herramienta didáctica, favoreciendo con actores locales y Unidades Docentes Asistenciales (1).

Los/as estudiantes inician en el primer semestre con un relevamiento de datos primarios y secundarios, integrados a actividades teórico-prácticas que culminan con la formulación de un proyecto colectivo de intervención comunitaria. En el segundo semestre, se lleva a cabo la intervención comunitaria como práctica extensionista con enfoque en la promoción de salud.

Esto se complementa con módulos de habilidades comunicacionales, combinando encuentros virtuales y presenciales, role-playing, entrevistas con actores sociales y actividades multimedia, lo que permite avanzar en escucha activa, empatía y comunicación. Además, el uso de la plataforma virtual institucional complementa el proceso, ofreciendo repositorios bibliográficos, foros de discusión y materiales didácticos que fortalecen la integración teórica-práctica y facilitan la reflexión ética y cultural en el abordaje de la salud comunitaria (4).

RESULTADOS

Se reciben anualmente aproximadamente 2800 estudiantes, divididos en 72 grupos, los cual realizan su aprendizaje en 12 Unidades Docentes

Asistenciales. Llevar adelante una propuesta pedagógica habilita evidenciar múltiples resultados positivos en el proceso formativo. Se destaca el acercamiento que tienen los/as estudiantes a la noción de caracterización que proporciona una introducción reflexiva sobre la determinación social de la salud, así como el campo ambiental y cultural inciden en los procesos de salud-enfermedad.

La metodología aplicada fomenta el pensamiento crítico y la autoevaluación, lo que se traduce en una mayor sensibilidad hacia las problemáticas reales y en la generación de propuestas de intervención fundamentadas en el análisis de datos y en la participación comunitaria. Asimismo, la integración de módulos de comunicación ha fortalecido la aptitud para la realización de entrevistas y el establecimiento de vínculos efectivos con diversos actores, facilitando el trabajo en equipo y la articulación de estrategias colaborativas. La propuesta metodológica implica el concepto de conocimiento situado que ha influenciado los procesos contextuales de enseñanza - aprendizaje, que dentro de otras riquezas tiene la potencia de rescatar los eventos únicos y singulares que se dan en cada proceso, en cada momento de encuentro (5). En este entendido, en términos formativos, se recoge en más de una oportunidad que la experiencia de UCAT suele representar una notable experiencia formativa.

CONCLUSIONES

La experiencia de este curso confirma la pertinencia de un cambio pedagógico que trasciende el aula y se proyecta a la comunidad. Los/as estudiantes, al involucrarse directamente con la realidad social y sanitaria, podrán incorporar una visión integral y crítica que fortalezca su formación profesional y humanística.

La articulación de la metodología pedagógica resulta esencial para comprender las desigualdades y promover intervenciones basadas en la equidad y la justicia social. Se concluye que la implementación de este modelo contribuye en la formación de profesionales con espíritu crítico en un campo como es el de la salud, atravesado por intereses económicos, corporativos y políticos que sobrepasan el interés y las necesidades de las personas.

REFERENCIAS

- (1) Cabrera N, Pereyra D. Aprendizaje en territorio de la Facultad de Medicina, Universidad de la República: experiencias de curricularización de la extensión. Masquedós - Revista de Extensión Universitaria [Internet]. 2024 Jun 7 [citado 2025 mar 10];9(11):9. Disponible em: <https://ojs.extension.unicen.edu.ar/index.php/masquedodos/article/view/297>
- (2) Chapela M. Promoción de la salud: un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. In: Jarillo E, Guinsberg E, editores. Temas y desafíos en salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. p. 347-373.
- (3) Foucault M. Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber. 1ª ed, 2ª reimp. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.
- (4) Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora y salud colectiva. 1ª ed, 5ª reimp. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2020.
- (5) Haraway D. Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. In: Amorós C, de Miguel A, editores. Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 1. Madrid: Minerva Ediciones; 1995. p. 341-368.

APRENDIZAJE SITUADO: ENCUENTRO DE ESTUDIANTES DE CARRERAS DE LA SALUD CON COMUNIDADES MAPUCHES EN LA COMUNA DE LA PINTANA EN LA ASIGNATURA SALUD COLECTIVA

Daniela Bustamante Rueda¹

Isabel de Ferrari Fontecilla²

Maria Hueichaqueo³

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Salud y Buen Vivir de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, contempla la visita de estudiantes a centros de Medicina Mapuche de la comuna de La Pintana en dos asignaturas: Salud Colectiva y Antropología de la Salud.

Estos recintos ceremoniales de atención en salud son espacios ceremoniales ubicados en diversas comunas de la región Metropolitana, algunas rukas se insertan en Centros de Salud Familiar (CESFAM) (1), lo que devela un espacio de reconocimiento a la presencia de comunidades mapuches con desarrollo y expresión en lo urbano.

Durante los últimos 30 años, se han ido construyendo instancias de organización, reactivación y revalorización de enfoques de salud intercultural, logrando reconocimiento del Ministerio de Salud en el escenario actual. En diciembre del año 2023, se realiza la promulgación del decreto 21, que aprueba el reglamento sobre el derecho de las personas de los pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural. El interés de abordar la salud intercultural en la trayectoria académica de estudiantes de la Facultad, radica en consolidar un proyecto educativo basado en el Buen Vivir.

OBJETIVO

Implementar una línea curricular en la formación de las carreras de la salud centrada en el reconocimiento de diversidades y valoración de saberes, favoreciendo el diálogo con comunidades y organizaciones sociales en los territorios.

METODOLOGÍA

La propuesta metodológica consiste en implementar una práctica pedagógica en las asignaturas mencionadas, que comprenda que el aprendizaje situado, aporta a la reflexión sobre los diferentes modelos de salud, enfoques interculturales y cómo se abordan los procesos de salud, enfermedad y cuidados.

1 Secretaria Académica. E-mail: danyxbr@gmail.com.

2 Decana.

3 Epulef, Coordinadora Salud Intercultural Dpto. Salud IM La Pintana

El programa intercultural de la Dirección de Salud de la comuna de La Pintana coordinó con las comunidades y dirigentes, las visitas de estudiantes a los centros ceremoniales, quienes valoraron la importancia de recibirlo/as y realizar una introducción a la cosmovisión de Mapuche como parte del proceso de formación profesional en salud.

Las rukas se constituyen como espacio de intercambio, fuera del aula, con transferencia de conocimientos y encuentro de saberes, que estimula la apertura de cada estudiante a nuevas formas de mirar y comprender la salud, en una etapa inicial de la trayectoria de formación en la educación superior.

Además, se destaca la necesidad de la retribución como un mecanismo de cooperación entre culturas, generando un segundo momento en el cual lo/as estudiantes dan cuenta de sus reflexiones a los líderes mapuches, en un espacio de devolución de la experiencia intercultural, a través de una invitación a la Facultad de Salud y Buen Vivir para el cierre de las actividades.

RESULTADOS

Se realizó una encuesta de Google Forms orientada a evaluar la percepción de 116 estudiantes de primer año de las carreras de Enfermería, Tecnología Médica, Nutrición y Dietética, Terapia Ocupacional y Kinesiología, respecto de la experiencia territorial y visitas realizadas a 4 rukas mapuches: Ñanku, Kintu Rayen, Mapu Lawen y Kiñe Pu Liwen, durante el primer semestre del 2024.

A través de 5 preguntas se levantó la percepción de estudiantes sobre el aporte de las visitas en su proceso de aprendizaje, si recomendarían esta actividad como parte de la asignatura y el significado en 2 frases de la experiencia.

La opinión es positiva en cuanto a los aprendizajes, el diálogo entre diversos saberes, el aporte de otros modelos de salud y comprender el enfoque intercultural, valorando esta experiencia para la asignatura y la recepción de la comunidad mapuche en el territorio. El 98% de lo/as encuestados/as recomendaría esta actividad para replicarla permanentemente en la cátedra.

También se puede afirmar que la actividad de cierre de las visitas a las rukas, realizado en la facultad en el mes de junio el año 2024, es un reconocimiento al trabajo colectivo y bidireccional entre institución, comunidad y territorio.

Las siguientes frases recogen la opinión de estudiantes que dan cuenta su visión de la experiencia:

- Una puerta para comprender la salud de un enfoque intercultural y mucho más humanista.
- Se aprendió mucho más (en mi caso) sobre la medicina que ocupa el pueblo mapuche, además de reconocer un poco más la cultura de nuestras raíces.
- Para mí, fue maravilloso ir y poder conocer la cultura mapuche, sobre todo en el ámbito de la salud y conocer cómo trabajan y se desarrollan en la salud, también los beneficios que tiene la medicina mapuche son muy interesantes, volvería a ir mil veces.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que la realización de actividades socioeducativas y participación del educando fomenta el diálogo, trabajo colaborativo y la curiosidad por nuevas formas de ver el mundo, lo que permite en el curriculum la transversalización del enfoque intercultural, la promoción de una salud integral y la utilización de variados recursos educativos que contribuyan a la formación en educación superior, además de visibilizar las problemáticas existentes en los territorios, para los desafíos que enfrentarán los nuevos profesionales y titulado/as de la facultad, en busca de una mejor atención y calidad de vida.

Se destaca que estas actividades permitieron visibilizar el rol de lo/as líderes mapuches como educadores territoriales con conocimientos ancestrales, comprendiendo a la retribución como un acto de respeto y valoración en la formación.

REFERENCIAS

- (1) Carmona R. Rukas mapuches en la ciudad: cartografía participativa. 2017.
- (2) Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Políticas de salud intercultural en Chile: desde el PROMAP (1992) hasta la normativa vigente en la actualidad. Mario Poblete, Eduardo Goldstein. N° SUP: 119805 [Internet]. 2019 [citado 2024 jun 06]. Disponible en: <https://www.bcn.cl>
- (3) Chile. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. Decreto 21: aprueba reglamento sobre el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural [Internet]. 2023 dic 29 [citado 2024 jun 06]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1199560&f=2023-12-30>

ARTE: UM ANTIRRETROVIRAL SOCIAL

Salvador Campos Corrêa¹

Marcos Nascimento²

APRESENTAÇÃO

O livro “Arte: um antirretroviral social”, publicado em dezembro de 2024, pela Editora Encontrografia, com apoio da Lei Paulo Gustavo de Campos dos Goytacazes-RJ é oriundo da tese “O trânsito entre armários: encontros entre ativismo, HIV e arte no Brasil” desenvolvida no PPGSCM/IFF/FIOCRUZ – apoiada pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), explora a intersecção entre arte e saúde, promovendo uma visão artística/musical e interdisciplinar sobre a vivência do HIV por artistas diagnosticados com o vírus. Se por um lado a arte esteve presente como terapêutica na saúde mental como aquela que desloca e transforma estigmas, ela também se constitui como uma possibilidade de ativismo. A integração da arte como uma forma de compreender, abordar e produzir conhecimento acerca da saúde coletiva é uma possibilidade de expansão de caminhos científicos na saúde coletiva, além das, já conhecidas relações entre arte/saúde, (bem) exploradas, especialmente, pela saúde mental. Esse enfoque contribui para uma visão artística da pesquisa científica, incentivando a colaboração entre diversas áreas do saber a partir de uma conexão individual e coletiva, uma perspectiva trans-formadora das ciências da saúde.

OBJETIVO

O livro tem como objetivo compreender os trânsitos entre arte, ativismo e saúde nas narrativas de vida de artistas vivendo com HIV, que integram a temática do HIV e da AIDS em seus trabalhos artísticos. Para alcançar esse objetivo, a pesquisa utiliza narrativas de vida, iniciando pela narrativa do próprio autor, explorando o conceito de epistemologia do armário proposto por Sedgwick (1).

METODOLOGIA

A pesquisa é qualitativa e se apoia em conversas narrativas com artistas-autores participantes que vivem com HIV e abordam a temática em seus trabalhos. Recorrendo a conceitos históricos do campo do HIV, como o de vírus ideológicos proposto por Herbert Daniel (2), O livro propõe a arte como antirretroviral social, destacando o potencial transformador dela para mobilizar afetos/estruturas/saberes e promover mudanças sociais. Considerando o contexto brasileiro atual, mesmo após 40 anos da epidemia, os vírus ideológicos persistem e ganham força. Longe de buscar um caminho único ou uma pílula mágica como sugere a crítica de Biehl (3), a tese propõe que a arte é capaz de produzir

1 PPGSCM/IFF/FIOCRUZ. E-mail: salvadorcamposcorrea@gmail.com.

2 PPGSCM/IFF/FIOCRUZ.

mobilização afetiva (como a vivida socialmente nas primeiras décadas da epidemia) fortalecendo a mobilização social na construção de uma solidariedade política, como preconizava Herbert de Souza, o Betinho. Neste sentido, a arte é capaz de ser considerada como um antirretroviral social potente a se somar a outras ações políticas capazes de enfrentar o estigma e a discriminação que vivem pessoas com HIV.

RESULTADOS

O livro apresenta uma reflexão potente em conjunto com artistas, partindo de vivências pessoais com HIV, transformadas com arte. As experiências de artistas-autores-participantes que com suas expressões artísticas tiram do armário suas vivências com o HIV e protagonizam a produção de novos trânsitos possíveis para suas vidas e deixando um legado social e transformador. Assim, a arte é entendida como uma força potente de transformação.

Os artistas entrevistados apresentaram um noção ampliada e diversa de ancestralidade como um continuum e atemporal (“ancestrais da aids”, ancestrais espirituais, ancestrais companheiros de movimentos”). A arte é entendida, não como um caminho, mas um lugar de reconexão, em que a morte é uma força que gera renascimentos, produzindo “efeito fênix” capaz

CONSIDERAÇÕES

A pesquisa destaca a importância da arte como expressão e ativismo, proporcionando um espaço para artistas vivendo com HIV abordarem suas experiências e transformarem desafios. Através da arte, esses indivíduos conseguem transformar seus destinos previstos pelo vírus ideológicos, além de sensibilizar o público acerca das vivências com HIV. O livro é significativo tanto para o avanço do conhecimento quanto para a saúde pública. Ele propõe uma integração inovadora entre arte e saúde, oferecendo novas perspectivas metodológicas e práticas para o campo.

REFERÊNCIAS

- (1) Sedgwick EK. A epistemologia do armário. **Cad Pagu** [Internet]. 2016 abr 7 [citado 2025 mar 14];(28):19-54. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8644794>.
- (2) Daniel H, Parker R. **Aids: a terceira epidemia – ensaios e tentativas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: ABIA; 2018.
- (3) Biehl J. Antropologia no campo da saúde global. **Horiz Antropol** [Internet]. 2011 jan;17(35):227-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832011000100009>.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ONCOLOGIA: POSSIBILIDADES E ENTRAVES A PARTIR DE UM ESTUDO DE CASO

Mônica de Castro Maia Senna¹.

Alessandra Bessimo Barreto².

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O câncer constitui grave problema de saúde pública em escala mundial, dada a magnitude de sua morbi-mortalidade. O rápido crescimento da carga global do câncer está associado a mudanças demográficas e ao envelhecimento populacional, além de alterações na exposição a fatores de risco, os quais, por sua vez, estão relacionados aos determinantes e iniquidades sociais em saúde. No Brasil, as neoplasias configuram a segunda causa de óbitos e estima-se a incidência de 704 mil novos casos ao ano para o período 2023-2025 (1). Esse quadro exige políticas públicas, em especial saúde, capazes de assegurar as condições para prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno dos casos de câncer.

A primeira política nacional de atenção oncológica no país data de 2005, embora intervenções públicas já existissem desde ao menos o início do século XX (2). Em 2013, foi instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), em conformidade com as normas e desenho constituídos a partir das Redes de Atenção à Saúde e transformada em Lei em 2023. A PNPCC estabelece a criação de linhas de cuidado sob coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), visando a articular os níveis de atenção e garantir integralidade (3). Mas esse é um processo em construção, que enfrenta diversos constrangimentos e também abre diferentes possibilidades.

OBJETIVOS

O trabalho, derivado de pesquisa para elaboração de dissertação de mestrado, apresenta resultados de estudo avaliativo sobre a organização da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Niterói, região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil, no que tange às ações desenvolvidas em termos de atenção oncológica. A partir desse caso empírico, tem o objetivo de analisar possibilidades e entraves para atuação da APS quanto ao enfrentamento do câncer.

METODOLOGIA

O trabalho parte de um estudo de caso no município de Niterói e toma o câncer de colo de útero como evento traçador, haja vista a longa trajetória de atuação da APS na prevenção e detecção precoce. Com base nesses resultados, examina potencialidades e entraves na atenção oncológica pela APS. Foi feita pesquisa bibliográfica de artigos disponíveis em bibliotecas virtuais, publicados a partir

1 Universidade Federal Fluminense. E-mail: monica_senna@id.uff.br

2 Universidade Federal Fluminense. E-mail alebessimo@gmail.com.

de 2006, quando da primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com os descritores Atenção Primária à Saúde e Oncologia.

A análise documental considerou a legislação e normativas nacionais e do município, também a partir de 2006. Foi feita ainda consulta a sistemas de informação de acesso público, como Registros de Câncer de Base Populacional, Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS).

Na análise foram considerados: a) perfil e capacidade instalada da rede de serviços; b) ações ofertadas pela APS; c) relação com os demais níveis do sistema de saúde.

RESULTADOS

Partiu-se da hipótese de que os serviços de APS têm atuado de forma secundária na atenção oncológica, sobretudo devido à associação histórica entre câncer e alta complexidade e à predominância do setor privado na prestação de serviços em oncologia.

Embora a APS tenha se expandido nas últimas décadas, sobretudo devido à consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), observam-se limites que afetam sua capacidade para assumir as atribuições de prevenção, rastreamento, detecção precoce e coordenação do cuidado postas pela PNPCC. Ações educativas de promoção da saúde e coleta de material cérvico-uterino estão, em tese, disponíveis em todos os serviços de APS, mas a falta e/ou rotatividade de profissionais e demora nos resultados dos exames comprometem essas ações. Predomínio do atendimento por demanda espontânea e debilidades de mecanismos de busca ativa limitam a capacidade de rastreamento.

Dificuldades de acesso à média e à alta complexidades e fragilidades político-institucionais do processo de regulação assistencial dificultam a celeridade necessária para o tratamento oportuno. Ausência de sistemas de referência e contrarreferência impede a articulação entre os diferentes níveis de atenção e compromete a continuidade do cuidado, do mesmo modo em que a existência de diferentes sistemas de informação, não integrados, também evidencia dificuldades de integração da rede de cuidados.

O peso do setor privado na atenção oncológica se reflete tanto na oferta de ações preventivas e de rastreamento pelos consultórios e ambulatorios de planos privados de saúde quanto na dependência de ações de média e de alta complexidade do setor privado conveniado ao SUS, com baixa ou nula capacidade de regulação pelo gestor público.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A PNPCC estabelece que a APS tem função crucial na coordenação e manutenção do cuidado aos pacientes oncológicos, o que torna evidente a necessidade de ações efetivas que fortaleçam sua capacidade de coordenação e a continuidade do cuidado.

Para além dos aspectos já levantados, há barreiras estruturais e sociais que impactam diretamente

a atuação da APS. Em territórios vulneráveis, as pessoas enfrentam dificuldades de acesso aos serviços, seja por falta de recursos financeiros, seja pela sobrecarga de responsabilidades, principalmente para as mulheres, o que torna mais difícil a adesão a práticas de prevenção e promoção da saúde, ampliando a carga de doenças crônicas e onerando ainda mais os serviços.

Ao mesmo tempo, o contexto de austeridade amplia o sucateamento do SUS, com desfinanciamento, precarização dos serviços e redução da capacidade de atendimento, abrindo cada vez mais espaço para o setor privado que trata a saúde não como direito universal, mas mercadoria altamente lucrativa.

REFERÊNCIAS

- (1) Santos MO, Lima FCS, Martins LFL, Oliveira JFP, Almeida LM, Cancela MC. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2023 [citado 2025 mar 21];69(1):e-213700. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700>
- (2) Teixeira LA, Araújo Neto LA, organizadores. História do câncer no Brasil. 1a ed. São Paulo: Hucitec; 2022.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Saúde Legis. 2013 [citado 2025 mar 21]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE LA MUJER: UNA MIRADA DESDE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS

María Cecilia Gonzalez Robledo¹

Luz Maria Gonzalez Robledo²

Elizabeth Hoyos Loya¹

INTRODUCCIÓN

En México, el cáncer es la tercera causa de muerte, afectando de manera importante a las mujeres. Datos de GLOBOCAN (2022) indican que el cáncer de mama (CM) es el más frecuente (15%) ocupando el primer lugar en mujeres como en ambos sexos, seguido del cérvico uterino (CCU) que ocupa el quinto lugar (5%) (1). El gobierno de México ha realizado múltiples esfuerzos por contribuir a la atención de salud de estos y otros cánceres realizando acciones educativas y preventivas (como vacunación contra el VPH), implementando pruebas de tamizaje con diferentes estrategias, financiando con dinero público los tratamientos de ambos cánceres e incrementando la disponibilidad de recursos (infraestructura, equipamiento y talento humano) en el país (2); sin embargo, la calidad de vida de estas mujeres continúa estando comprometida debido a la persistencia de complicaciones físicas, emocionales y sociales de largo plazo (supervivencia permanente) (3), derivados de la enfermedad y los tratamientos.

OBJETIVO

Nuestro objetivo fue explorar las experiencias del personal de salud -multidisciplinar- de instituciones públicas que prestan servicios oncológicos en México, particularmente sobre las necesidades y acciones de atención que se proveen para el cuidado de efectos crónicos de largo plazo de personas con CM, CCU y cáncer de ovario (CO) que no cuentan con seguridad social; así mismo identificar algunas barreras institucionales y del personal de salud para atender estas necesidades.

METODOLOGIA

Estudio cualitativo, que recolectó información en 6 estados de México y 3 regiones diferentes (norte, centro y sur), elegidos intencionalmente por criterio, a través de 9 grupos focales; se invitó a proveedores de instituciones públicas que prestan atención oncológica (multidisciplinar). La selección de informantes fue por muestreo de máxima variación (4) aplicando una guía semiestructurada. El análisis de información se realizó mediante el método de fenomenología descriptiva (5), utilizando el marco de Ferrell y colaboradores (1997) (6).

1 Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México. E-mail: cecilia.gonzalez@insp.mx

2 Facultad de Medicina. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México.

RESULTADOS

Se entrevistó a 64 personas. Se reportaron múltiples efectos de largo plazo experimentados por las mujeres supervivientes de cáncer en México. Los problemas principales fueron la disfunción sexual, ansiedad y depresión y miedo a la muerte, pero son pocas las que lo expresan verbalmente. Tienden a buscar al personal de enfermería y trabajo social para hacer preguntas, más que a médicos tratantes. Se evidenció una gran capacidad y motivación del personal en la identificación de problemas sociales como autoaislamiento, abandono y violencia intrafamiliar, pero muy pocos cuentan con procedimientos y herramientas para su apoyo.

Las instituciones proveedoras de servicios oncológicos son muy diversas y variadas en el país. Aunque todas cuentan con nivel de especialidad, muchas no tienen servicios de hospitalización (centros estatales de oncología), otras hacen parte de complejos hospitalarios (compartiendo horas de quirófano) y, existen las que sí cuentan con todos los servicios de salud integrados (INCan). Se identificaron algunos programas aislados (institucionalmente) para el cuidado de efectos crónicos de largo plazo como “Joven y Fuerte” y “Micaela” en el INCan.

Se reportan barreras para la atención: 1) organizacionales caracterizado por la escasez de financiamiento y recursos para garantizar la operación de las unidades de salud con suficiencia; 2) del personal de salud, por el énfasis en brindar atención para el tratamiento activo y vigilancia centrada en la recurrencia del cáncer, reconociendo que “han abandonado a las supervivientes” y 3) de la población por la insuficiencia de conocimientos sobre la enfermedad, percibiendo que se “mejoran” una vez terminado el tratamiento, pudiendo retornar a su “antigua normalidad” y dificultando la atención de largo plazo.

CONCLUSIONES

Este estudio revela a necesidad de mejorar la atención de largo plazo de las mujeres supervivientes de cáncer en México. Ellas enfrentan desafíos significativos después de finalizar su tratamiento independientemente de la zona geográfica de procedencia. La atención actual no siempre aborda sus necesidades de manera integral, dejando a muchas con secuelas físicas, emocionales y sin el apoyo social adecuado, afectando su calidad de vida de manera significativa. Es urgente establecer un programa nacional que garantice una atención de calidad para estas mujeres y todos los mexicanos que han superado el cáncer.

REFERENCIAS

- (1) World Health Organization. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Mexico [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 [citado 2025 fev 18]. Disponible em: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheet.pdf>

- (2) Cazap E. Breast cancer in Latin America: a map of the disease in the region. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2018;38:451-6. DOI:10.1200/EDBK_200343
- (3) Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. N Engl J Med. 1985;313(4):270-3. DOI:10.1056/NEJM198507253130421
- (4) Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. Adm Policy Ment Health. 2015;42(5):533-44. DOI:10.1007/s10488-013-0528-y
- (5) Abraham DM, P. P. A methodological framework for descriptive phenomenological research. West J Nurs Res. 2025;47(2):125-34. DOI:10.1177/01939459231182477
- (6) Ferrell B, Dow KH. Quality of life among long-term cancer survivors. Oncol Nurs Forum. 1997;24(9):1529-34. PMID: 9380590

ATUAÇÃO DO PROJETO FRENTE PARLAMENTAR DA VACINA NO MUNICÍPIO DE MARICÁ

Deise Luci Batista Motta¹

Alessandra Pimentel Barbosa Pinto de Mattos

Emilene dos Santos Guimarães

Daniela Vogel de Souza

Juliana Machado Cerri

Elane Maria Farias de Carvalho

INTRODUÇÃO

O projeto Frente Parlamentar da Vacina – FPV, pretende fortalecer e proporcionar a conscientização dos cidadãos sobre a retomada das coberturas vacinais, onde as “Fakes News” se fizeram presentes após a pandemia da COVID-19, advindo da necessidade de reeducar nossa sociedade para que volte a ter segurança nas nossas vacinas (1).

O projeto tem como objetivo fortalecer e ampliar o acesso a imunização, tendo como um de seus focos a atenção primária revertendo dessa forma as quedas dos indicadores vacinais, sendo gerenciada pela FIOTEC-FIOCRUZ incorporado ao movimento nacional pela vacinação e desta forma inserido em diversos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Dados do Ministério da Saúde divulgado em 2022 ressalta que os índices de cobertura vacinal, que alcançaram 97% em 2015, caíram para 75% em 2020, o equivalente ao índice de 1987 sendo um dos principais fatores que justificam a necessidade de sensibilização dos cidadãos brasileiros para o retorno a prática de vacinar (1-3).

O trabalho de sensibilização dos apoiadores da FPV ocorre em Unidades Básicas de Saúde - UBS e escolas, o fortalecimento das ações ocorreu com a parceria com o IFF/Maricá; sendo esta uma instituição educacional federal de unidade avançada que possui cursos técnicos de seguimento e concomitante ao segundo grau voltado para o município que conta com 197.277 habitantes (4,5)

OBJETIVO

A FPV visa alcançar objetivos estratégicos, dentre eles se encontra gerar e prover acesso a informações e conhecimentos estratégicos em saúde, com vistas a dar suporte ao processo de formulação de políticas públicas; o subprojeto-plano de ação Liberdade para voar: a arte da argumentação, segue essa linha tendo como objetivo principal formar multiplicadores para a sensibilização da vacinação, criando vínculos entre escola-saúde e sociedade.

1 FIOTEC – FIOCRUZ. E-mail: dlucimotta42@gmail.com

DESENVOLVIMENTO

A parceria atua em dois projetos: a arte da argumentação que objetivam capacitar jovens para que aprendam a formular argumentos para sustentar seus pontos de vista com razões, para analisar, avaliar, defender ou combater argumentações com conteúdo ambiental e de imunização e o liberdade para voar que objetiva sensibilizar a comunidade de Maricá para o seu retorno à procura dos postos de saúde para a vacinação.

A FPV em seu escopo de trabalho atua com apoiadores bolsistas que são direcionados para os diversos Municípios que pactuaram com a FIOTEC – FIOCRUZ a entrada dos mesmos para trabalho coletivo, com o objetivo de sensibilizar a comunidade e esta acontece através de palestras, ações sociais, distribuição de folders e inserção nos Conselhos Municipais de Saúde assim como parceria com as diversas autoridades locais, no IFF o grupo de apoiadores atua com a metodologia ativa com participação dos alunos e professores envolvidos com uma construção coletiva em sala de aula, os alunos são sensibilizados para a adesão as vacinas e como proposta são convidados a colocar em prática o que aprendem nos bancos escolares.

Os alunos participantes das ações são os inscritos no curso de meio ambiente, a temática abordada no primeiro semestre de 2025 versa sobre a vacina da dengue e está sendo pautada em ações sociais com a comunidades, escolas e igrejas onde estes alunos estão inseridos, unindo a vigilância ambiental e a conscientização da importância da vacinação.

O IFF orienta os alunos sobre diagnósticos ambientais e georreferenciamento e estes unem a teoria com a pratica com ações na comunidade onde estão inseridos, este é um projeto embrionário que se propõe a demonstrar que a participação da comunidade (escola, poder público e cidadãos) podem mudar os rumos das práticas políticas de saúde.

As fases da parceria são:

- a) Sensibilizar os alunos do IFF para a participação no projeto utilizando palestras e treinamentos
- b) Pactuar com as autoridades Municipais as ações na comunidade
- c) Treinar agentes comunitários de saúde, alunos e professores IFF
- d) Desenvolver ações sociais

Como última etapa do projeto estaremos apresentando para a Secretaria Municipal de Saúde o diagnóstico encontrado e propor ações coletivas.

Ao todo são 24 alunos que estão participando como extensionistas e que participaram de processo seletivo realizado pelo IFF, as capacitações ocorrem em formato online e presencial e agrega valor ao aprendido e executado aos alunos.

CONSIDERAÇÕES

A atuação entre escolas, saúde e autoridade pública podem mudar a história das futuras gerações, onde o caos instalado pelo negacionismo à vacina pode ser suplantado por ações que levem a coletividade a pensar; o conhecimento ainda é a base da evolução humana e a educação é a plataforma mais forte para trazer a luz ao desconhecimento, o combate da Fake News não se dá apenas por ações de polícia ou judiciais, o que irá transformar o pensamento é o conhecimento da verdade, por isso se faz tão importante a parceria IFF – FPV, ensino e ciência fazendo história.

O subprojeto Liberdade para Voar: a arte da argumentação é a prova de que a sociedade pode se manifestar no coletivo e mudar a realidade e o pensamento negativo que as redes sociais a todo o momento implanta na cabeça de nossos jovens.

A FPV é de suma importância para o movimento nacional pela vacinação, a sua atuação nos municípios através dos apoiadores é capaz de gerar infinitos projetos de capacitação, sensibilização e crescimento da sociedade, sua missão não se restringe no agora, mas em desenvolvimento constante para as próximas gerações, onde acreditamos que será um grande legado para a saúde pública.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Frente parlamentar em defesa pela vacina vai reforçar trabalho do Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 mar. [citado 25 mar 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/frente-parlamentar-em-defesa-pela-vacina-vai-reforcar-trabalho-do-ministerio-da-saude>
- (2) Fundação Oswaldo Cruz; Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec). Projeto básico Fiotec: atividades de apoio. Lei nº 14.133/2021. Processo SEI nº 25380.003219/2023-69, p. 2. Rio de Janeiro; 2023.
- (3) Gatti E. Programa Nacional de Imunizações: imunização no Brasil e as causas da hesitação vacinal [Internet]. Brasília: Câmara dos Deputados; 2017. [citado 21 mar 2025]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/57a-legislatura/comissao-especial-sobre-o-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/23.10.17EDERGATTIImunizaonoBrasileasCausasdaHesitaoVacinal.pdf>
- (4) Instituto Federal Fluminense (IFF). Campus Maricá [Internet]. Campos dos Goytacazes: IFF. [citado 21 mar 2025]. Disponível em: <https://portal1.iff.edu.br/nossos-campi/marica>
- (5) Prefeitura Municipal de Maricá (PMM). Site oficial da Prefeitura Municipal de Maricá [Internet]. Maricá (RJ): PMM. [citado 26 maio 2024]. Disponível em: <https://www.marica.rj.gov.br/>

AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: OFICINAS COLABORATIVAS E FASE PILOTO

Bárbara Vukomanovic Molck¹
Cassia Liberato Muniz Ribeiro

Guilherme Avila Salgado

Ricardo Fernandes de Menezes

Márcia Valéria Pereira

Adriel Ronan Lourenço da Silva

Edna Kiyoko Hotta Nakayama

Lia Tiberi Duarte

Kátia Silva de Farias Bem
Cristian Fabiano Guimarães

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A violência é um problema social e um importante desafio para o SUS. Esse fenômeno multideterminado e complexo com impacto epidemiológico e social, que interfere na qualidade de e nas condições de saúde das comunidades (1,2). Entre as consequências no processo saúde-doença, destacam-se os potenciais anos de vida perdidos, as incapacitações, sofrimento psíquico e o sentimento de medo. As violências vêm sendo reconhecidas como uma demanda importante, que exige oferta assistencial adequada, cuidado integral e em rede, além de uma abordagem intersetorial (2-5).

O município de São Paulo enfrenta desafios complexos relacionados à violência. Conforme evidenciado no Sistema de Informações para a Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA), entre 2008 e 2015, houve 480.000 notificações, e apenas no ano de 2022, segundo dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), foram registrados 48.535 casos de violência (6).

A formulação e publicação da Linha de Cuidado (LC) para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, coordenada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em 2015, representou um avanço na implementação da política de atenção à saúde no município. A LC orienta o trabalho dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, estabelecendo fluxos assistenciais e competências.

OBJETIVO

Avaliar de forma participativa a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa em Situação de Violência no município de São Paulo em conjunto com gestores, interlocutores das Coordenadorias Regionais de Saúde, Supervisões Técnicas das referidas coordenadorias, o Núcleo de Doenças e Agravos Não

1 Hospital Sírio-Libanês. E-mail: bavukomanovic@gmail.com

Transmissíveis (NDANT) da Área Técnica da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), trabalhadores da assistência e usuários do SUS, utilizando como estratégia o dispositivo da Educação Permanente em Saúde (EPS).

METODOLOGIA

A primeira fase do projeto de avaliação da LC de violências do município de SP foi realizada em três etapas. A primeira envolveu a composição do comitê gestor com pesquisadores da universidade* e da Secretaria Municipal de Saúde, construção do plano de investigação, submissão aos comitês de ética e rodas de conversa para elaborar o macrodiagnóstico situacional da gestão e governança da rede de atenção, mapeando expectativas e estratégias de avaliação da LC. Participaram da segunda etapa interlocutores das coordenadorias regionais, supervisões técnicas de saúde e vigilância, com rodas de conversa para análise situacional da LC, avaliação da rede, identificação de problemas, definição de objetivos estratégicos e levantamento de práticas inovadoras em gestão do cuidado. A terceira etapa teve como foco a produção de um diagnóstico ascendente a partir das singularidades do território da Coordenadoria Sudeste - SP e o teste da estratégia metodológica com participação de interlocutores regionais, supervisões técnicas e Núcleos de Prevenção à Violência.

RESULTADOS

As oficinas ocorreram de abril de 2024 a março de 2025. Na primeira etapa os participantes relataram longas trajetórias no serviço público, marcadas por desafios, resistência e mudanças na postura, de silêncio à expressão sobre as dificuldades enfrentadas. Reconheceu-se a sociedade como produtora de violências e sofrimento, bem como a própria gestão pública (opressão salarial e ausência de concursos). A LC foi destacada como espaço de resistência, embora fragmentada e de difícil manejo, ainda não reconhecida com a mesma importância atribuída às doenças crônicas. O diagnóstico apontou a ausência de mediação oficial entre a rede intersetorial, dificuldades na efetivação dos fluxos de acesso, cumprimento dos protocolos existentes e dependência das pessoas para garantir o cuidado. Foi apontado dificuldade nas notificações, pela alta rotatividade de profissionais e medo. Como propostas, destacam-se o fortalecimento das equipes, diretrizes comuns com abertura às singularidades locais, aprimoramento dos sistemas de informação e superação dos limites geográficos.

Na segunda etapa os resultados envolvem a sobrecarga dos profissionais, que acumulam múltiplas funções, e a falta de tempo para ações de educação permanente. Soma-se a ausência de espaços adequados para atendimentos protegidos, a prevalência do modelo biomédico, episódios de violência contra profissionais e dificuldades na articulação e acolhimento das vítimas devido à desorganização dos fluxos e da rede. Há ainda desafios no acesso, subnotificação, banalização da violência, alta rotatividade das equipes, exigências judiciais que revitimizam os usuários e/ou constroem os trabalhadores, dificuldades na comunicação intersetorial e negligência em políticas públicas voltadas à população em situação de rua no município.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As oficinas contribuíram para o processo de planejamento participativo da rede de atenção, promovendo produção de conhecimento e participação de diferentes atores na avaliação. As rodas de conversa funcionaram como espaços de troca de experiências, utilizando a estratégia da educação permanente como dispositivo de transformação de práticas e saberes. A pesquisa configurou-se como espaço de EPS, voltado à formação dos interlocutores e trabalhadores dos serviços, à qualificação profissional e à reorganização do trabalho com base nas necessidades do SUS (7). Colocando o cotidiano do trabalho em análise, as oficinas envolveram trabalhadores da gestão, vigilância, assistência, assistência social, conselhos tutelares e judiciário. A avaliação e o aprendizado ocorreram de forma horizontal e coletiva. Próximos passos incluem a sistematização da terceira etapa da avaliação, expansão do processo para as demais regiões de saúde e o acompanhamento de usuários-guia para mapear o itinerário terapêutico.

REFERÊNCIAS

- (1) Minayo MCS. Violência e saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006 [citado 2025 mar 29]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3617>
- (2) Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS, Castanheira ERL. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. Cienc Saude Colet [Internet]. 2020 jun;25(6):2247–2257 [citado 2025 mar 29]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3GmZzXxZK6k6c8cFzQm9m8H>
- (3) Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como campo interdisciplinar e de ação coletiva. Hist Cienc Saude Manguinhos [Internet]. 1997;4(3):513–531 [citado 2025 mar 29]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/8vKpWc6pR6zM8bjwQhPp9dB>
- (4) World Health Organization. WHO global consultation on violence and health: violence, a public health priority [Internet]. Geneva: WHO; 1996 [citado 2025 mar 29]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41852>
- (5) Ministério da Saúde (BR). DATASUS: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 2025 mar 29]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/sinan>
- (6) Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu) [Internet]. 2005;9(16):161–177 [citado 2025 mar 29]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/9pP7ZcQKQ8QzqZ8J5gL7H5m>
- (7) Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Educação permanente em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Saude Debate [Internet]. 2019;43(120):223–239 [citado 2025 abr 1]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6Jp8kQFZpYpZ8mj7f5HcZC>

“BEM VIVER” INDÍGENA NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA E SEUS PRIMEIROS RESULTADOS*

Vitor Tavares Bahia¹

Sandra Fortes

Fernanda Freitas

Rodrigo Pinheiro

Elizabeth Guadarismo

Mariana Alves Rezende

Daphne Lourenço

Daniela Carioca

Stefani Cecília Dias

Maria Clara Dutra

INTRODUÇÃO

O termo “Bem viver” (Buen Vivir/Sumak Kawsay) é um conceito originado nos povos indígenas da América do Sul, incluído nas Constituições da Bolívia e do Equador, e também presente em várias etnias do Brasil. (1) Refere-se a um modelo de compreensão da vida que considera a existência de três dimensões básicas: comunitária, ambiental e sobre a cosmovisão. É a base de vários componentes sociais destes grupos, abrangendo também a Saúde e a Saúde Mental em particular. No Brasil, os estudos acadêmicos sobre o tema ainda são escassos, sendo necessário um aprofundamento que considere a pluralidade de perspectivas indígenas e suas implicações para as políticas de saúde. A literatura sobre “Bem Viver” sugere que essa concepção rompe com paradigmas ocidentais individualistas e extrativistas e introduz abordagens comunitárias de bem-estar, espiritualidade e relações socioambientais. (2) A tradução em inglês comumente utilizada para esse conceito pode limitar a compreensão do termo, em suas dimensões conceitual, cultural, ética e política.

OBJETIVO

Revisar a utilização do conceito de Bem Viver na literatura científica brasileira sobre povos indígenas e sua associação com a saúde mental. Analisar a abrangência das publicações existentes, identificar lacunas e discutir a pertinência do conceito no contexto da saúde coletiva e da saúde mental.

¹ Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco (PPGS/UFPE), Doutor em Sociologia (PPGS/UFPE), Pesquisador NEPS/UFPE e LIPAPS/UERJ, Coordenador Executivo da pesquisa. E-mail: vitorrtb@gmail.com

* Pesquisa multicêntrica e multidisciplinar financiada pelo Ministério da Saúde e CNPq (Chamada Pública “Estudos Transdisciplinares em Saúde Coletiva” nº 21/2023), coordenada pela Profa. Dra. Sandra Fortes (DEM/FCM/UERJ e LIPAPS/UERJ) em parceria com a UFPE, Unifesp, UFAC, UFRR, UFRGS e Center University of New York (CUNY).

METODOLOGIA

Este trabalho constitui a primeira etapa de uma pesquisa baseada em revisões sistemáticas sobre o conceito de Bem Viver na saúde dos povos indígenas brasileiros. A busca foi realizada nas bases de dados Scielo e PubMed, utilizando os descritores: (povos indígenas) AND (bem-viver, viver bem, bem-estar, bem viver, sumak kawsay, teko porã) AND (Brasil). Também foram incluídos livros e outras publicações acadêmicas citadas nas referências dos artigos. A revisão sistemática de material em inglês utilizou os termos (Indigenous peoples) AND (Well-Being/Well Being, Living Well/Well Living and Good Living, Psychological Well-Being, Social Well Being) AND Brazil. O período escolhido foi de publicações entre 2014 e 2025, com exceções para textos considerados essenciais para a discussão proposta.

RESULTADOS

Na Scielo, dos 81 artigos identificados, 25 foram selecionados com base no título e 13 compuseram a seleção final após análise do resumo. Foram excluídos 68 artigos, sendo 39 por não tratarem do tema no título, 12 por não abordarem o tema no resumo e 17 por duplicação. Na Pubmed, dos 870 artigos identificados, 30 foram selecionados pelo título e 6 compuseram a seleção final após análise do resumo. Foram excluídos 864 artigos, sendo 806 por não tratarem do tema no título, 24 por não abordarem o tema no resumo e 34 por duplicação. Foram analisados 4 livros selecionados nas referências dos artigos, resultando em 23 referências para a análise. Focou-se inicialmente na caracterização do conceito, tendo sido detectada a seguinte questão epistemológica na revisão na língua inglesa: superposição das traduções, considerando como iguais conceitos diferentes. Verificou-se que a tradução das expressões em espanhol, português e línguas indígenas para o inglês permanece sendo um desafio. “Bem viver/buen vivir/sumak kawsay” são frequentemente traduzidos nos artigos em inglês como “Well-Being”. (3) Porém, verificam-se diferenças entre os termos originais e estas traduções: “Bem Viver” não representa o mesmo que “Bem-estar” e nem é uma tradução de “Well-Being”. Embora se associe com os temas “qualidade de vida” e “bem-estar”, o “Bem Viver” traz uma perspectiva mais coletiva, planetária e transcendental, que rompe com os valores e práticas coloniais que organizam a lógica individualista, extrativista e capitalista da vida social e do cuidado em saúde nos países colonizadores. O termo “Bem Viver” trata de dimensões mais amplas, como espiritualidade, território, coletividade, comunidade, cultura e natureza como parte intrínseca da concepção de vida dos povos indígenas latino-americanos.

DISCUSSÃO

O conceito de “Bem Viver” inclui dimensões mais amplas do que o simples “bem-estar”, como espiritualidade, território, coletividade, cultura e natureza – aspectos que são intrínsecos à concepção de vida dos povos originários latino-americanos. Na perspectiva da saúde mental, os estudos analisados apontam que o “Bem Viver” está associado a práticas de fortalecimento comunitário, rituais e formas tradicionais de cuidado. Essa abordagem abrangente também é encontrada nas perspectivas de saúde

dos povos originários na África e na Austrália, que compartilham visões holísticas do bem-estar. Assim, a inserção do Bem Viver nas políticas de saúde coletiva pode contribuir para modelos mais inclusivos e adequados às necessidades dos povos indígenas e para o cuidado em saúde de maneira geral. Além disso, avaliar como o conceito é traduzido e interpretado na literatura em inglês, destacando possíveis implicações epistemológicas para o campo da saúde mental indígena é um caminho a ser traçado.

CONCLUSÕES

Consideramos que os termos “Well Living/Living Well” e “Good Living” parecem se aproximar da tradução mais adequada, sendo necessária a escolha de um termo na língua inglesa que possa ser representativo do conceito básico de “Bem Viver”. (4) A compreensão mais aprofundada deste conceito é fundamental para que este modelo de cuidado, originado nos saberes indígenas, possa servir como base para a construção de uma prática de saúde mais coletiva, ambiental e transcendental. Para além da tradução *per se*, é fundamental ter clareza de que esse modelo pode abrir novos caminhos para o desenvolvimento da saúde, fortalecendo a perspectiva da saúde coletiva e interdisciplinar e intercultural.

REFERÊNCIAS

- (1) Acosta A. O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos. Breda T, tradutor. 2ª reimpr. São Paulo: Autonomia Literária; 2016.
- (2) Friggeri FP. Buen vivir y socialismo indoamericano: una búsqueda epistémico-política [Internet]. Foz do Iguaçu (PR): Universidad Federal de la Integración Latinoamericana (UNILA); 2020 [citado 2025 fev 5]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/3610513/2020>
- (3) Whitaker JA. Sorcery and well-being: bodily transformation at Beckeranta. *Anthropol Med* [Internet]. 2021 Mar;28(1):78-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13648470.2020.1807726>
- (4) Welch JR. Persistence of good living: A'uwe life cycles and well-being in the central Brazilian Cerrados. Tucson: University of Arizona Press; 2023.

BROTAR(NOS) Y POLINIZAR(NOS) ENTRE RÍOS Y FUERZAS DEL SUELO: RESIDENCIAS TRANSDISCIPLINARES INTENSIVAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CUIDADO DE BIENES COMUNES

Cotaimich Valeria¹

Natalia König

Pía Rodríguez

Carlos E. Álvarez

INTRODUCCIÓN

El presente artículo constituye un informe de una experiencia relacionada con un Programa de Residencias Transdisciplinarias intensivas desarrollado desde la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC)-Argentina, cuyos objetivos son:

1) Generar un espacio de vinculación entre investigación, formación y extensión transdisciplinar que articule aportes del campo de las artes, las ciencias, la promoción de la salud y el cuidado de bienes comunes ambientales y culturales; 2) Continuar y profundizar con una línea de trabajo intersectorial de alcance local, nacional e internacional desarrollada desde el Espacio Laboratorio de Arte/s, Performance/s, Política, Salud y Subjetividad/es (ELAPPSS) de la misma institución. El programa, previsto para desarrollarse durante el año 2025 cuenta con tres residencias: 1) *Cuidar un río es cuidar todos los ríos* (febrero); 2) *Territorios-TIERRA. Sembrar(nos) en conexión* (agosto); y 3) *Brotar y polinizar(nos) en primavera* (setiembre).

BASES EPISTEMOLÓGICAS Y ESTRATEGIA SANITARIA

El programa de residencias se basa en una propuesta epistemológica considerada como *(Des) montaje transdisciplinar* -(D) MT-² a la cual se vincula una estrategia sanitaria de *Promoción transdisciplinar*, transcultural y transnacional de la salud y cuidado de bienes comunes ambientales y culturales (PTTTS) (1). Ambas propuestas vienen orientando programas y proyectos de investigación, extensión, divulgación científico-artística y comunitaria emergentes de articulaciones entre el ELAPPSS y la cátedra de “Psicología Sanitaria en salud pública, salud mental y salud colectiva”. Esta perspectiva,

1 Dra. Valeria Cotaimich. Coordinadora del Espacio Laboratorio de arte/s, performance/s, política, salud y subjetividad/es (ELAPPSS) y docente investigadora en la cátedra de Psicología Sanitaria en salud pública, salud mental y salud colectiva. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba (UNC) -Argentina. E-mail: valeria.cotaimich@unc.edu.ar. Natalia König y Pía Rodríguez son integrantes del ELAPPSS.

2 Propuesta desarrollada en las dos tesis de doctorado, en Artes, y en Administración y Política Pública de Valeria Cotaimich. La primera llevó como título: “*Hacer teatro (in) dependiente* en Córdoba entre 1996 y 2010. (Des) montaje transdisciplinar de un proceso de transformación poética y política en el contexto del capitalismo cultural y cognitivo contemporáneo”; y la segunda: “*CANDONGA Y EL MILAGRO DEL SAUCE* (Des) montaje transdisciplinar, política/s pública/s, ordenamiento territorial, salud colectiva, justicia ambiental y producción (in) material de bienes comunes” (ambas presentadas en el año 2020 en la UNC).

en el caso de la residencia Cuidar un río es cuidar todos los ríos supuso: 1) una aproximación analítica en términos de montaje de experiencias de cuidado del agua;

2) la producción de montajes (textuales, visuales, escénicos y audiovisuales); y 3) la elaboración de propuestas para contribuir con el cuidado de los ríos. Participaron en la organización: el ELAPPSS; el Centro de investigación, extensión y vinculación (CIEVPSi) (UNC); la Municipalidad de Agua de Oro, la Asamblea Vecinos del Chavascate, (AVCH), y la *Rede Latino-Americana de Divulgação Científica e Mudanças Climáticas* (propuesta desde la UNICAMP -Brasil).

RESULTADOS, CONCLUSIONES PARCIALES Y CONTINUIDADES

La primera residencia superó las expectativas planteadas. Se incluyeron exposiciones, charlas, talleres y encuentros de reflexión *sentipensantes* y *diálogos de saberes e interespecies* con las *fuerzas del suelo* (Ej: ríos, árboles y micelios), y *otras fuerzas del cielo*³ (Ej: aves, colibríes, abejas, y libélulas). Se abordaron temas relacionados con la salud (pública, ambiental, colectiva, mental, territorial y espiritual), considerando instancias de alcance singular, particular y general, y relaciones entre cuerpo, salud, artes, activismo y políticas estatales.

Entre las experiencias presentadas se encuentran: un *Monitoreo del río Chavascate*, a cargo de integrantes del CONICET, el Grupo *Preservamos* y la AVCH; y el desarrollo de Reservas hídricas estatales, en Agua de Oro y la comuna de Cerro Azul. Además, se realizó un encuentro de organizaciones donde participaron: la *Plataforma Latinoamericana y del Caribe por la Justicia Climática*, el *Movimiento por el agua y los territorios* (MAT) de Chile; la Campaña nacional *Agua para todxs, agua para la vida* y la *Asamblea social del agua* de Puebla-México; la *Campaña plurinacional por el agua y la vida* de Argentina; la *Asamblea por la vida* de Chilecito y las *Defensoras del Agua del Famatina* de La Rioja (Arg.); el *Foro ambiental de traslasierras* (Cba.); *La Granja Pueblo monte*; la *Asamblea del Monte de Unquillo* (AMU); y la *Asamblea Vecinos del Chavascate* (AVCH). También se presentaron libros y se realizaron dos caminatas, una por la Reserva Natural Urbana Gral. San Martín (Cba.), donde se compartió un conversatorio sobre el *Río Suquia* de la ciudad de Córdoba, desde una perspectiva originaria. Finalmente, se realizaron una visita al Museo Botánico de la UNC, y una mesa de diálogo con referentes de la UNC y la UNICAMP, cerrando con la presentación de la performance *Venas-ríos/dolor-potencia* (ELAPPSS).

Como devolución l@s participantes realizaron propuestas y pusieron en valor las conexiones poéticas y políticas de actividades *sentipensantes* que vincularon teoría, artes, activismo y políticas públicas. Estudiantes universitarios, además, expresaron haber vivido la residencia como *puente* y *pasaje* desde un malestar, tristeza y desazón compartida con su generación, hacia la posibilidad de re-pensar el campo de la salud desde la potencia del trabajo colectivo transdisciplinar. El programa

3 Aludimos a *diálogos interespecies*, *las fuerzas del suelo* y *las fuerzas del cielo*, como (des) montaje y re- significación de aportes de autoras/es como D. Haraway y B. Latour, y contraponiendo discursos del gobierno nacional argentino emergentes del *capitalismo, cultural, cognitivo, emocional y de la fe* (Cotaimich, 2023).

de residencias constituye un dispositivo de PTTTS complementario a residencias interdisciplinarias en salud y en artes que, entre otros, retoman aportes claves devenidos del trabajo de ALAMES, y esperamos que también constituya un aporte, a sus 40 años.

REFERENCIAS

- (1) Cotaimich V. Aportes, experiencias y (des)montaje de relaciones entre bienes comunes, justicia ambiental y promoción transdisciplinar, transcultural y transnacional de la salud. In: Dossier: Extractivismos y sus implicancias en la salud, ambiente y territorios en América Latina y el Caribe del GT Salud Internacional de CLACSO [Internet]. Buenos Aires: CLACSO; 2023 [citado 2025 abr 7]. Disponible en: <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/xmlui/handle/CLACSO/171446>

CARTOGRAFIA DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: PERSPECTIVAS NOS ESTADOS BRASILEIROS DA AMAZÔNIA LEGAL

Rosiane Pinheiro Rodrigues¹

Alder Mourão de Sousa

Cristian Fabiano Guimarães

INTRODUÇÃO

Os estados da Amazônia correspondem a 61% do território brasileiro em que residiam cerca de 28,4 milhões de habitantes, em 2021 (1), o que representa $\approx 13\%$ da população brasileira, pertencente aos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão e Mato Grosso.

A implantação e implementação de uma política requer atender às necessidades das populações a partir das suas diversidades, por compreender que a epidemiologia da Amazônia é envolvida de condicionantes e determinantes sociais de saúde que interferem diretamente no processo de saúde-doença-cuidado dos povos das águas e das florestas (2).

A partir dessa conjuntura, para garantir a atenção resolutiva e em tempo oportuno é articulado no âmbito do Ministério da Saúde (MS) a incorporação da Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES) publicada na Portaria GM/MS N. 1.604, de 18/10/2023. Política que se volta a reorganizar os serviços e o processo de trabalho, em articulação com a rede de atenção à saúde, qualificando o acesso e o cuidado especializado com vistas à produção da integralidade no SUS. Ademais, a Universidade Federal de São Paulo é responsável pelo projeto de pesquisa “Cartografia da atenção especializada no SUS: formulação, formação e gestão do cuidado em redes” em nível nacional (3).

OBJETIVO

Discutir implantação e implementação da PNAES a partir da cartografia da atenção especializada do SUS nos estados da Amazônia e seus impactos no cuidado ao usuário.

METODOLOGIA

Realizou-se estudo cartográfico dos estabelecimentos da atenção especializada em saúde nos nove estados da Amazônia Legal no âmbito do projeto de pesquisa: Cartografia da Atenção Especializada no SUS: formulação, formação e gestão do cuidado em redes. Pesquisa de campo desenvolvida por 11 pesquisadores, de out/2023 a abr/2024.

1 Universidade do Estado do Pará. E-mail: rosiuepa@gmail.com

Os municípios e regiões de saúde foram escolhidos e pactuados pelo Núcleo Gestor Estadual, composto por representantes da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde do estado, do COSEMS e pelos respectivos pesquisadores locais. Buscou-se sempre dialogar com o responsável pela coordenação do serviço, com integrantes das equipes multiprofissionais e usuários.

Os dados foram produzidos com a colaboração de 343 participantes, entre gestores, trabalhadores e usuários. Cartografou-se as linhas de cuidado: materno infantil, renal substitutiva, oncologia, ortopedia, neurologia, oftalmologia e cardiologia.

Adotou-se os termos de referência acerca da gestão do cuidado, regulação e transporte sanitário para a condução cartográfica aqui descrita. Os resultados direcionaram a construção de narrativas, relatórios e produtos ao MS.

RESULTADOS

Identificou-se distintas questões que impactam o cuidado. Dentre elas, destacaram-se: concentração de serviços de AE nas regiões metropolitanas e o transporte sanitário. Questões atuais e historicamente enfrentadas pelas populações ribeirinhas, indígenas e remanescentes de quilombos, que residem em regiões de saúde distantes das capitais. O que geram dificuldades de acesso e acessibilidade aos especialistas, ao apoio diagnóstico e aumentam filas de espera.

A centralização dos serviços especializados nas regiões metropolitanas, como nos casos de Roraima, Amazonas, Acre, Pará, obrigam os usuários a se ausentarem de seu domicílio em busca de cuidado e, às vezes, deixar seus familiares em casas de apoio ou de familiares ou até de pessoas, por vezes, conhecidas através das redes vivas construídas no percurso do cuidado.

O deslocamento para as regiões metropolitanas nos estados amazônicos torna-se um imperativo para a condução do cuidado. Em vista disso, muito usuários necessitam utilizar o transporte sanitário para esta finalidade. Contudo, em contextos distintos, reproduzem-se situações excludentes similares, como transportes sucateados ou oferta destes serviços para situações pontuais de saúde e não para todos que necessitam.

Outros aspectos importantes dizem respeito à gestão do SUS, os resultados evidenciaram ausência de protocolos e fluxos de acesso bem definidos, deficiência no sistema de referência e contrarreferência. Além da problemática impermanência de profissionais especialistas em municípios distantes das capitais, recorrente no contexto amazônico, sendo desafios impactar na oferta de cuidado equitativo e integral. A contribuir à ausência da gestão compartilhada do cuidado, da efetivação de projetos terapêuticos singulares e do cuidado centrado na pessoa.

CONSIDERAÇÕES

Os resultados das cartografias desses nove estados foram apresentados aos dirigentes estaduais, regionais e municipais desses territórios, visando fomentar o debate acerca das diretrizes propostas pela

PNAES, necessidade de construir plano regionais, além de construir proposições para o planejamento ascendente de base territorial e organização dos serviços de Atenção Especializada em Saúde na Rede de Atenção à Saúde de acordo com o Planejamento Regional Integrado para cada estado, com regulação do acesso e coordenação da gestão do cuidado.

É pertinente ressaltar que a regionalização e a governança de saúde, na Amazônia, incluem a produção de novas expressões interculturais, a fim de dialogar com a complexidade da produção da vida e da saúde nesses territórios e forjar uma atenção à saúde oportuna a partir de reflexões locais, pois não há possibilidade de pensar a PNAES de forma homogênea, sem levar em conta as especificidades e as singularidades dos diferentes territórios.

REFERÊNCIAS

- (1) Veríssimo B, Assunção J, Barreto P, Lima M, Santos D. As cinco Amazônias: bases para o desenvolvimento sustentável da Amazônia Legal [Internet]. [S.l.]: Amazônia 2030; 2022 [citado 2024 mar 18]. Disponível em: <https://amazonia2030.org.br/wp-content/uploads/2023/05/As5Amazonias.pdf>
- (2) Oliveira PTR, Rodrigues RP. Apoio à formulação e implementação da Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES) no Sistema Único de Saúde (SUS) Estado do Pará. In: Cartografia da Atenção Especializada no Brasil [Internet]. São Paulo: UNIFESP; 2024 [citado 2024 maio 30]. Disponível em: <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:VA6C2:ca8ba5fb-1321-4b3f-879d-9ae0d2bea465>
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2023 out 20 [citado 2024 maio 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view>

¿CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA O CONSULTORIO BARRIAL?

María Alejandra Chervo¹

Matías Stival

Silvia Curaba

Nadia Viña

Rosana Nores

Marina Jaime

Silvina Contino

Natalia Irusta

Viviana Salcedo

INTRODUCCIÓN

¿Cómo son los procesos de trabajo del equipo de salud en el primer nivel de atención y, específicamente, los del personal de enfermería? ¿cómo juega en ellos la división de actividades y funciones, el trabajo en equipo, las necesidades de la población, la identidad profesional? ¿Producto de qué concepciones, deseos, prácticas, determinaciones, resulta el “cuidado enfermero” en ese nivel de atención?

Estas preguntas se inscriben en una línea de investigación que intenta vincular la formación universitaria del licenciado en enfermería y el mundo del trabajo (1,2,3) y que sostiene que, si bien se trata de un grupo profesional que tiene dificultades para construir su campo profesional, también es cierto que existen configuraciones institucionales que facilitan (o no) la construcción de un perfil más autónomo.

Las formas institucionales de los efectores de primer nivel de atención en la ciudad de Rosario (Santa Fe en Argentina), resultado de una política pública iniciada en los 90 (4), han promovido prácticas de universalidad y equidad, construyendo una articulación con los demás niveles; modos colegiados de gestión y cuadros que inspiraron y promovieron prácticas transformadoras. Para los teóricos de la salud colectiva (5,6,7), las prácticas democráticas al interior de los equipos de salud, promueven un sujeto trabajador, cada vez más protagonista de sus propios procesos de trabajos, cada vez menos alienado sobre el sentido de su labor.

Estas razones históricas y funciones de promoción y prevención del primer nivel de atención hacen que el rol de enfermería sea un objeto de estudio interesante para analizar no sólo su proceso de trabajo, sino el del propio efector.

1 Profesor titular. Escuela de Enfermería. Facultad de Cs Médicas. Universidad Nacional de Rosario, Argentina.
E-mail: marachervo@gmail.com

OBJETIVO

En el marco de una investigación cuyo objetivo es describir las características que asumen las prácticas de cuidado en el primer nivel de atención en términos de: respuesta a las necesidades de la población, procesos de trabajo, autonomía y trabajo en equipo e interdisciplinario, en esta ponencia presentamos un análisis de los procesos de trabajo de los y las profesionales de enfermería en centros de salud de la ciudad de Rosario en relación a la implementación de la estrategia de APS.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo observacional en el que se utiliza un abordaje cualitativo. Desde una perspectiva etnográfica, se utilizan de modo combinado las técnicas de observación participante y entrevistas abiertas y semi-estructuradas. A su vez, se recurre a la triangulación de estrategias y fuentes para complementar las descripciones de las prácticas de los y las profesionales de enfermería. Se busca reconstruir el proceso social de referencia recuperando las perspectivas de sus protagonistas como parte constitutiva del propio fenómeno estudiado. En las entrevistas se profundizaron dos ejes: las trayectorias formativas y laborales y el proceso de trabajo en el centro de salud. Los datos obtenidos fueron pasados a textos (desgrabado o redacción de observación), anonimizados, codificados y categorizados manualmente. En cuanto a selección, se incluye a todos los profesionales de enfermería que trabajan en dos centros de salud (uno de dependencia municipal y otro provincial) del primer nivel de atención de la ciudad de Rosario. Hasta el momento se realizaron 4 entrevistas y dos instancias de observación participante de los procesos de trabajo cotidianos.

RESULTADOS

En la descripción de un día de trabajo, aparecen actividades relativas a la dinámica de atención dentro del centro de salud: extracción, vacunación, curaciones, administración de medicamentos (IM), atención de consultas por salud sexual y reproductiva, y de otra índole. Las diferencias en los centros visitados tienen que ver con la atención de la demanda espontánea. En uno, se asignan turnos por especialidad previendo un porcentaje de turnos no dados, para la demanda espontánea. En el otro, todas las personas hacen la admisión con enfermería, quien resuelve, dar un turno o pasar para la consulta con otro profesional. El sistema de registro funciona muy bien (“más o menos, es lento”) en cuanto a la información disponible producida en otros niveles. Al preguntarse, en relación a las actividades que realizan diariamente, en qué momento se relaciona con otros miembros del equipo y con quiénes, la respuesta en todos los casos es: “*en todo momento*” (E1); “*acá todo es en equipo*” (E3); “*acá es todo diferente, hay un equipo, sabés quién es el que viene, qué le pasó, cómo es la familia*” (K1). “*hay confianza*” (E1). Este vínculo se relata en relación a los/as médicos/as, en relación a una derivación, pero también en relación a otras instituciones de la comunidad y a la población que asiste. Si bien los/

las entrevistados/as dicen que se trabaja intersectoriamente, ésto no es permanente. Hay situaciones de personal con licencias (transitorias y permanentes) que no fueron reemplazados. Los/as trabajadores refieren a una sensación de “desborde”, por la escasez del recurso, la creciente demanda tanto en número de población como en el tipo y complejidad de los problemas.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

Las dificultades técnicas que emergen del trabajo cotidiano, el desfinanciamiento evidenciado en la escasez de recursos y de personal, la organización a partir de la demanda espontánea y la complejidad de los problemas de salud, fragilizan toda la propuesta de APS.

¿En torno a qué problemas se articula la respuesta sanitaria? ¿Quién y cómo se establece la prioridad? Un centro de salud: ¿es la puerta a una estrategia integral de salud o es un consultorio barrial? Si la respuesta se reduce a la atención médica de la demanda espontánea, que sólo puede satisfacerse con un aumento de consultas, la misma siempre será insuficiente, “secundarizando” la APS.

El sentimiento de pertenencia a un grupo de trabajo, el vínculo de confianza, personal y técnico, construido en una biografía institucional de larga data, funciona como un factor protector en grupos de trabajo que resultan escasos en cuanto a número de integrantes frente a una demanda creciente, que resulta por momentos inabordable.

REFERENCIAS

- (1) Micozzi T, Chervo M, Salinas J, Reververis A, Jaime M, Biassoni ME. Graduados en enfermería, su trayectoria laboral, desempeño profesional y competencias. Rosario: Proyecto del Programa de Incentivo - SCyT. IMED 435; 2015.
- (2) Chervo MA, Ferronato M, Martinez Salomón N, Edes M, Simonetti G, Tolentino D. Relación estudio-trabajo y visión prospectiva del mercado laboral de los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la U.N.R. CIAPOT. 2014:120-36.
- (3) Chervo MA, Muruaga C, Curaba S, Jaime M. Desempeño profesional y formación universitaria del Licenciado en Enfermería. Proyecto I+D Secretaría de Ciencia y Tecnología. Rosario: UNR; 2023.
- (4) Báscolo E, Yavich N. Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. Rev Salud Pública. 2010 [citado 2025 jun 20];12:89-104. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000700007
- (5) Sousa Campos WG. Gestión en salud: en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
- (6) Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
- (7) Merhy EE. Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2021.

COLABORAÇÃO ENTRE A GESTÃO E AS UNIVERSIDADES PARA O FORTALECIMENTO DAS REDES DE SAÚDE: O COSEMS RJ E SUAS PRINCIPAIS PARCERIAS ESTRATÉGICAS

Marcela de Souza Caldas¹

Ana Maria Auler Matheus Peres

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Thauanne de Souza Gonçalves

Isabelle de Almeida Motta

Marta Gama de Magalhães

APRESENTAÇÃO

Desde 2012, o Cosems RJ (1) tem buscado qualificar a gestão municipal do SUS no Estado do Rio de Janeiro, fortalecendo sua missão institucional por meio de projetos estratégicos. A criação do “Projeto Apoiadores Regionais” marcou o início dessa trajetória, oferecendo suporte técnico e apoio regionalizado aos municípios. Essa iniciativa foi fortalecida pela parceria com o Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro (IMS) da UERJ, firmada com o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (Cepesc).

Em 2017, o projeto passou a integrar a “Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS”, parceria entre Conasems, Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e Ministério da Saúde no âmbito do Proadi-SUS. Essa rede ampliou o alcance das ações e incorporou novas estratégias alinhadas à Política de Educação Permanente em Saúde.

Com iniciativas como a Cooperação Técnica com a Fiocruz e o projeto IdeiaSUS, além do Observatório de Políticas de Saúde (2), o Cosems RJ tem promovido a regionalização solidária e colaborativa, transformando práticas de gestão e fortalecendo coletivos regionais. Sua atuação destaca-se pela proximidade com gestores e equipes municipais, construindo redes mais integradas e eficientes.

OBJETIVO

O presente relato de experiência tem como objetivo apresentar a Estratégia de Apoio do Cosems-RJ, destacando suas principais ações, conquistas e desafios desde a implantação.

METODOLOGIA

A Estratégia de Apoio do Cosems-RJ é conduzida por uma equipe composta por profissionais com experiência em políticas públicas de saúde. Sua coordenação se dá em co-gestão e integra o Projeto Proadi-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde para

1 COSEMS-RJ. E-mail: marcelascaldas@gmail.com

desenvolvimento da Rede Conasems – Cosems, através da cooperação com Conasems e BP - Hospital da Beneficência Portuguesa, hospital de excelência coordenador das ações do projeto.

A região de saúde se configura como o espaço privilegiado para a atuação dos apoiadores, que trabalham junto aos gestores e equipes técnicas municipais, como suporte para aprimoramento e transformação das práticas de trabalho da gestão municipal, visando fortalecer coletivos e possibilitar caminhos e reflexões para construir uma regionalização solidária e colaborativa no SUS (3).

A equipe de apoio conta com 7 (sete) profissionais com formação em políticas públicas de saúde, que atuam como apoiadores nos 92 municípios das 9 (nove) regiões de saúde fluminenses.

RESULTADOS

Dada à configuração da governança do SUS, os espaços coletivos e regionais têm grande importância. É, portanto, nesses espaços, onde prioritariamente o apoio deve acontecer e se materializar. O que se espera da participação nas instâncias de pactuação é a geração de entendimentos da situação coletiva, discussões e resoluções que traduzam a realidade locoregional, portanto, com capacidade de produzir impacto na situação de saúde de um dado território (3,4).

A Estratégia de Apoio do Cosems RJ alcançou importantes resultados no fortalecimento da gestão municipal do SUS no Estado do Rio de Janeiro. Entre as iniciativas de destaque, estão a realização de lives, congressos e rodas de práticas em saúde em parceria com o IdeiaSUS/Fiocruz, que estimularam a troca de experiências e conhecimentos entre os gestores municipais.

Foram realizadas publicações em revistas científicas, congressos nacionais e internacionais de saúde pública, além da criação de um infográfico do apoio regional apresentado durante as atividades de Educação Permanente. Em comemoração aos 10 anos da Estratégia, foi lançado um e-book, ampliando a visibilidade das ações realizadas (5).

A cooperação técnica com a Fiocruz por meio do IdeiaSUS resultou na ampliação do mapeamento de práticas exitosas nos municípios e na realização de Mostras Estaduais, que selecionaram trabalhos para a Mostra Nacional “Brasil, Aqui tem SUS”. Além disso, promoveu o registro de experiências municipais na plataforma IdeiaSUS, incentivando melhorias na gestão e trabalho no SUS.

CONSIDERAÇÕES

Ao longo de seus 13 anos de atuação, a “Estratégia de Apoio” demonstrou ser uma experiência bem-sucedida na trajetória do Cosems RJ (3). A iniciativa permitiu maior proximidade com gestores e técnicos municipais de saúde, promovendo suporte técnico e fortalecendo os coletivos regionais.

A pandemia de Covid-19 representou um dos maiores desafios enfrentados, exigindo adaptações rápidas e criativas para apoiar os municípios em um momento crítico. Além disso, a instabilidade política no estado do Rio de Janeiro, com cinco trocas de secretários estaduais de saúde nos últimos anos, trouxe complexidades adicionais ao cenário.

Ainda assim, a diretoria e a equipe técnica do Cosems RJ, incluindo os apoiadores, consolidaram a instituição como uma importante referência técnica e política para os municípios, reforçando seu papel essencial no fortalecimento do SUS no estado (3,4).

REFERÊNCIAS

- (1) COSEMS RJ. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Missão e visão [Internet]. Rio de Janeiro, Brasil; [citado 2022 maio 20]. Disponível em: <http://www.cosemsrj.org.br/missao-e-visao/>
- (2) COSEMS RJ (Rio de Janeiro). Observatório de políticas de saúde do Estado do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro, Brasil; 2024 [citado 2024 maio 26]. Disponível em: <http://www.cosemsrj.org.br/observatorio-material-base/>
- (3) Pinheiro R, Peres AMA, Velloso G, Caldas MS. Apoio regional no estado do Rio de Janeiro, Brasil: um relato de experiência. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014;18(Supl 1):1125–1133.
- (4) Silva ML. O COSEMS RJ: origem, identidade e seu papel na defesa das Secretarias Municipais de Saúde. Em: Pinheiro R, et al., organizadores. Apoiadores regionais: uma experiência brasileira. Edição revisada. Rio de Janeiro, Brasil: CEPESC; IMS/UERJ; COSEMS/RJ; OPAS; 2014. p. 21–30.
- (5) Peres AMAM, Caldas MS, Magalhães MG, Lima AM, Cabral LMS, Rodrigues PHA, Oliveira RAT, organizadores. Estratégia de apoio regional do COSEMS RJ: uma década desta trajetória na consolidação do SUS no estado do Rio de Janeiro. 1a ed. digital. Vol. 1. Rio de Janeiro, Brasil: Editora CEPESC; 2022. 167 p. ISBN 978-85-9536-011-2.

CONSTRUÇÃO DE MATRIZ DE AÇÕES COLETIVAS DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE A PARTIR DE REVISÃO DE ESCOPO E FÓRUM INTERNACIONAL *

Henrique Sater de Andrade¹

Luana Marçon, Daniela Ravelli

André Amado Ferreira de Mello

André Pimenta de Melo

Carolina Belmonte Pereira Moreira

Pedro Henrique Ramos Silva

Marília Isabel Araújo da Silva

Grazielly Germano

Aluisio Gomes da Silva Junior

APRESENTAÇÃO / INTRODUÇÃO

Ações coletivas de cuidado no âmbito da atenção primária à saúde foram amplamente defendidas dentro da Saúde Coletiva nas últimas décadas(1,2). A Política Nacional de Atenção Básica cita como atribuições comuns a todos os membros das equipes “ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde”(3). O PCATool-Brasil, instrumento de avaliação do Ministério da Saúde, aborda ações coletivas apenas em uma questão de saúde bucal, mencionando “a realização de atividades de educação em saúde na unidade de saúde ou na comunidade (ex.: grupos, oficinas, palestras)”, sem nenhuma menção específica a outras ações coletivas de cuidado para os outros profissionais(4). Analisando diferentes documentos institucionais e debates acadêmicos, identificou-se que a caracterização destas ações coletivas permanece difusa e a literatura é escassa em torno da sistematização destas práticas. A partir de uma revisão de escopo e um fórum internacional com pesquisadores de cinco países (Cuba, Angola, Portugal, Argentina e Uruguai), propõe-se a construção de uma matriz de ações coletivas de cuidado e sua utilização como subsídio à supervisão e avaliação dos profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil(5).

OBJETIVO

Construir uma matriz orientadora para ações coletivas de cuidado na Atenção Primária a partir da definição dessas práticas em termos gerais e da formulação de ações específicas em cinco eixos — doenças crônicas não transmissíveis, infância e adolescência, deficiência intelectual, gênero

1 Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). E-mail: hsater@unicamp.br

*Projeto com financiamento do CNPQ (Edital Chamada Nº 21/2023)

e sexualidade, e saúde mental — e a sistematização destas ações a partir da qualificação da demanda, metodologias, recursos, saberes e práticas interprofissionais e indicadores de monitoramento e avaliação.

METODOLOGIA

Durante a programação do fórum internacional, foram realizadas duas oficinas específicas. Na primeira, os participantes construíram coletivamente um documento-síntese com definição, caracterização e diretrizes para ações coletivas de cuidado na APS. A partir de documentos-chave de cada país indicados pelos pesquisadores durante a revisão de escopo, diferentes grupos buscaram definir “o que são”, “quais são” e “como implementar” ações coletivas de cuidado. Na segunda, os participantes se dividiram em cinco eixos temáticos — doenças crônicas não transmissíveis, infância e adolescência, saúde mental, gênero e sexualidade, e deficiência intelectual — e elaboraram matrizes com propostas de ações coletivas, especificando instrumentos para diagnóstico e qualificação da demanda, metodologias, recursos, saberes e práticas interprofissionais e indicadores de avaliação. A partir de relatoria e discussão com todo o grupo, foi construída uma matriz de ações coletivas de cuidado e definido um planejamento para a publicação desta matriz em formato digital, como cartilha online e através de publicações em redes sociais.

RESULTADOS

Ações coletivas de cuidado são práticas longitudinais de intervenção em saúde protagonizadas por equipes, redes intersetoriais e grupos de usuários em territórios/coletividades, que envolvem prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde e cujos pilares devem as demandas e necessidades do território, incluindo a participação popular em sua operacionalização. A partir desta definição, a matriz foi construída a partir dos cinco eixos descritos. No eixo da Saúde Mental, priorizou-se o mapeamento de redes informais de cuidado, a criação de grupos baseados em demandas territoriais com foco na desmedicalização, o enfrentamento do estigma e a geração de renda. Na Infância e Adolescência, a construção de grupos com familiares, cuidadores e professores, criação de instrumentos de comunicação com escolas e a qualificação dos processos de diagnóstico e identificação de outros agravos associados ao desenvolvimento/aprendizado. Na Deficiência Intelectual, destacou-se o mapeamento do território, incluindo ações de vigilância para identificação de pessoas com deficiência e a criação de espaços coletivos de acolhimento e atendimento familiar. No eixo Gênero e Sexualidade, foram propostas ações de garantia de direitos reprodutivos como grupos de planejamento familiar e oferta de contraceptivos e consultas coletivas de gestantes, com foco no enfrentamento da violência obstétrica e elaboração participativa de planos de parto. Por fim, em Doenças Crônicas, priorizou-se o autocuidado apoiado por meio de grupos de monitoramento do risco cardiovascular, atendimentos a agravos, realização de atividades físicas e hortas comunitárias e cuidado à dor crônica com uso de reabilitação fisioterapêutica e práticas integrativas e complementares.

CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de uma matriz de ações coletivas de cuidado pode representar a qualificação do cuidado na APS, oferecendo subsídios concretos para a supervisão e avaliação de profissionais das equipes de saúde da família. Ao reconhecer os limites da clínica individual e biomédica, a matriz propõe ampliar o escopo das práticas de cuidado, valorizando abordagens intersetoriais, territorializadas e construídas a partir do apoio matricial. Este processo dialogou com experiências de múltiplos países com diferentes histórias e modelos tecnoassistenciais no âmbito dos cuidados primários e comunitários (6). Como desdobramento, está prevista a elaboração de uma cartilha e a incorporação da matriz aos instrumentos de supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos.

REFERÊNCIAS

- (1) Furlan PG. Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional. Campinas (SP): Unicamp; 2012.
- (2) Sauer AB, Silva AM, Oliveira M, et al. Trabalhando com grupos na atenção básica à saúde. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil – 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 237 p.
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.537, de 3 de agosto de 2023. Regulamenta a Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
- (6) Silva Júnior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

COOPERAÇÃO BRASIL E MOÇAMBIQUE: EXPERIÊNCIAS DE UMA DOUTORANDA EM SAÚDE COLETIVA NO INCRÔNICA 2024

Cátia Batista Tavares¹

Palmira Fortunato dos Santos²

Lilian Miranda³

APRESENTAÇÃO

Este registro estético-autoral em forma de Diário de Bordo relata experiências interculturais durante o intercâmbio de uma doutoranda em saúde pública, realizado por meio da Rede de Pesquisa e Formação em Saúde: Cooperação Sul-Sul entre Fiocruz e Instituições Moçambicanas. O projeto prevê unir forças no fortalecimento dos sistemas públicos de saúde, com vistas à melhoria das condições de saúde, redução das desigualdades, e expansão do conhecimento científico entre países do Sul Global. É uma relação de cooperação, e não colonização de saberes. Apesar de não ser possível dimensionar as sensações vivenciadas nessa experiência incrível de morar em Moçambique por seis meses, de maneira simbólica, quero apresentá-lo através da lente de sua beleza. O Diário de Bordo, lembra Mello (1), como proposta cartográfica é uma experiência estética na qual a vida é como obra de arte e a escrita é uma multiplicidade. Nele iniciaremos uma viagem, um movimento nômade no qual vivenciaremos uma experimentação, uma saída de território, sem saber ao certo onde iremos chegar. O escritor vive “a arte de singularizar os seus processos, na arte de produzir seus próprios registros, a arte de produzir e produzir-se esteticamente”, testemunhando a liberação dos afetos, em que o cotidiano fale a si e de si, enquanto ato criador, com capacidade de “recuperar a infância no ato de escrever” (1).

OBJETIVO

Apresentar as experiências de integração numa pesquisa de base comunitária realizadas na cidade de Maputo, através do Inquérito Nacional de Prevalência e Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNT), InCRÓNICA-2024.

METODOLOGIA

A pesquisa de abordagem quantitativa utilizou o instrumento metodológico STEP *wise Approach to Noncommunicable Disease Risk Factor Surveillance* (STEPS), padronizado pela OMS para vigilância de fatores de risco. O instrumento adaptado incluiu três etapas (STEP 1;2;3): entrevistas; medidas antropométricas e colheita de amostras sanguíneas. O InCRÓNICA (2) buscou atualizar os dados de prevalência de fatores de risco para as DNT na população moçambicana de 18 aos 69

1 Universitária da Unisuam e Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz. E- mail: catiabts@gmail.com

2 Instituto Nacional de Saúde-INS.

3 Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz.

anos. O Inquérito foi realizado em 126 distritos, e envolveu 450 profissionais do país, sendo 70 eram profissionais de saúde, 75 inquiridores técnicos, 37 motoristas e 260 ativistas de mobilização social. As recolhas dos dados ocorreram entre junho a agosto de 2024. As atividades desenvolvidas por mim foram: 1) Participação na adaptação e revisão do instrumento na recolha de dados; 2) Preparação de materiais para a formação de supervisores e inquiridores; 3) Participação na formação de formadores; 4) Participação na formação dos inquiridores; 5) Apoio técnico e supervisão no piloto da recolha de dados; 6) Supervisão dos inquiridores na recolha de dados na cidade de Maputo e Província de Inhambane.

RESULTADOS

Entre os 126 Distritos das 11 províncias 4.764 indivíduos foram elegíveis, 66,6% eram mulheres e 33,4% homens. A faixa etária dos 18 aos 29 anos (40,6%), e 8,9% entre 60 a 69 anos. A prevalência de sintomas de depressão foi de 6,2%, na população geral. A ideação suicida foi de 7,3%, (mulheres 8,1% e homens 5,9%), os idosos (60-69), seguido do grupo adulto jovem (18-20) são os que mais apresentarem ideação suicida (10,7% e 7,8% respectivamente). Dos que já teve pensamentos suicidas, somente 10% conseguiu apoio de profissional de saúde. Quanto aos planos suicidas, 4,3% dos participantes planejaram matar-se, com expressivo número entre os jovens adultos (5,3%), de ambos os sexos. As diferenças entre os gêneros marcam as fases etárias, enquanto entre os 30 a 44 anos, os planos de suicídio entre as mulheres quase dobram (4,7%), em referência aos homens (2,5%). Entre os homens idosos (7,8%) mais que o dobro, comparado as mulheres (3,2%). Referente as tentativas de suicídios, 5,2% dos participantes relataram já terem feito em algum momento da vida no último ano, sem diferença estatística entre sexos. Parte deles (43,9%) foram internados após a tentativa de morte. Enquanto as mulheres, dos 18 aos 44 anos (6,3%), apresentaram tentativas, entre os homens aconteceram na vida idosa (60-69). O método mais usado na tentativa de suicídio foi o envenenamento, sendo (27,8%) por ingestão de pesticidas e (10,3%) por medicamentos. Nesse contexto, 10% dos entrevistados relatou ter familiares próximos que já tentaram suicídio, e 8,5% ter pelo menos um membro da família que morreu por suicídio. O consumo de álcool, sobretudo entre os homens, foi apontado como fator de risco preocupante, houve um aumento acentuado de consumo (76,5%) em 2024, comparado com 2005 (45,2%).

CONSIDERAÇÕES

O Diário de Bordo considerou minha experiência como componente técnica estrangeira no território moçambicano, os principais desafios, dificuldades e sucessos nesse percurso. Através do trabalho com as equipes de inquiridores; das visitas domiciliares; entrevistas com os agregados; trocas com as lideranças comunitárias; a voluntariedade e acolhida da população nas zonas periféricas e rurais ou a resistência e recusas nas zonas urbanas. As trocas interculturais e o investimento em pesquisa entre os países Sul-Sul de língua portuguesa fortalecem a produção de conhecimento e a formação de recursos humanos, contribuindo no enfrentamento dos desafios dos sistemas de saúde nesses países. A viagem

chega ao fim e entendo a força dessa escrita como um ato político, que envolve-me por um sentimento nostálgico que emociona-me: não foi sobre um intercâmbio acadêmico, foi sobre afetos, entrelaços e vivências que palavras não mensuram... em Changana, agradeço: Khandimbo, Moçambique! Ndza ku rhandza!

REFERÊNCIA

- (1) Mello MBC. O diário de bordo: criando uma linha de fuga sobre uma linha de montagem. Rev Sul-Am Filos Educ. 2016;25(1):192-209.
- (2) Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). INCRÓNICA 2024: Relatório Nacional de Prevalência e Fatores de Risco para as Doenças Crónicas não Transmissíveis na população moçambicana [Internet]. Maputo: MISAU; 2024 [citado 2025 abr 6]. Disponível em: <https://ins.gov.mz/wp-content/uploads/2025/04/relatorio-nacional-incronica.pdf>

CUIDADO COMO AÇÃO POLÍTICA DAS MULHERES NA PANDEMIA: DIÁLOGOS ENTRE CUIDADO INTEGRAL COMUNITÁRIO EM SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DO CUIDADO

Bárbara Bulhões 1

Roseni Pinheiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O cuidado como atividade indispensável para satisfazer as necessidades básicas de existência dos seres humanos, considera os elementos físicos e simbólicos para se viver bem. Esta concepção de cuidado como valor basilar, abrange as práticas eficazes de integralidade em saúde (1). Neste sentido, a familiarização e mercantilização do cuidado, influenciam diretamente na garantia de direitos dos trabalhadores relacionados a cuidados, sejam estes remunerados ou não (1). De tal modo, garantir o direito ao cuidado é garantir a autonomia das mulheres e de todas as pessoas sobre o uso do próprio tempo de vida. Questões referentes ao que Laya et Rossi compreendem como organização social do cuidado (OSC), a forma como interrelacionam as famílias, o Estado, o mercado e a comunidade para a oferta do cuidado (2). Afinal, por que pensar o que fazemos para viver? (3), dirá que pensar é inerente à nossa condição humana de agir. Butler, compreendendo a pluralidade desta condição e seus movimentos, observa os efeitos das assembleias públicas e diversas expressões de vontade popular na teoria democrática dos corpos em aliança (4). Nesta perspectiva o estudo buscou suscitar visibilidade às ações comunitárias nos territórios, analisando experiências que procuravam garantir direito ao cuidado das mulheres em territórios afetados por megaeventos.

OBJETIVO

Analisar as interfaces da ação política das mulheres no espaço público ao reivindicar direitos ao cuidado no contexto de pandemia da COVID-19, a partir de Itinerários Terapêuticos e de luta em territórios de vulnerabilidade afetados por megaeventos, identificando aspectos da integralidade em saúde e da organização social do cuidado.

METODOLOGIA

Como as mulheres em ação se articulam para reivindicar o direito ao cuidado em meio à pandemia de COVID-19 no Brasil? A esta questão norteadora, Butler destaca a desigualdade social e econômica como facilitadoras na disseminação do vírus a pessoas mais expostas, aquelas que vivem uma vida precária (5). Nesse sentido optou-se como dispositivo epistemológico importante para olhar para os modos de fazer a vida no cotidiano, compreender o cuidado como uma produção social e histórica, “cuidado como um valor ético-político do direito humano à saúde” (6). Este contribui para

1 FIOCRUZ E-mail: barbara.bulhoes@fiocruz.br

identificar saberes e práticas da reivindicação por cuidado no cotidiano. A fim de responder tal questão, revisão narrativa da literatura, análise de discurso e elaboração de matriz de análise das dimensões macro, micro e molecular, somaram como multimodos da pesquisa. A observação e análise ocorreu a partir da campanha mulheres territórios de lutas do Instituto de Políticas Alternativas para o Cone SUL (7). O desenvolvimento da pesquisa em meio à pandemia aprofundou a abordagem no campo virtual da internet com a realização de pesquisa qualitativa em ambiente virtual.

RESULTADOS

Os resultados colaboram para a compreensão que as ações de reivindicação do direito ao cuidado das mulheres ativistas, relacionados a integralidade da saúde nos territórios aprofunda elementos de uma visão ampliada de saúde nos territórios. Indicando a necessidade de inclusão conceitual da organização social do cuidado para complementar a análise de cenário de atuação das ativistas. Questão que toma centralidade no estudo e na compreensão da pesquisa. Pois, as ativistas trazem em seus relatos que sua articulação social se deve, também, a um desdobramento de outras crises: ambientais, humanas e de cuidados. Sobretudo no que se relaciona à experiência de vida e aos fluxos de transformação das práticas do dia a dia, refletindo processos socioculturais que perpassam a relação indivíduo-sociedade. As 37 experiências descritas apresentam a diversidade de percursos reivindicatórios do direito ao cuidado em territórios plurais. Exibindo a complexidade da organização social do cuidado em período pandêmico e a necessidade de formulação de políticas públicas que as incluam experiências comunitárias de cuidado. Afinal, o direito a cuidar muda a atual organização social do cuidado? (8). Identificamos que a reconstrução e o fortalecimento de projetos de defesa da vida e dos direitos humanos de um cuidado que transcenda os procedimentos biomédicos ou assistenciais simplificados ocupa a complexibilidade da vida nos territórios. Com isto, o ‘cuidado’ como proposta ético-política democrática reúne os atributos habilitadores de uma relação intersubjetiva de tempo contínuo aberto à negociação e à inclusão de saberes em uma ação integral de significados relevantes para a valorização do direito de ser, e não somente de ter saúde (6).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As mulheres em ação no contexto da pandemia criaram suas práticas de cuidado de si e do mundo mirando cuidar de suas vidas no “agora”. Formularam respostas, não só à pandemia, mas aos desafios a sobreposição de crises. Apresentam aproximações com o campo da saúde coletiva e são interlocutoras estratégicas na produção de conhecimento de tecnologias sociais de reivindicação de direito aos cuidados, com extenso vocabulário com o qual sustentam suas redes e itinerários de cuidados plurais. Contribuindo com ações de contra hegemonia que propõe mudar o centro da articulação entre políticas públicas e territórios, ao assimilar o cuidado como valor ético-político entre as ativistas. Logo, refletir sobre a articulação da condição humana de agir em concerto, com a ideia de corpos plurais em assembleias que exercitam a democracia, em Butler, pode nos oferecer outras chaves reflexivas para se (re)pensar a reivindicação por direitos ao cuidado na crise da organização social do cuidado.

REFERÊNCIAS

- (1) Pautassi LC. El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. Santiago: CEPAL; 2007. (No. 87).
- (2) Laya A, Rossi F. Aportes para la discusión legislativa sobre reformas necesarias en materia de cuidado. In: Políticas públicas y derecho al cuidado; 2014.
- (3) Arendt H. A condição humana. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007.
- (4) Butler J. Introdução. In: *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2018. 266 p.
- (5) Butler J. Judith Butler sobre a COVID-19: O capitalismo tem seus limites. São Paulo: Boitempo; 2020.
- (6) Pinheiro R. Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007.
- (7) PACS. O Ciclo de Debates Mulheres Territórios de Luta. Rio de Janeiro: PACS; 2020.
- (8) Pautassi LC. Derechos humanos y políticas públicas en materia de cuidados: El cuidado, de cuestión problematizada a derecho. México: ONU Mujeres; 2018.

DA BOCA DEPÓSITO DE DENTES À BOCA SOCIAL: A BUCALIDADE COMO FERRAMENTA DE INOVAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL

Joaquim Gabriel de Andrade Couto¹

Carlos Botazzo²

INTRODUÇÃO

De forma hegemônica, o cuidado no campo da saúde é remetido à uma racionalidade intervencionista, como um conjunto de técnicas e procedimentos a serem executados (1). A odontologia se constituiu enquanto campo científico autônomo tendo como base essa mesma noção de cuidado biomédico e tecnicista (2).

O consultório odontológico, como derivação do consultório médico, é um espaço organizado em torno de uma certa objetividade, escondendo os atravessamentos subjetivos – medos, angústias, projetos, desejos – que constituem o sujeito que busca um serviço de saúde (3). Sendo assim, a boca é um território predominantemente tomado em sua biologia, ignorando-se as múltiplas funções que determinam seu caráter social (4).

Por isso, propomos um afastamento do discurso *odontologizado*, trazendo o conceito da bucalidade como uma ferramenta de grande importância para compreensão da boca como uma produção social.

OBJETIVO

Este resumo tem como objetivo principal apresentar um debate crítico em torno da noção de cuidado em saúde bucal, tendo como principal suporte teórico o conceito de bucalidade.

METODOLOGIA

O conceito da bucalidade foi apresentado por Botazzo, a partir do qual entende-se a boca como um produto social e cultural. Isso se dá porque a boca executa trabalhos bucais que são essencialmente sociais, sendo eles: a mastigação, a linguagem e a erótica. Sendo assim, a boca é deslocada de sua funcionalidade puramente orgânica, recuperando seu papel fundamental em processos sociais que fazem parte da vida humana (4).

Ao realizar essa proposta de deslocamento, pensamos a bucalidade como um conceito chave para pensar sobre o cuidado em saúde bucal em outra perspectiva. O cuidado, nesse sentido, pressupõe a constituição de uma relação entre sujeitos, para além de um processo de pura objetivação. Essa relação é pautada pelo encontro com a alteridade, um encontro guiado pelos sujeitos e suas necessidades. A

1 Aluno de Doutorado em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP. E-mail: joaquimgc Couto@gmail.com

2 Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professor Sênior da Faculdade de Saúde Pública da USP.

bucalidade, portanto, propõe um cuidado cuja centralidade está no sujeito e na sua realidade, retirando do centro a doença e o intervencionismo que marcam a prática odontológica (5).

RESULTADOS

O conceito da bucalidade expõe uma crítica à lógica *odontologizada*, uma crítica que incorpora os avanços da odontologia, mas aponta seus limites e insuficiências, propondo uma teoria que supere o puro tecnicismo. Assim, ao apontar os trabalhos bucais, a bucalidade apresenta a produção social da boca, uma vez que esses trabalhos marcam a sociabilidade humana. A bucalidade, portanto, supera a perspectiva de uma boca biológica, entendendo esse território como também pertencente às ciências sociais e humanas (4).

Nesse sentido, o cuidado em saúde bucal não pode estar restrito à coleção de intervenções que um dentista pode executar em uma boca. O cuidado, tendo como fio condutor a noção de uma boca socialmente produzida, incorpora os aspectos subjetivos que perpassam a boca humana, considerando as experiências bucais que cada sujeito pode ter. Assim, pensar o cuidado em saúde bucal demanda uma renúncia ao *a priori* odontológico, essa convencionalidade que parte dos dentes humanos como objeto central da prática de cuidado. A bucalidade possibilita o resgate de tecnologias relacionais, com abertura ao encontro e à escuta qualificada, operando como verdadeira ferramenta de inovação no cuidado (5).

A bucalidade como ferramenta não pressupõe o abandono da tecnicidade, mas possibilita que a técnica seja guiada pelas experiências bucais, assim como pela história e realidade de cada sujeito (5).

CONCLUSÕES

Este resumo apresenta uma breve discussão sobre o conceito da bucalidade e seu potencial de inovação na produção de cuidado em saúde. Sustentamos que o cuidado não pode ser resumido à uma dinâmica de objetivação na execução de procedimentos, mas demanda a utilização de tecnologias relacionais. Ao apresentar a boca como uma produção social, a bucalidade promove um deslocamento teórico, propondo uma compreensão da boca enquanto território de experiências que marcam a sociabilidade humana. Deste modo, o cuidado em saúde bucal deve ser guiado pelas experiências bucais dos sujeitos, sendo o conceito da bucalidade uma ferramenta de grande importância para uma construção de uma outra forma de produzir o cuidado, considerando uma perspectiva da clínica ampliada e centrada no sujeito.

REFERÊNCIAS

- (1) Ayres JRDCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2004;8(14):73–92. DOI:10.1590/S1414-32832004000100005.
- (2) Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo, Brasil: Hucitec; Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; 2000.
- (3) Botazzo C. Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada. Bauru, Brasil: EDUSC; 1999. (Coleção Saúde Sociedade).
- (4) Botazzo C. Diálogos sobre a boca. São Paulo, Brasil: Hucitec; 2013.
- (5) Couto JGA, Botazzo C. “Prefiro mexer no coração a mexer na boca”: reflexões sobre o cuidado em saúde bucal. Saúde Soc. 2022;31(2):e210709pt. DOI:10.1590/S0104-12902022210709en.

DE LA EXCLUSIÓN AL CUIDADO: DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY DE SALUD MENTAL

Andrea Vazquez
Vanesa Jeifetz
Ivana Mangiaterra ¹

INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas, se ha impulsado un marco normativo con enfoque de derechos y orientación comunitaria para transformar el campo de la salud mental en Argentina. La Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N° 26.657 (1) y el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Ley 26.934) (2) establecen un modelo de atención que privilegia la desmanicomialización, la atención interdisciplinaria, la inclusión de la comunidad y la estrategia de reducción de daños, en los procesos de cuidado. Sin embargo, su implementación ha encontrado obstáculos, especialmente en la adecuación de los modelos de atención en el primer y segundo nivel de atención en salud y en la articulación intersectorial (3).

Este estudio analiza los procesos de adecuación de los dispositivos de atención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, explorando cómo la normativa impacta en la organización del sistema y en las prácticas asistenciales. Se busca contribuir a la discusión sobre las barreras para la implementación efectiva de la LNSM y aportar elementos para la mejora de las políticas asistenciales (4).

OBJETIVO

Describir los procesos de adecuación a la LNSM en servicios de salud seleccionados para la atención de personas con consumos problemáticos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

METODOLOGÍA

Se adopta un enfoque cualitativo basado en la investigación en Políticas, Sistemas y Servicios de Salud. Se realizará un estudio de caso múltiple en distintos dispositivos asistenciales del primer y segundo nivel de atención. La recolección de datos incluirá entrevistas en profundidad a profesionales de la salud, gestores y usuarios de los servicios; análisis documental de normativas, protocolos y registros institucionales; y observación participante en espacios de atención y coordinación intersectorial. El análisis de la información se realizará a partir de categorías emergentes y definidas a priori, utilizando software [Atlas.ti](#) 23 para el análisis cualitativo. En la actualidad, el proyecto se encuentra en etapa

1 Equipo de Investigación Proyecto UBACyT 20020220400048BA: “Procesos de adecuación de servicios de salud a la Ley Nacional de Salud Mental para la atención de personas con consumos problemáticos en la Ciudad de Buenos Aires”. Proyecto con Estipendio de Sostenimiento. Programación 2023. Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Directora: Dra. Andrea Vázquez.

de recolección de datos, habiendo realizado hasta la fecha, una cantidad de 10 entrevistas, entre informantes clave y profesionales de los servicios de salud seleccionados.

RESULTADOS

Investigaciones previas han identificado dificultades en la implementación de la LNSM, incluyendo la desarticulación entre los distintos niveles de atención y la falta de articulación intersectorial (5,6). Se espera que el estudio confirme y profundice estos hallazgos, identificando cómo operan estos obstáculos en la práctica cotidiana de los servicios de salud y qué estrategias han desarrollado los equipos para enfrentarlos. Además, se analizarán las percepciones de los actores involucrados, respecto a la efectividad de la normativa vigente y sus desafíos pendientes. Entre los principales problemas identificados en estudios previos destacan: la coexistencia de dispositivos desarticulados, la multiplicidad de dependencias jurisdiccionales, el desconocimiento de los recursos disponibles, la falta de conocimiento e interpretación adecuada de la LNSM, la dificultad en apropiarse de las obligaciones que plantea dicha ley para los profesionales de la salud, así como la escasez de inclusión de salas de internación en salud mental en hospitales generales (3,7).

CONCLUSIONES

Los hallazgos permitirán evaluar el grado de adecuación de los servicios de salud a la LNSM y sus efectos en la atención de personas con consumos problemáticos. Se espera que el estudio aporte información relevante para la toma de decisiones en política asistencial, contribuyendo a mejorar la integración del sistema de salud y la accesibilidad a los tratamientos de personas con consumos problemáticos. Esto como producto de diversas razones: la inexistencia de efectores, las barreras de accesibilidad a efectores existentes, los procesos de estigmatización social sobre la problemática y sus efectos en las dificultades de utilización de servicios de salud (8,9), entre otras. En el actual contexto de recorte de derechos y achicamiento del Estado, el debate sobre el alcance de la LNSM resulta fundamental para diferenciar los problemas de implementación de los problemas de diseño normativo, reafirmando la vigencia de un modelo de atención basado en los derechos humanos (10).

REFERENCIAS

- (1) Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental [Internet]. Buenos Aires; 2010 [citado 2025 abr 10]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- (2) Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 26.934. Creación del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP) [Internet]. Buenos Aires; 2014 [citado 2025 abr 10]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505>
- (3) Gorbacz L. La salud mental en Argentina: avances y desafíos de la implementación de la Ley 26.657 [Internet].

La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2013 [citado 2025 abr 10]. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/30572>

- (4) Jeifetz V, Tajer D. Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones: representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público [Internet]. 2013 [citado 2025 abr 10]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-054/293.pdf>
- (5) Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2030 [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 2025 abr 10]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- (6) Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). Informe sobre consumos problemáticos en Argentina [Internet]. Buenos Aires; 2022 [citado 2025 abr 10]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/area-de-interes/consumo-de-drogas-en-la-poblacion-general>
- (7) Stolkiner A. Subjetividades de época y prácticas en salud mental. Actual Psicol. 2001;26(239).
- (8) Vázquez A. Procesos de estigmatización social y accesibilidad al sistema de salud de personas con consumos problemáticos. Rev Argent Salud Publica [Internet]. 2023;15:e96 [citado 2025 abr 10]. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/828>
- (9) Vázquez A, Stolkiner A. Procesos de estigma y exclusión en salud: articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. Anu Investig Fac Psicol UBA. 2009;16:295–303.
- (10) Jeifetz V, Tajer D. Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones [Internet]. 2013 [citado 2025 abr 10]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-054/293.pdf>

DEBATES, REBATES E EMBATES DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

Filipe Ferreira da Costa¹

Taysa Rayane Lucas de Paiva

Danniely da Silva Rodrigues

Júlio Daniel Rodrigues Soares

Gabriela Andrade Ferreira de Sá

Victor Arruda Marinho

Juliana Sampaio

Anselmo Clemente

INTRODUÇÃO

João Pessoa-PB possui a maior desigualdade de renda do país, com índice Gini de 0,629 e uma média 400 pessoas em situação de rua (PSR), em sua maioria pardas (84,37%), masculina (70,97%) e sem vínculos formais de emprego e renda (88,89%).

O município enfrenta um crescimento demográfico exponencial, com especulação imobiliária e a precarização do mercado de trabalho. A partir dos anos 1990, com a ascensão do neoliberalismo, vê-se o avanço de políticas sociais fragmentadas, orientadas pela redução do Estado e soluções filantrópicas e assistencialistas.

A Política Nacional para a População de Rua (PNPR), de 2009, marca um movimento contra-hegemônico de acolhimento do Estado. No entanto, medidas neoliberais limitam a ampliação dos serviços e reforçaram dinâmicas de exclusão e lógicas conservadora, meritocrática e punitivista. Na saúde e na assistência social, as contradições entre a perspectiva universalista do SUS e SUAS e o avanço da austeridade fiscal aprofundam os desafios (1).

Nesse cenário, observa-se a dificuldade de formulação e implementação de políticas públicas que, de fato, atendam às necessidades concretas da PSR. As práticas institucionais para essas pessoas produzem violência institucional sustentada no preconceito e na exclusão, que produz barreira de acesso a direitos fundamentais e a marginalização estrutural (2).

OBJETIVO

Considerando as dinâmicas sociais, culturais e relacionais que permeiam a relação das PSR e os serviços públicos de Saúde e Assistência Social, o presente artigo tem por objetivo analisar as violências institucionais infligidas a estas pessoas pela rede de serviços assistenciais e da saúde no município de João Pessoa/PB.

1 Professor do Departamento de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba – UFPB- E-mail: filipe.costa@academico.ufpb.br.

METODOLOGIA

Estudo do tipo qualitativo, a partir da pesquisa-interferência, de cunho cartográfico, que pressupõe a inseparabilidade entre investigar e interferir, apostando na produção de conhecimento a partir da relação com os outros e seus modos de vida, que só é possível em ato, acontecimento e no encontro (3).

A pesquisa se faz no Centro Especializado para as Pessoas em Situação de Rua (Centro Pop) de João Pessoa-PB, que se articula com quatro Casas de Acolhida Adulto, que estão dentro da alta complexidade da Proteção Social Especial no âmbito do SUAS, e que oferecem acolhimento temporário, devendo desenvolver condições para a independência, a autonomia e o autocuidado dessas (4).

A imersão no campo ocorreu em visitas semanais de um turno de 4h ao Centro Pop, realizadas por três pesquisadores/as entre os meses de agosto de 2024 e fevereiro de 2025. Todas as vivências foram registradas em diários cartográficos e posteriormente processadas pelo coletivo de pesquisa e extensão ApoiaRAPS, da Universidade Federal da Paraíba, à luz dos referenciais teóricos que sustentam a pesquisa.

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo CEP do Centro de Ciências Médicas da UFPB (registro CAAE 79612124.2.0000.8069).

RESULTADOS

A partir de duas cenas selecionadas por sua potência em tensionar certos instituídos e analisadores dos processos de cuidado à PSR, propomos analisar elementos que agenciam modos de existir dentro e fora das instituições.

Cena 1:

José, 32 anos, em situação de rua há quatro, busca vaga na Casa de Acolhida. Marcado por traumas e separação, já trabalhou informalmente em diversas áreas. A exigência de reclusão de 15 dias e a abstinência o afasta, ele abandona a casa poucos dias após entrar.

Cena 2:

Antônio, 25 anos, com vida nômade e estratégias de sobrevivência precárias, também busca abrigo. Incomoda-se com a reclusão, especialmente por não estar em reabilitação. Após infestação de percevejos, pede para sair e realizar tratamento de dermatite, com dificuldade, consegue. Não retorna mais.

Viver na rua e o uso de substâncias não são sinônimos, mas ambos são julgados como escolhas inadequadas. Os serviços operam com base em práticas de controle, opressão e normalização, conforme descrito por Foucault (4), tratando a assistência mais como imposição de regras do que acolhimento. A baixa adesão às casas de acolhimento é vista como rejeição de oportunidades, frequentemente associada ao uso de drogas ou à suposta preferência pela rua. No entanto, esses espaços, ao impor formas rígidas de cuidado, acabam por anular a tecedura das redes próprias dos sujeitos.

Acolher, nesses moldes, se aproxima mais da reclusão do que de proteção, transformando o que deveria ser cuidado em punição, supostamente é um lugar que “salva” e “protege”, mas na verdade se materializa como “prisão” (5). A violência institucional, longe de ser abstrata, se manifesta nas normas e relações dos serviços, tentando moldar corpos e subjetividades a padrões burocráticos.

CONSIDERAÇÕES

Por meio de duas cenas, buscou-se tensionar discussões sobre os enfrentamentos que as PSR atravessam na capital paraibana. É evidente que para além de um aspecto estrutural que busca mitigar a desigualdade social e seus frutos, se faz necessária uma revolução ética, capaz de romper com a violência institucional que sob uma lógica de negação, desumaniza e silencia os direitos dessas pessoas.

Manter-se sensível à diferença que se expressa no outro é um desafio tangente a um plano ético-estético-político. A disposição neutra diante da invisibilidade dos sujeitos é uma ofensiva à realidade e uma postura por si só, violenta. Portanto, negligenciar o que já é posto enquanto invisível é um descuido desumano. É necessário negar a vitória capitalística do egoísmo e da individualidade e reivindicar uma política que ultrapasse as fronteiras das margens e veredas — uma política comprometida com o reconhecimento, a escuta e a dignidade de todas as vidas.

REFERÊNCIAS

- (1) Oliveira RG. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saúde Soc.* 2018;27(1):37–50. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170915>
- (2) Gonçalves LP, Seixas CT, Rafael RMR, Koopmans FF, Gaze NET, Espírito Santo TB. Rede Viva: barreiras e acessos de pessoas em situação de rua aos serviços de saúde. *Sustinere.* 2023;11(2):453–70. DOI: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2023.74050>
- (3) Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. In: Merhy EE, organizador. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 33.
- (4) Foucault M. *Vigiar e Punir*. 39ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
- (5) Queiroz CD, Pinto LW, Silva VLM. Casa-abrigo, uma prisão às avessas: quando a proteção às vítimas as aprisiona. *Ciênc Saúde Colet.* 2024;29(7):1–9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03672024>

DEFINICIÓN DE DESCRIPTORES EN TORNO A ACCIONES COLECTIVAS DE CUIDADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA UNA REVISIÓN DE ALCANCE

Henrique Sater de Andrade¹

Jorge Simões, Diego Torino

Irene Melogno, Israel Avelino

Darío Montenegro

Luana Marçon, Daniela Ravelli

André Pimenta de Melo

Magdemily Fallat

INTRODUCCIÓN

La defensa de las acciones colectivas de cuidado en la Atención Primaria (1) es una constante en la salud pública, aunque carece de un descriptor específico en la literatura científica. Sin embargo, diversos estudios señalan la dificultad de establecer directrices claras para calificar la atención en los equipos de Salud de la Familia. La implementación de los principios de la Atención Primaria exige repensar la inserción territorial de los profesionales, la atención colectiva en contextos de vulnerabilidad y la articulación intersectorial. Inserto en una revisión de alcance (2) de guías de cuidados primarios en países como Argentina, Uruguay, Angola, Cuba y Portugal, describimos aquí el proceso de definición de los descriptores de esta revisión, incluyendo la historia y la operacionalización de estos conceptos en la APS de cada país.

OBJETIVO

Analizar comparativamente las formas de institucionalización de las acciones colectivas de cuidado en la Atención Primaria en los seis países, considerando sus contextos históricos, políticos y normativos. Sistematizar y analizar críticamente los términos identificados en la literatura gris y académica que refieren a prácticas colectivas de cuidado. Mapear y definir descriptores no indexados relacionados con acciones colectivas de cuidado en países como Cuba, Brasil, Angola, Uruguay, Portugal y Argentina.

METODOLOGÍA

Se realizaron doce reuniones mensuales en el marco de un proyecto internacional de cooperación entre investigadores de seis países. Se elaboraron tres productos principales: (a) presentación de la reconstrucción histórica de la atención primaria en cada contexto nacional; (b) compilación de

1 Departamento de Saúde Coletiva – FCM-Unicamp. E-mail: hsater@unicamp.br

documentos institucionales y académicos que hacen referencia a acciones colectivas de cuidado en el ámbito de la atención primaria en cada país; y (c) búsquedas exploratorias en literatura gris y bases de datos nacionales, con el fin de identificar los términos más utilizados para nombrar prácticas colectivas de cuidado en la atención primaria.

RESULTADOS

Se sistematizaron los principales términos utilizados en cada país, organizados en dos ejes: D1 (acciones colectivas de cuidado) y D2 (atención primaria en salud). En Angola, se identificaron los términos “Saúde Comunitária” para D1, con mención a grupos, y “Cuidados de Saúde Primários” para D2. En Argentina, los términos relevantes fueron “Intervención Colectiva” y “Acciones de Salud Comunitaria” en el eje D1, y “Atención Primaria” en el eje D2. En Uruguay, se destacaron “Dispositivos Comunitarios”, “Intervenciones Comunitarias” y “Estrategias de Salud” como expresiones de D1, mientras que para D2 se identificaron “Atención Primaria” y “Primer nivel de atención”. En Cuba, los términos “Salud Comunitaria” e “Intervenciones Comunitarias” se vincularon a D1, e “Atención Primaria” a D2. En Portugal, D1 incluyó “Ações Coletivas” e “Intervenções Comunitárias”, y D2, “Cuidados de Saúde Primários”. Finalmente, en Brasil, se encontraron como términos representativos de D1 “Ações Coletivas” y, para D2, “Atenção Primária à Saúde” y “Atenção Básica”. Cada conjunto de términos fue contextualizado de acuerdo con la historia y el modelo de atención vigente en cada país, revelando similitudes y especificidades en la forma de nombrar y organizar las acciones colectivas de cuidado (3-7).

CONCLUSIÓN

A partir de la definición de los dos ejes, se construyó el protocolo de revisión de alcance que identificó documentos únicos relacionados con la literatura de los seis países, actualmente en proceso de cribado y selección. Este mapeo inicial reveló la diversidad terminológica y metodológica presente en las experiencias internacionales, lo que refuerza la importancia de contar con criterios analíticos sensibles a las especificidades contextuales. Además, el proceso evidenció el potencial de las acciones colectivas de cuidado como objeto de investigación transnacional y como dispositivo de análisis crítico de las políticas de salud.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 22 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- (2) Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32.
- (3) Ministério da Saúde de Angola. Programa Nacional de Municipalização da Saúde. Luanda: Ministério da Saúde; 2012.

- (4) Ministerio de Salud de la República Argentina. Colección Salud Social y Comunitaria. Buenos Aires: Ministerio de Salud; c2015.
- (5) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS; 2011.
- (6) Ministerio de Salud Pública. Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana: MINSAP; c2005.
- (7) Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Lisboa: DGS; 2020.

DESAFIOS DA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO INTEGRAL AO ABORTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES À LUZ DE EXPERIÊNCIAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Melanie Noël Maia¹

Camila Giugliani

Brenda Freitas da Costa

Adriana Coser Gutierrez

Lucelia dos Santos Silva, Claudia Bonan

APRESENTAÇÃO

Conforme Starfield (1), os sistemas de saúde devem ter como metas otimizar a saúde das pessoas com ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação, e minimizar desigualdades sociais no acesso à saúde. Para tal, sua organização deve começar pelos níveis primários de cuidados, que devem oferecer atenção no primeiro contato, abordar de modo integral as necessidades de saúde, promover a vinculação entre usuários e profissionais, garantir a continuidade e a coordenação das ações de cuidado.

Com esses atributos, os níveis primários da atenção à saúde são estratégicos para ampliação do acesso e da qualidade dos cuidados às pessoas em situação de aborto. O fortalecimento do papel da atenção primária à saúde (APS) nesses cuidados pode ter impacto enorme, tanto na melhoria de indicadores de saúde reprodutiva, principalmente a morbimortalidade, como na promoção da equidade e direitos reprodutivos(2). Contudo, há ainda obstáculos para que isso aconteça. Um deles é a escassez de ofertas formativas que abordem o aborto de forma abrangente e interdisciplinar nas diferentes modalidades de educação profissional na saúde. Mesmo em cenários nacionais onde o direito ao aborto é mais amplo, há carência de profissionais treinados e seguros para realizar o procedimento, e a integração do tema do cuidado ao aborto nos currículos de graduação e pós-graduação tem sido penosa (3).

OBJETIVO

Discutir desafios e potencialidades na formação de profissionais de saúde da APS para oferta de cuidado integral ao aborto, na ótica dos direitos reprodutivos. Revisitamos experiências internacionais, identificando como a questão se coloca em países com legislações mais liberais, e destacamos iniciativas nacionais que estão fomentando a formação em aborto e o compartilhamento multiprofissional dessa prática, visando a ampliação da oferta e qualificação do cuidado no âmbito da APS do SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico-descritivo que utiliza múltiplas fontes bibliográficas, documentais e digitais. Realizamos levantamento e seleção de bibliografia nacional e internacional sobre conhecimentos,

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina. E-mail: melnoelmaia@gmail.com.

práticas e opiniões de profissionais nos níveis primários de atenção sobre cuidados ao aborto; a situação do tema nos currículos de residência, especializações e outros espaços formativos; modelos de organização de oferta de formação em aborto e iniciativas inovadoras. Examinamos documentos nacionais, como diretrizes pedagógicas e curriculares de formação de profissionais de família e comunidade e de saúde da família, assim como materiais técnico-pedagógicos produzidos por sociedades profissionais ou publicados por gestores de saúde referentes à atenção ao aborto. Por meio de materiais e informações coletadas em sites e redes sociais, discutimos algumas iniciativas de formação profissional no Brasil que têm potencializado a agenda do cuidado integral às situações de aborto na APS.

RESULTADOS

A literatura internacional mostra que uma formação sólida para cuidado integral ao aborto é desafio mesmo em países onde a prática é legalizada (4). O tema é ausente ou muito débil em currículos de graduação e pós-graduação, seja de médicos de família e comunidade e outros profissionais do nível primário, seja de ginecologistas-obstetras. Contudo, há associação positiva entre ser exposto à formação técnico-teórica e treinamento prático em aborto no percurso formativo e ofertar efetivamente o cuidado em aborto em sua prática assistencial posterior.

No Brasil, nos documentos que discutem as competências esperadas para médicos e enfermeiros de família e comunidade, a questão do cuidado integral às situações de aborto também é ausente (5,6), resultando em débil conhecimento sobre aspectos legais e éticos, incompreensão do tema sob a ótica da saúde pública e dos direitos reprodutivos, ausência de habilidades práticas para abordar os problemas, e dificuldade de lidar com conflitos entre valores pessoais/religiosos e atuação profissional

No cenário nacional, o desafio da formação tem sido enfrentado principalmente por sociedades e associações profissionais, ativistas pró-direitos, organizações não governamentais, núcleos acadêmicos e pesquisadores, com propostas inovadoras e experiências exitosas. Sobressaem-se os Fóruns de Aborto Legal, em seis estados, organizações não governamentais como Bloco A, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e Instituto Feminista do Cuidado, serviços de referência em aborto legal como o NUAVIDAS e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Esses grupos vêm implementando, de forma articulada, iniciativas como cursos em formato remoto ou presencial, em perspectiva teórico-prática, para profissionais da APS, alcançando milhares de pessoas.

CONCLUSÕES

A articulação de organizações da sociedade civil, entidades profissionais, núcleos acadêmicos, serviços assistenciais e órgãos de gestão que se mostram abertos a avançar no tema do aborto tem sido o meio pelo qual iniciativas de formação interessantes e de amplo alcance vêm sendo implementadas. No entanto, é necessário estruturar essa necessidade de formação, bem como as competências e habilidades necessárias para o cuidado integral em aborto, na forma de políticas públicas que postulem, institucionalizem e sustentem esses conhecimentos na formação profissional.

REFERÊNCIAS

- (1) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- (2) Giugliani C, et al. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14:1791. doi: 10.5712/rbmfc14(41)1791.
- (3) Glenton C, et al. Implementation considerations when expanding health worker roles to include safe abortion care: a five-country case study synthesis. *BMC Public Health*. 2017;17:730. doi: 10.1186/s12889-017-4724-5.
- (4) Subasinghe AK, Deb S, Mazza D. Primary care providers' knowledge, attitudes and practices of medical abortion: a systematic review. *BMJ Sex Reprod Health*. 2019;45(2). doi: 10.1136/bmjsex-2019-200487.
- (5) Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2015 [citado 2025 mar xx]. Disponível em: <http://bit.ly/3YiSzYz>
- (6) Lopes OCA, et al. Competências dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery*. 2020;24. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0158.

DESCOLONIZAR LA EDUCACIÓN MÉDICA: LA EXPERIENCIA DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNPAZ*

Gabriela Lucía Lacarta¹

Eliana Inés Martínez

Sergio Gustavo Flores

INTRODUCCIÓN

La educación es un arma poderosa, por mucho tiempo utilizada para garantizar la dominación colonial. Este mecanismo es denominado “colonización pedagógica”, en palabras de Gabriela Tozzi (1). Implica la adopción de un pensamiento foráneo como propio. Las carreras de medicina no escapan a esta lógica. Muchas veces forman profesionales sin considerar las realidades locales, sin instancias de reflexión ni ningún posicionamiento ético respecto al modelo de atención en salud que transmiten y perpetúan.

La Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ) forma parte de un grupo de universidades jóvenes, a las que se denomina “Universidades del Bicentenario” (1). Estas universidades rompen con la lógica colonial, nacen ancladas al territorio y sostienen como uno de sus papeles fundamentales la promoción de la movilidad social y la reducción de las brechas de desigualdad en la región. De esta forma, la UNPAZ se rige como un espacio inclusivo y democratizador, contribuyendo a la construcción de un futuro más justo y con más oportunidades.

En este marco, en 2019 se inicia el proyecto de creación de la carrera de medicina, inaugurado en 2022. Este escrito busca compartir esta experiencia y reflexionar sobre los desafíos de estos proyectos, destacando la importancia de transformar la educación médica para descolonizar las prácticas en salud y mejorar el sistema de atención.

OBJETIVO

- Presentar el nacimiento e implementación de una carrera de medicina con un plan de estudios integrado, basado en el derecho a la salud, con enfoques de género, intercultural y ecológico y anclada en el territorio.
- Analizar los desafíos que se presentaron a la hora de implementar la propuesta académica de la carrera de medicina de la UNPAZ.
- Reflexionar en torno a la importancia de incidir en los planes de estudio de los futuros médicos y médicas.

1 Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ)- E-mail: gabriela.lacarta@gmail.com

*Por motivos de espacio utilizaremos el género masculino para englobar los géneros en el presente trabajo, pero suscribimos a incorporar la perspectiva de género en el lenguaje oral y escrito.

DESARROLLO

La carrera nace para formar profesionales comprometidos con la salud de la comunidad y con la transformación del sistema sanitario. Su diseño, iniciado en 2019 con el respaldo del gobierno nacional, provincial y municipal, buscó romper estereotipos (2), incluyendo fuertemente la perspectiva de género desde la gestión académica y el plan de estudios. La propuesta se posiciona desde el derecho a la salud, la interculturalidad y el enfoque ecológico.

El curriculum integra el enfoque comunitario, la equidad en salud y la formación en derechos humanos, promoviendo prácticas pre profesionales desde el primer año en centros de salud y comunitarios. Un punto muy discutido en el campo de la educación superior es la escisión entre la academia y la práctica, o el mundo del trabajo (3), (4). Consideramos que este punto es fundamental para formar profesionales que puedan insertarse en el sistema, y a su vez, transformarlo. Se busca que los futuros profesionales comprendan los determinantes sociales de la salud y trabajen en equipo, fortaleciendo la prevención y promoción de la salud en contextos de desigualdad. La comunicación médico-paciente-comunidad es un eje clave de la formación, destacando la empatía y la claridad en la interacción con las personas.

A pesar de los desafíos de la pandemia, la carrera comenzó en 2022. Con un ingreso irrestricto, empezaron 2476 estudiantes el curso de ingreso y casi 1500 el primer año. El 80% de los cuales son primera generación de universitarios.

La propuesta académica, centrada en el que aprende, se destaca por un enfoque basado en problemas, las prácticas pre profesionales tempranas y la formación docente continua. Su apertura fue un hito histórico en una ciudad como José C. Paz, generando un fuerte compromiso de los estudiantes con la comunidad.

Ser parte de esta universidad pública representa orgullo y emoción, ya que simboliza esperanza y desarrollo para la región. Más que una institución educativa, la UNPAZ se posiciona como un motor de cambio para una comunidad que busca reducir las desigualdades, fortalecer el acceso a la salud y promover la inclusión a través de una educación comprometida con la transformación social.

Uno de los principales desafíos fue el currículo oculto. A pesar del curso de formación docente obligatorio, algunas actitudes y comentarios de ciertos profesores reflejaban una adhesión implícita al modelo médico hegemónico, especialmente en asignaturas biológicas. Además, las evaluaciones no siempre fueron coherentes con el enfoque pedagógico propuesto.

Otro reto fue la carga horaria y las condiciones de los estudiantes. La mayoría trabaja y asume responsabilidades de cuidado familiar, lo que dificulta el tiempo de estudio fuera del aula. Para garantizar una formación inclusiva y efectiva, es de suma importancia implementar estrategias de seguimiento, talleres de apoyo y herramientas pedagógicas adaptadas que permitan a los estudiantes sostener la carrera y adquirir las competencias necesarias (5).

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

Urge capacitar profesionales que puedan resolver las necesidades de la comunidad de manera integral y comprometida. Esto implica garantizar conocimientos técnicos, pero también promover una práctica basada en el derecho a la salud. En tiempos de crisis y desfinanciamiento, defender una educación inclusiva y de calidad es un posicionamiento ético, que requiere la participación activa de todos.

La pandemia y un posmoderno nihilismo mezclado con la idea del “progreso” tecnológico como única fuente de felicidad posible, acunan nuevas generaciones de jóvenes de ultraderecha, que aplauden discursos de odio, impávidos ante la crueldad. Frente al desmantelamiento de derechos, es imprescindible reafirmar que otra realidad es posible. La educación y la salud no son privilegios, sino derechos esenciales que deben garantizarse para construir sociedades más justas y solidarias. Proponemos volver a enarbolar las banderas que dieron origen a ALAMES, con propuestas renovadas y nuevos protagonistas.

REFERENCIAS

- (1) Tozzi GA. El pensamiento nacional en las Universidades del Bicentenario: un pensamiento de y para la periferia. Revista Estudios del Conurbano [Internet]. 2024[citado 2024 jul 10];1(1). Disponible em: <https://conusur.org.ar/el-pensamiento-nacional-en-las-universidades-del-bicentenario-un-pensamiento-de-y-para-la-periferia/>
- (2) Roni C, Fernandez M, Nuñez L, Deza R, Reboiras F. Género en carreras de Medicina: la mirada de las autoridades universitarias. Educ Humanismo. 2025;27(48):1–20.
- (3) Veganzones-Guanyabens I, Vilaseca-Giralt S, Roger-Casals N. Bridging the gap: del expediente académico a las necesidades sociosanitarias de la sociedad. Med Clin Pract. 2024;7(4):100463. DOI:10.1016/j.mcsp.2024.100463
- (4) Lacarta GL, Milstein D, Schwarcz T, Dakessian MA, Cattani A. “Campo” en la educación médica: un escenario para poner en perspectiva prácticas de Salud y Educación. Comun Saude Educ. 2014;18(51):785–794.
- (5) Navea Martín A. El aprendizaje autorregulado en estudiantes de ciencias de la salud: recomendaciones de mejora de la práctica educativa. Educ Med. 2018;19(4):193–200. DOI:10.1016/j.edumed.2016.12.012

DESCOLONIZAR O CUIDADO NA RELAÇÃO CAMPO-CIDADE: EXPERIÊNCIAS EM SALVADOR E RIO DE JANEIRO, BRASIL

Juliana Santos de Souza¹

Marcelo Firpo Porto²

Marina Tarnowski Fasanello

Juliano Luís Palm

Georgia Rolemberg Lau

Rita De Cassia Ferreira Dos Santos

Ana Paula Da Cruz Santos

Joseane Charmite Damásio

Joilda Nery

Maria Zilda Farias Rocha

INTRODUÇÃO

Na experiência latino-americana, a medicina social e a saúde coletiva basearam-se na medicina científica e biomédica (1), realizando profundas críticas às dinâmicas do capitalismo sobre os impactos à saúde das populações. Nesta perspectiva, no Brasil, defendeu-se que as estratégias para elevar o país ao nível de desenvolvimento dos países do Norte Global (2) seriam: “o planejamento estatal e o desenvolvimento científico e tecnológico”(3).

Porém, tal perspectiva é considerada fruto da modernidade eurocêntrica (4). Ela gerou distanciamentos entre as diversas formas de saberes, tendendo negar a sabedoria advinda das populações localizadas no campo, floresta e cidades e relegando-as a um conhecimento subalterno e de menor valor. Por outro lado, a noção de Promoção Emancipatória da Saúde (PES) emerge como paradigma de apoio às lutas sociais por saúde, dignidade e direitos nos territórios. Ela se orienta através da articulação entre quatro dimensões de justiça: social, sanitária, ambiental e cognitiva (4).

Desde 2019, o Núcleo Ecologias e Encontro de Saberes para a Promoção Emancipatória da Saúde (Neepees) vem realizando pesquisas com intelectuais situados em periferias urbanas nas cidades de Salvador e Rio de Janeiro, buscando valorizar a sabedoria nas práticas saúde comunitárias e ecologismo popular.

OBJETIVO

Refletir acerca da PES como campo potente para descolonizar e coracionar saberes e práticas de saúde e cuidado comunitário presentes no cotidiano de dois territórios metropolitanos de periferias

1 Pesquisador do Núcleo Ecologias e Encontro de Saberes para a Promoção Emancipatória da Saúde / Neepees. E-mail: mfirpo2@gmail.com

2 Núcleo Ecologias e Encontro de Saberes para a Promoção Emancipatória da Saúde / Neepees. E-mail: julianasouza.neepes@gmail.com

urbanas. No Complexo da Penha, Rio de Janeiro atua o Centro de Integração na Serra da Misericórdia (CEM), na localidade conhecida como Terra Prometida. No subúrbio ferroviário de Salvador, atua o Movimento Sem Teto da Bahia (MSTB), em duas ocupações: o Quilombo Paraíso e a Manuel Faustino.

METODOLOGIA

Através de duas experiências de pesquisas realizadas a partir de 2021 com pesquisadores do núcleo de pesquisa (3) e intelectuais dos territórios mencionados, o Neepes vem buscando a valorização da sabedoria dos moradores de periferias urbanas vinculadas ao cuidado coletivo e comunitário como produção de alimentos agroecológicos, produção de chás, escalda-pés, cultivo de ervas, cozinha comunitária e outros elementos ligados à saúde e à sabedoria ancestral. Mais recentemente a proposta busca a incorporação destas práticas pelo SUS local, nas políticas públicas e nas ações territoriais que os profissionais de saúde e gestores realizam.

Existem potentes relatos e diálogos sobre o cotidiano de organização destes moradores frente às dinâmicas de injustiça nas ocupações mencionadas. Assim, a metodologia destacará relatos significativos (5) produzidos nas oficinas realizados para a discussão dos eixos Racismo e Saúde; Cuidado Comunitário; Mordida Digna e Ecologismo Popular. Pretende-se também expor as principais denúncias e ameaças à vida e à saúde nos territórios, bem como resistências em direção a comunidades de bem-viver.

RESULTADOS

No território de ação do MSTB, situado em área de proteção ambiental (APA), os relatos de experiências envolvem situações de barreiras no atendimento por parte dos profissionais do Hospital do Subúrbio. Eles exigem que moradores de ocupações apresentem comprovante de residência. Já as famílias da ocupação Quilombo Paraíso conquistaram um conjunto habitacional em 2023, mas um ano depois são desafiadas pela construção de um Veículo Leve sobre Trilhos (VLT), ameaçando também a continuidade da ocupação Manoel Faustino. No Conjunto Habitacional os moradores vêm sendo cobrados por altas taxas de serviços de água e luz e induzidos por indivíduos a venderem seus apartamentos por valores irrisórios.

No Rio de Janeiro, através da ação do CEM, existe uma aliança cada vez mais consolidada entre os moradores, especialmente as mulheres, e a Clínica da Família local. No entanto, a falta de mapeamento do território pelo governo do estado invisibiliza a comunidade para o acesso às políticas mais amplas de saúde. Os moradores sofrem com contante falta de água e a presença de uma pedreira na região, provocando problemas respiratórios em crianças. Existe relatos de ameaças de expulsão pelas forças dominantes da violência armada e predominantemente machista.

As experiências do MSTB e do CEM revelam fortes componentes das quatro injustiças citadas neste trabalho: social, sanitária e sobretudo, ambiental e cognitiva. Em Salvador, a luta para impedir

ou minorar os impactos da construção do VLT vem sendo acompanhada de descrédibilização do movimento social pelo estado, apontando-o incapaz de preservar a mata e as águas da APA. Nos dois territórios ocorre o crescente fenômeno da gentrificação e especulação imobiliária (6) e risco de perda da autonomia comunitária.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

No campo da ecologia política, frequentes mecanismos de desterritorialização e políticas de moradia excludentes adotadas pelo estado vulnerabilizam parcelas mais pobres da população gerando injustiças ambientais. Nos territórios pesquisados as pessoas correm o risco de revitimização por tais mecanismos.

Contudo, existem práticas de acolhimento coletivo de pessoas advindas de outras localidades e movimentos, com valorização da sabedoria do campo e da natureza na cidade. No CEM, mulheres vindas do Maranhão retomam saberes ancestrais indígenas, como o cultivo de ervas. Com o MSTB, a cozinha comunitária realiza a oferta do alimento para discutir o território autossustentável com os mais velhos. Portanto, a sabedoria e os conhecimentos ancestrais são elementos chave de descolonização do cuidado e resistência frente às injustiças nas periferias urbanas, reconhecendo na linha de frente as mulheres negras e indígenas como ambientalistas e produtoras de saúde e bem-viver.

REFERENCIAS

- (1) Nunes JA, Porto MF. Do sofrimento à emancipação: diálogos entre a saúde coletiva e as epistemologias do Sul. 1ª ed. São Paulo, Brasil: Hucitec; 2023.
- (2) Santos BS. O fim do império cognitivo. 1ª ed. Coimbra, Portugal: Autêntica; 2022.
- (3) Palm JL, Porto MF, Fasanello MT, Rocha DF, Souza JS, Santos APC, Santos RCF. Agroecologia e soberania alimentar: lutas por justiça e alimentação saudável em territórios periféricos urbanos. Saúde debate [Internet]. 2024;48(especial 1):e8576. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E18741P>.
- (4) Porto MF. Crise das utopias e as quatro justiças: ecologias, epistemologias e emancipação social para reinventar a saúde coletiva. Ciênc Saúde Colet. 2019;24(12):4449–4458. DOI:10.1590/1413-812320182412.25292019
- (5) Fasanello MT, Porto MF. Metodologias sensíveis co-labor-ativas: produzir conhecimentos 'junto com' movimentos sociais e territórios para a transição paradigmática. Saúde debate [Internet]. 2024;48(especial 1):e8741. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E18741P>
- (6) De Marco CM. Gentrificação no Brasil e no contexto latino como expressão do colonialismo urbano. urbe Rev Bras Gest Urbana. 2020.

DIMENSÕES SOCIOCULTURAIS NA ABORDAGEM DO LUTO APÓS ÓBITO FETAL: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO INTEGRAL

Julie Higuti Fukushima¹

Jaqueline Sousa Leite

Isis Teixeira e Silva Santana

Nelson Gouveia

Zilda Pereira da Silva

INTRODUÇÃO

O óbito fetal vem acompanhado por uma grande carga emocional, física e psicológica. São frequentes os relatos de sintomas como pânico, depressão, ansiedade e ideação suicida (1). E o enfrentamento do luto pode variar conforme o contexto sociocultural das famílias.

Nesse sentido, o princípio da integralidade, um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece que a atenção à saúde deve ser orientada considerando as múltiplas dimensões que envolvem o indivíduo como um ser biopsicossocial. Implicando no reconhecimento da subjetividade dos indivíduos, com necessidades específicas que demandam escuta ativa, acolhimento humanizado e intervenções articuladas com a realidade em que vive.

No contexto do óbito fetal, estudos enfatizam a importância do apoio social na vivência do luto após o óbito fetal. Profissionais da saúde, amigos, familiares e representantes religiosos desempenham papéis fundamentais, para acolher, ouvir, aconselhar e oferecer suporte às mulheres que enfrentam o luto (2).

As religiosidades podem influenciar a vivência do luto, pois as atividades espirituais estão fortemente relacionadas a menores sintomas de luto e redução da gravidade da depressão (3). A religiosidade serve de apoio e auxilia no processo de buscar um significado ou consolo, contribuindo no processo de resolução da perda (4).

OBJETIVO

Analisar a relação entre crenças religiosas e o suporte comunitário recebido por mulheres que vivenciaram o óbito fetal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa que está inserido no projeto temático multidisciplinar Mortalidade Fetal: desafios do conhecimento e da intervenção (FetRisks) (FAPESP 2016/07765-0), um estudo de caso controle prospectivo realizado em 14 hospitais públicos da rede

1 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. E-mail: julie.higuti@usp.br

municipal e estadual do município de São Paulo (5). Os dados do subprojeto Luto foram obtidos de uma subamostra de 97 mães, no qual foram utilizados 2 instrumentos: a) questionário socioeconômico e de histórico gestacional aplicado no hospital e b) entrevista com roteiro semiestruturado, aplicada em domicílio. As entrevistas foram transcritas literalmente utilizando o software Reshape e em seguida realizou-se dupla conferência da transcrição. A análise das entrevistas foi realizada utilizando-se o software Nvivo, considerando os seguintes aspectos desta temática: religião; se frequenta; se conversou com alguém da comunidade religiosa, e se considera que recebeu apoio.

RESULTADOS

A maioria das mulheres tinha de 20 a 34 anos, raça/cor não branca, pelo menos o ensino fundamental completo e 12 mulheres tiveram óbito fetal anterior. A maioria das mulheres se identifica com as religiões evangélica e católica; outras eram cristãs sem especificação ou não possuíam religião definida. Foram também citados o candomblé, umbanda e espiritismo.

Muitas mulheres relataram a importância de participar de cultos, encontros religiosos ou práticas espirituais, buscando conforto espiritual e apoio para o luto. Outras, no entanto, apontaram distanciamento em relação à religião, seja pela perda de fé momentânea devido ao óbito ou por histórico de não vinculação religiosa. Para parte das mulheres, o contato com a comunidade e líderes religiosos representou fonte de acolhimento e orientação durante o luto. Por outro lado, algumas mulheres não se sentiram confortáveis para discutir a perda dentro do ambiente religioso, o que levou a um processo de luto mais solitário e introspectivo. Outras relataram que tiveram espaço para expressar sua dor, mas encontraram dificuldades na recepção de suas emoções por parte da comunidade. O medo do julgamento, a complexidade do luto e a sobrecarga emocional levaram algumas a evitar interações sociais, resultando em isolamento e sentimentos de tristeza e vazio.

O suporte oferecido pela comunidade religiosa variou. Algumas se sentiram acolhidas por meio de orações, mensagens, visitas pastorais e celebrações religiosas; e a realização de missas representou um rito significativo para a despedida e ressignificação da perda. Outras, contudo, relataram a ausência de apoio, reforçando um sentimento de isolamento. As experiências mostram que a falta de acolhimento intensificou a dor da perda para algumas mulheres.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A relação entre religiosidade e luto é multifacetada e complexa. O papel da religiosidade no processo do luto apresenta característica dicotômica, influenciando e impactando na relação das mulheres com a religião, encontrando alívio e conforto na prática religiosa, ou gerando questionamentos ou afastamentos dela.

Assim, ao considerar a integralidade da atenção à saúde, é importante contemplar a dimensão da religiosidade como um fator que contribui para o fortalecimento do cuidado. Profissionais de saúde podem apoiar o luto, conhecendo as crenças religiosas das famílias, praticando uma comunicação

compassiva e dando suporte para que possam explorar sua religiosidade/espiritualidade e encontrar conforto espiritual.

REFERÊNCIAS

- (1) Heazell AE, et al. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. Lancet. 2016;387(10018):604-16. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00836-3.
- (2) Lopes B, et al. A dor de perder um filho no período perinatal: uma revisão integrativa da literatura sobre o luto materno. Rev Stricto Sensu. 2019;4(2):29-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.24222/2525-3395.2019v4n2p029>
- (3) McNeil M, et al. Grief and bereavement in fathers after the death of a child: a systematic review. Pediatrics. 2021;147(4):1-12. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-079261.
- (4) Silva LR da. A influência da religiosidade/espiritualidade no processo do luto gestacional e infantil [Trabalho de Conclusão de Curso na Internet]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2023 [citado 2025 set 9]. 45 f. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/38196>
- (5) Buralli RJ, et al. Assessing the risks for stillbirth in São Paulo, Brazil: protocol for a multidisciplinary case-control study – FetRisks. BMJ Open. 2024;14(6):e079261.

DISPUTAS POR LA VERDAD: EL CONCEPTO DE APS EN LAS LUCHAS POR EL DERECHO A LA SALUD EN REPÚBLICA DOMINICANA

Maritza Martínez¹

José Seling

Francisco Fernández

Alin Gil

Roberto Espinal

José Lagares

INTRODUCCIÓN

Un sistema de salud basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La Atención Primaria de Salud (APS) se ha planteado como un eje central en las reformas sanitarias de República Dominicana, enmarcada en los principios de equidad, accesibilidad y universalidad. Desde la Declaración de Alma-Ata en 1978, se ha promovido la APS como estrategia fundamental para garantizar el derecho a la salud. (1)

A partir de 2001, las dos herramientas jurídicas fundamentales son la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) (Ley 87-01). Mediante ambas normativas se establece un sistema complejo de instituciones de naturaleza pública, privada y sin fines de lucro, especializadas en funciones específicas.

La promulgación de la Ley General de Salud 42-01 en 2001 estableció la APS como la base del sistema sanitario, con el objetivo de garantizar el acceso a servicios esenciales para toda la población. Sin embargo, estaba limitada aún y apresada en la atención, bajo criterios de “Administración de Riesgo por otros” que intermedian e impiden el desarrollo de la misma la implementación y evolución de la APS ha estado marcada por disputas conceptuales y políticas entre diferentes actores del sistema de salud. Existen concepciones divergentes sobre el alcance y la naturaleza de la APS, generando tensiones entre modelos basados en la provisión pública de servicios y enfoques privatizadores. (2)

Estas pugnas han influido en la capacidad del sistema de salud para desarrollar un modelo de APS que responda de manera efectiva a las necesidades de la población, especialmente de los sectores más vulnerables. Actualmente, el sistema enfrenta retos como la fragmentación del servicio, la escasez de financiamiento y la necesidad de fortalecer la red de atención primaria para enfrentar los cambios en el perfil epidemiológico de la población.

1 Universidad Autónoma de Santo Domingo, Instituto Tecnológico de Santo Domingo /Asociación Latinoamericana de Medicina Social capitulo Republica Dominicana. E-mail: maritzaamartinezr@gmail.com

OBJETIVO

Este relato busca analizar las diferencias conceptuales, políticas, limitaciones y obstáculos en torno al desarrollo de la APS en República Dominicana, identificando los actores involucrados, las relaciones de fuerzas y dificultades que han limitado el desarrollo de un sistema de salud basado en los principios de la APS. Asimismo, se propone explorar estrategias que permitan avanzar hacia un modelo más equitativo y sostenible.

METODOLOGÍA

El presente estudio está enfocado en realizar un relato detallado de las diferencias conceptuales, políticas, limitaciones y obstáculos en torno al desarrollo de la atención primaria en la República Dominicana. En tal sentido, pretende comunicar los hallazgos obtenidos a través de la investigación y análisis de documentación de interés de los hechos acontecidos del periodo seleccionado y entrevistas a actores claves.

DESARROLLO

El término atención primaria se remonta a 1920, fecha en la que el Reino Unido publicó el Informe Dawson. El documento proponía la reorganización del sistema de salud en dicho país y diferenciaba un nivel asistencial específico, que eran los centros primarios de salud. En 1978, en el marco de la Conferencia Internacional de Alma-Ata, definió la APS como: “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

Treinta años después de la formulación de la estrategia de la APS, la Dra. Margaret Chan” (2008), como directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reafirmaba las virtudes de la APS, a la que consideraba como “una forma de organizar toda la atención de salud.

La evolución de la APS en República Dominicana ha estado influenciada por múltiples factores, incluyendo intereses económicos, políticas gubernamentales y el rol de organismos internacionales. La Ley General de Salud 42-01 y la Ley del Seguro Nacional de Salud 87-01 establecieron la estructura normativa para el desarrollo de la APS, organizando la red de atención en diferentes niveles y estableciendo la cobertura universal como objetivo. (3)

Por un lado, los defensores de un enfoque público y universal argumentan que la APS debe ser el pilar fundamental del sistema de salud, asegurando acceso equitativo a servicios esenciales y fortaleciendo la atención preventiva. Por otro lado, sectores que favorecen la participación del sector privado han impulsado modelos en los que la APS se convierte en un mecanismo de acceso a seguros de salud, generando fragmentación en la prestación de servicios. La coexistencia de estos modelos ha generado desigualdades en el acceso a los servicios, especialmente en zonas rurales y comunidades con bajos ingresos.

Este nuevo modelo de seguridad social de carácter neoliberal, dejó trunca las intenciones de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), hoy Ministerio de Salud Pública, de reorganizar la red de provisión de servicios mediante la potenciación de la atención primaria como eje de los servicios de salud que, aunque reducida al primer nivel de atención, pretendía brindar atención sin la necesidad de establecer carteras o planes de salud, incluir de forma progresiva la atención por profesionales con especialización en medicina familiar, atención primaria o salud comunitaria, tanto médicos como personal de enfermería y de odontología. (4)

La correlación de fuerzas dentro del sistema de salud ha sido determinante en la dirección de las políticas de APS. Organizaciones de la sociedad civil, asociaciones médicas y comunidades han impulsado iniciativas para fortalecer la APS desde una perspectiva de derechos, mientras que grupos con intereses comerciales han promovido la segmentación del sistema y la tercerización de servicios. En este contexto, la disputa por la verdad sobre qué modelo de APS debe prevalecer sigue siendo un tema de debate central en la agenda sanitaria del país.

En este sentido, es necesario replantear las estrategias actuales y reforzar el compromiso con un modelo de APS que responda a las necesidades de toda la población. La implementación de reformas que aseguren la sostenibilidad financiera del sistema y la integración efectiva de los servicios de salud en todos los niveles será clave para consolidar una APS eficiente y accesible para todos los dominicanos. (5)

REFERENCIA

- (1) Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 1978.
- (2) Frenk J, De Ferranti D. Universal health coverage: good health, good economics. *Lancet*. 2012;380(9845):862-4. DOI:10.1016/S0140-6736(12)61341-5.
- (3) Starfield B. The effectiveness of primary health care. *J Am Board Fam Med*. 2011;24(6):619-22. doi:10.3122/jabfm.2011.06.100280.
- (4) Organización Panamericana de la Salud. La APS en América Latina: avances y desafíos. Washington, DC: OPS; 2021.
- (5) Pérez A, Rodríguez M. Equidad y acceso en los sistemas de salud latinoamericanos. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2020;22(3):234-50. DOI:10.15446/rsap.v22n3.83702.

DOCUMENTÁRIO VOZES NO JARDIM: CUIDADO EM LIBERDADE DENTRO DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO CENTENÁRIO NA CIDADE DE PORTO ALEGRE

Roberta Nascimento Leães¹

Mariana Ramalho Rodrigues²

Patricia Talita Rodrigues Sudre³

Eduardo Xavier⁴

Alexandre Guilhãõ⁵

Solange Gonçalves Luciano⁶

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho vem para compartilhar o documentário intitulado “Vozes do Jardim”, produzido por trabalhadores do Hospital Psiquiátrico São Pedro (H.P.S.P.) em Porto Alegre. Tal produção foi selecionada como parte da Mostra Nós na Rede, promovida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com o Ministério da Saúde (M.S.), em 2025. O objetivo dessa ação foi dar visibilidade aos espaços inaugurados dentro de um Hospital Psiquiátrico de adequação das práticas para um cuidado em liberdade, nos marcos da Reforma Psiquiátrica. Destaca-se no curta-metragem o trabalho de cuidado em saúde mental mediado pela arte, através do Grupo de Música, apresentando de forma afetiva as ações em saúde mental ofertadas para usuários do próprio H.P.S.P. e da Rede de Atenção Psicossocial do Estado, especialmente de Porto Alegre.

Nele há uma contextualização histórica referente ao processo da Reforma Psiquiátrica dentro dessa instituição centenária, bem como apresenta recursos e ferramentas de trabalho vinculados a práticas antimanicomiais que são desenvolvidas, como por exemplo o Grupo de Música e o Jardim Terapêutico.

O documentário traz à tona reflexões acerca de como estamos pensando o Cuidado em Saúde Mental na Rede Pública, em que modo de atenção à Saúde Mental estamos operando, dentro de instituições totais ou não, gestões públicas, privadas ou “parceirizadas”; no âmbito do SUS.

1 Mestre em Engenharia Elétrica; Biomédica/PUC/RS e Especialista em Atenção Básica pela ESP/RS. Trabalhadora do Hospital Psiquiátrico São Pedro/SES/RS. E-mail: leaesroberta@gmail.com

2 Assistente Social, Especialista em Atenção Básica pela ESP/RS. Trabalhadora do Hospital Psiquiátrico São Pedro/SES/RS. E-mail: mare_@hotmail.com.br

3 Assistente Social, Especialista em Saúde Mental Coletiva pela ESP/RS, residente em Atenção Básica pela ESP/RS. E-mail: patricia.inkiri@gmail.com

4 Psicólogo, trabalhador do Hospital Psiquiátrico São Pedro/SES/RS. E-mail: edufxavier63@gmail.com

5 Cineasta, Doutor em História. E-mail: cinematecahistorica@gmail.com

6 Usuária do SUS, Ativista do Movimento Luta Antimanicomial no Estado do Rio Grande do Sul e artista independente. E-mail: soumosa2020@gmail.com

OBJETIVO

O documentário Vozes no Jardim tem como principal objetivo documentar o processo histórico da inauguração de práticas de cuidado em liberdade, a partir do H.P.S.P., historicamente marcado pelo cuidado manicomial. O documentário também dá visibilidade ao trabalho com música e o realizado no jardim terapêutico da instituição, que exemplificam o desenvolvimento de intervenções terapêuticas marcadas pela autonomia, valorização e protagonismo dos usuários.

METODOLOGIA

O documentário Vozes do Jardim tem como metodologia a dialética, uma vez que a produção busca revelar as contradições inerentes à produção de Saúde Mental em liberdade, dentro de um Hospital Psiquiátrico, provocando entendimento e transformação. Para isso foi realizado um processo de planejamento e estudo, anterior as gravações, para recuperar a história pregressa da Instituição e apresentar as novas abordagens. Nas filmagens foi escolhido realizar registros observacionais, sem intervenção, dando noção do cotidiano do trabalho. Por fim, foi realizada uma curadoria de conteúdo, construindo uma narrativa que conseguisse alcançar nexos de passado e futuro, que provocam uma discussão aprofundada sobre o trabalho em Saúde Mental marcados pelo protagonismo dos usuários. Na produção audiovisual é largamente apresentada a metodologia do grupo de música, cujo trabalho implicado tem como base a noção de Clínica Ampliada, no sentido de produzir um espaço de trocas e construções entre profissionais e usuários, através da horizontalidade do cuidado.

RESULTADOS

O documentário Vozes no Jardim tem como principal resultado sua contribuição na consolidação de práticas referenciadas pela Reforma Psiquiátrica de cuidado em liberdade, dentro de um espaço historicamente marcado pelo assilamento e suas consequências. Como parte da sua relevância para a produção científica dentro do campo, este figura entre as produções selecionadas para compor o Nós na Rede, mostra realizada pela Fiocruz com o M.S., que vem a compartilhar boas práticas dentro do campo da saúde. Vale destacar que o documentário, assim como apresenta em uma composição inédita de uma usuária, vem a demonstrar que: “...manicomiais não são paredes,... manicomiais são tuas ações..”. A lógica manicomial de trabalho é pautada pelo abuso de poder, seja ele na relação terapeuta-paciente, seja ele nas relações entre próprios profissionais. É o “não espaço” para o diálogo, para uma construção democrática. É aniquilar o diferente, é manter o status quo, é alienar e alienar-se (1).

Através de sua narrativa, a produção contribui para o campo, ao trazer discussões essenciais, como afirmar que o cuidar em liberdade não trata apenas do final do enclausuramento político e social das pessoas em sofrimento psíquico que viviam em manicômios, e sim, muito além disso, cuidado em liberdade tem a ver com produzir uma forma de trabalho voltada para o desenvolvimento do protagonismo e empoderamento de cada usuário (2). E para que isso ocorra, é necessário que cada

profissional possa se permitir a ter um olhar mais ampliado acerca da subjetividade de cada um, nos seus processos, para muito além de diagnósticos. (3).

CONSIDERAÇÕES

O Documentário Vozes do Jardim constitui-se enquanto uma mostra viva de um campo de trabalho em que diferentes paradigmas de cuidado em Saúde Mental coexistem e se tensionam. A estrutura que foi inaugurada para isolar os *loucos* da sociedade (4) vislumbra atualmente a permanência da hegemonia do saber biomédico nos planos de cuidado, tendo as práticas integrativas como alternativas que ampliam a saúde mental ofertada. Desenvolvido de maneira interdisciplinar e intersetorial, o trabalho a partir desses novos pressupostos, exemplificado através do Grupo de Música, compreende que a arte não se limita a ser uma ferramenta, opera no campo do protagonismo e das subjetividades dos integrantes (5, 6), que ora são intérpretes, ora são autores. Documentar o processo de ruptura de paradigmas e inauguração de boas práticas em saúde mental é fundamental para a consolidação do cuidado em liberdade e o fim do encarceramento da loucura.

REFERÊNCIAS

- (1) Amarante DC. Reforma psiquiátrica e epistemologia. Cad Bras Saude Ment. 2011;1(1):34-41. DOI:10.5007/cbsm.v1i1.68425.
- (2) Spohr B, Schneider DR. Bases epistemológicas da antipsiquiatria: a influência do existencialismo de Sartre. Rev Abordagem Gestalt. 2009 dez;15(2):115-25.(3)
- (3)Teixeira MOL. Pínel e o nascimento do alienismo. Estud Pesqui Psicol. 2019 ago;19(2):540-60. DOI: 10.12957/epp.2019.44288
- (4)Venturini E. O caminho dos cantos: morar e intersetorialidade na saúde mental. Fractal Rev Psicol. 2010;22:471-80.
- (5) Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Cienc Saude Colet. 2001;6(1):73-85.
- (6) Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Cienc Saude Colet. 2001;6(1):73-85.

ECOS DEL PRIMER NIVEL EN LA RUTA HACIA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD: RELATO DE EXPERIENCIA DE UNA ESTANCIA ACADÉMICA EN MÉXICO

Amanda Firme Carletto¹

Hortensia Reyes Morales²

INTRODUÇÃO

Para empezar, esta experiencia no trata los conceptos de Atención Primaria de Salud (APS) y Primer Nivel de Atención (PNA) como sinónimos (1) también porque la Secretaría de Salud (SSa) de México reconoce que la APS aún no se ha consolidado en el país debido a dificultades en diversos ámbitos (2). En contraste, se considera que el PNA está establecido y en funcionamiento.

Desde 2019, México atraviesa un proceso de reforma del sistema de salud que, a partir de 2022, se ha centrado en la implementación del Órgano Público Descentralizado Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar) y del modelo MÁS-Bienestar. Este último se basa en la Atención Primaria de Salud como estrategia de transformación del sistema (3), por lo tanto, resulta fundamental analizar cómo se están ofreciendo los servicios en el actual Primer Nivel de Atención y de qué manera se están traduciendo en la práctica los principios teóricos.

Dado que México cuenta con al menos dos subsistemas públicos de salud, uno dirigido a la población sin empleo formal y otro para los afiliados a la seguridad social, esta experiencia está enfocada en los servicios de la SSa que actualmente se encuentran en proceso de transformación debido a los convenios con el OPD IMSS-Bienestar que han incorporado la infraestructura de los Centros de Salud previamente gestionados por los estados.

OBJETIVO

Este relato de experiencia tiene como objetivo presentar aspectos clave de los servicios del Primer Nivel de Atención brindados a la población mexicana sin seguridad social, identificados desde la perspectiva brasileña a partir de visitas realizadas durante la estancia académica de doctorado en Salud Colectiva en México. La experiencia busca contribuir en avances rumbo a la Atención Primaria de Salud, considerada un eje central en la actual reforma del sistema de salud mexicano.

METODOLOGIA

Para alcanzar el objetivo propuesto, se llevó a cabo una experiencia itinerante de visitas a servicios del PNA dirigidos a la población sin seguridad social en México. Esta actividad tuvo lugar durante una

1 Instituto de Medicina Social Hélio Cordeiro – IMS. E-mail: amandacarletto@gmail.com

2 Instituto Nacional de Salud Pública – INSP. E-mail: hortensia.reyes@insp.mx

estancia académica de seis meses en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en Cuernavaca entre abril y septiembre de 2024 financiada por el Programa Institucional de Internacionalização – CAPES PrInt de Brasil. El recorrido incluyó Centros de Salud urbanos de distintos estados del país —Morelos, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Guerrero, Baja California y Yucatán— con el propósito de abarcar la diversidad regional en la organización y prestación de los servicios de salud. No fue posible visitar servicios rurales por limitaciones geográficas, de accesibilidad y financieras.

A partir de la trayectoria vinculada al modelo de la Estrategia de Salud de la Familia de Brasil, se identificaron aspectos clave del subsistema mexicano que, para fines didácticos, fueron sintetizados en ocho ejes: 1) acceso a los servicios, 2) funcionamiento de los Centros de Salud, 3) lógica de vinculación al territorio, 4) composición de los núcleos básicos, 5) derechos en salud de la mujer 6) adaptaciones para la comunicación, 7) participación social y 8) formación en medicina familiar.

RESULTADOS

Las visitas permitieron identificar los destaques del PNA de México en distintos aspectos. En cuanto al acceso a los servicios, se observa un conflicto entre la orden del cero rechazo de la cuarta transformación, el cobro de la tasa de recuperación y la exclusividad del acceso para mexicanos no derechohabientes. Respecto al funcionamiento de los establecimientos, permanecen abiertos los fines de semana desde la mañana hasta la noche, con un equipo reducido de trabajadores y un esquema de turnos.

En relación con la organización territorial, el área de referencia de los Centros de Salud está delimitada por colonias en áreas urbanas o localidades en áreas rurales, sin una adscripción de núcleos basada en los domicilios y familias. Sobre la regla de composición, los núcleos básicos deben estar conformados por médicos, enfermeros y promotores de salud, pero los enfermeros no son obligatoriamente licenciados y puede ocurrir de no haber un promotor de salud por cada núcleo.

En lo referente a la salud de las mujeres, se identificaron interacciones con parteras tradicionales para el registro de nacimientos y la realización de abortos legales en un estado en particular. Sobre la comunicación, existen estrategias de apoyo en casos de idiomas indígenas y de inmigrantes no hispanohablantes que se han fijado en territorio mexicano.

En cuanto a la participación social, parece centrarse en el apoyo de los comités de salud para garantizar la oferta de los servicios en situaciones de descuidos gubernamentales. Por último, la lógica de la formación de medicina familiar está basada en el modelo de cuidado del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) sin la vinculación con actividades en el territorio donde viven las familias.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

La experiencia revela desafíos y oportunidades del Primer Nivel de Atención rumbo al modelo mexicano de Atención Primaria de Salud. Resulta interesante observar cómo los Centros de Salud se

organizan para ofrecer servicios de lunes a lunes, en horarios extendidos, y cómo la participación de los pasantes apoya el trabajo. A pesar de las críticas internas que señalan la predominancia de un enfoque asistencialista en el sistema de salud, existen experiencias valiosas que podrían replicarse dentro del diseño del modelo de APS. Durante la estancia académica, se tuvo la oportunidad de conocer Centros de Salud con equipos multiprofesionales ampliados y escuchar relatos sobre la realización de actividades extramuros, tales como visitas domiciliarias y jornadas de salud, y de estrategias de educación en salud como la implementación de clubes y de salas de espera. En este sentido, invertir en la integración enseñanza-servicio-comunidad puede ser un camino propicio para las transformaciones.

REFERENCIAS

- (1) María-Eugenia E, Nebel-Silvana M, Fernando-Pablo L. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Rev Cubana Salud Publica* [Internet]. 2017 [citado 2025 mar 5];43(3):432-48. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n3/432-448>
- (2) Molina-Leza J, Ruiz-Larios JA, Zamora-Ramos E, Bejarano-Medellín R. Desafíos de la Atención Primaria de Salud en México. Ciudad de México: Instituto de Salud para el Bienestar, Secretaría de Salud, Gobierno de México; 2021 [citado 2025 mar 5]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/651873/Informe_Desaf_os_APS_ENERO_2021_final.pdf
- (3) Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MÁS-BIENESTAR). México: DOF; 2022 [citado 2025 mar 5]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRALES Y TRANSFORMADORES DESDE EL PENSAMIENTO CRÍTICO LATINOAMERICANO EN JUJUY, ARGENTINA

Carmen Gladys Soriano¹
Carolina Maxima Ortiz
Griselda Viviana Velazquez
Rosana Lucrecia Durán
Diego Luciano Arias
Alejandra Noemi Quispe
Sonia Aguirre
Monica Aguirre
Haydee Irma Baez
Elizabeth Silvana Quispe Brunet
Maria Cristina Fernandez

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

Desde Jujuy, Argentina, educadoras para la salud han desarrollado un enfoque transformador basado en la promoción de la salud integral, considerando la historia, cultura y contexto de las personas atendidas en servicios de salud, educación y comunitarios. Este trabajo sitúa a las personas como sujetos activos en lugar de objetos, con la educación para la salud como eje transversal en todos los ámbitos. En los últimos años, se ha integrado la perspectiva crítica latinoamericana, permitiendo reflexionar y cuestionar los modelos biomédicos y hegemónicos, siguiendo las concepciones de Luis Weinstein y los principios de Paulo Freire. Asimismo, estos educadores han trabajado en redes de atención integral, priorizando el buen trato, la dignidad y la comunicación multidireccional como pilares fundamentales para garantizar un acceso inclusivo y equitativo a la salud.

OBJETIVO

Analizar las intervenciones realizadas por educadores para la salud en Jujuy en diversos ámbitos, destacando cómo la inclusión de perspectivas críticas latinoamericanas y redes de atención integral han transformado las prácticas educativas, comunitarias y sanitarias, con énfasis en el buen trato y la dignidad de las personas.

\

1 Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. E-mail: csoriano@fhycs.unju.edu.ar

METODOLOGÍA

El enfoque metodológico está basado en actividades de intervención llevadas a cabo por educadoras para la salud en diversos ámbitos educativos, comunitarios y sanitarios. Estas actividades incluyeron talleres formativos en escuelas, jornadas de sensibilización en comunidades y prácticas integrales en servicios de salud. Las acciones se fundamentaron en los principios del pensamiento crítico latinoamericano, incluyendo los aportes de Paulo Freire, Gonzalo Basile y Max Agüero, quienes destacan la importancia del diálogo, el empoderamiento y la descolonización de los sistemas de salud.

Freire propuso una pedagogía liberadora basada en el diálogo y la concientización, mientras que Basile enfatiza la necesidad de abordar las desigualdades estructurales y construir sistemas de salud soberanos. Por su parte, Agüero subraya la importancia de considerar los contextos sociales, históricos y culturales en la construcción de modelos de atención. Además, se integraron las concepciones de Luis Weinstein sobre salud integral y su relación con los determinantes sociales.

La metodología incluyó entrevistas, observaciones participativas y análisis reflexivo de las experiencias vividas, destacando el impacto de las acciones educativas en la construcción de redes de atención integral y la promoción de un trato digno y multidireccional.

RESULTADOS

Las intervenciones realizadas por educadoras para la salud han demostrado un cambio significativo en la interacción entre los servicios de salud y las comunidades de Jujuy. La inclusión de la teoría crítica latinoamericana permitió cuestionar y superar las limitaciones de los modelos biomédicos tradicionales, generando prácticas más humanas y orientadas a las necesidades integrales de las personas. Se evidenciaron avances en la aceptación y efectividad de los servicios, gracias a la integración cultural, histórica y social de las comunidades. Las redes de atención integral fortalecieron el acceso equitativo a la salud y la educación, promoviendo la dignidad y el buen trato. Los aportes de autores como Freire, Weinstein y Basile se reflejaron en prácticas que posicionaron la educación como una herramienta transformadora. A pesar de los desafíos, como la resistencia a cambiar estructuras hegemónicas y la limitación de recursos, las estrategias aplicadas han reflejado una mejora significativa en la salud y bienestar comunitario.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

El trabajo de las educadoras para la salud en Jujuy destaca la importancia de una educación basada en la inclusión, el respeto y la reflexión crítica. Los aportes de Paulo Freire, Gonzalo Basile, Max Agüero y Luis Weinstein han sido esenciales para construir modelos de atención que prioricen la dignidad, el trato humano y el empoderamiento comunitario. Sin embargo, persisten desafíos relacionados con la necesidad de fortalecer las capacidades críticas en los equipos de salud y educación, así como garantizar recursos adecuados para sostener las redes integrales. Este trabajo invita a seguir construyendo un sistema de salud que respete las diversidades culturales, históricas y sociales, y que transforme las barreras en oportunidades para un acceso equitativo y digno.

REFERENCIAS

- (1) Freire P. Pedagogía del oprimido. 30a ed. México: Siglo XXI Editores; 2020.
- (2) Weinstein L. El concepto de salud integral: fundamentos para una nueva perspectiva. *Rev Latinoam Salud Soc.* 2024;3(1):15–22.
- (3) Basile G. Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe. Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO); 2020.
- (4) Agüero M. Educación para la transformación en salud: reflexiones críticas. *Revista de Salud Integral.* 2022;5(2):55–70.
- (5) Organización Panamericana de la Salud. Redes integrales de atención en Latinoamérica: informe técnico. Washington D.C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; 2023.

EL CUIDADO INVISIBLE: FEMINIZACIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO Y DESAFÍOS PARA UNA POLÍTICA INTEGRAL DEL CUIDADO EN SALUD

Micaela Dambra¹

PRESENTACIÓN / INTRODUCCIÓN

Los hospitales no son solo espacios de diagnóstico y tratamiento, sino también territorios donde se ponen en evidencia las tramas sociales del cuidado. En ese contexto, el acompañamiento de pacientes internados se presenta como una práctica persistente y altamente feminizada, que sostiene gran parte del proceso de internación. Este estudio, centrado en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Alende, de Mar del Plata, Bs. As. Argentina, permite dimensionar esa realidad y propone repensarla desde una perspectiva de género, derechos y salud colectiva. Lejos de tratarse de una tarea ocasional, el acompañamiento constituye una forma organizada de cuidado que requiere reconocimiento institucional, formación específica y garantía de condiciones adecuadas para quienes la realizan. La evidencia recolectada, junto con los aportes de autoras como Beatriz Morrone (1), permite visibilizar este rol y proponer líneas de acción orientadas a fortalecer su calidad, prevenir el deterioro de la salud de las personas acompañantes y construir una política pública integral que valore su aporte y lo incorpore como parte esencial del entramado hospitalario.

OBJETIVO

Visibilizar la dimensión del acompañamiento hospitalario en el HIGA Alende como parte fundamental del cuidado en salud, promoviendo su reconocimiento institucional y la construcción de políticas públicas que garanticen formación, condiciones adecuadas y protección para quienes acompañan, mejorando así tanto su bienestar como la calidad del cuidado brindado.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis cuantitativo-descriptivo sobre registros de acompañamiento en el HIGA Alende, incluyendo datos de permisos, género y edad de los visitantes. La muestra analizada fue de 1.366 registros. Se complementó con una revisión bibliográfica centrada en el cuidado desde una perspectiva de género, en particular los aportes de Beatriz Morrone sobre el rol de la enfermería en la planificación de cuidados (1), y documentos de organismos internacionales sobre políticas de cuidado (2,3). Esta triangulación permitió analizar el acompañamiento no solo como una acción espontánea, sino como una práctica organizada que impacta en la salud de quienes cuidan y en la calidad del cuidado hospitalario. Desde un enfoque de derechos, se propuso identificar oportunidades para que el

¹ Secretaria General Adjunta. Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Pcia. BsAS. Argentina E-mail: micaeladambra@gmail.com

sistema de salud asuma la corresponsabilidad en la formación, apoyo y reconocimiento de estos actores, en articulación con el equipo de salud y en especial con el rol estratégico del saber enfermero.

RESULTADOS

El análisis de datos evidenció una marcada feminización del acompañamiento hospitalario. Del total de visitantes registrados, el 70,64% fueron mujeres, proporción que se repite tanto en pacientes femeninas como masculinos. De los 291 permisos concedidos, el 69,76% fue a mujeres. Entre los 20 y 35 años se encuentra el rango etario predominante de acompañantes, etapa de alta demanda vital, laboral y reproductiva. Esta información da cuenta de que el acompañamiento hospitalario no es un hecho aislado, sino una práctica sistemática que recae mayormente en mujeres jóvenes. Estas personas, al asumir el rol de cuidado sin formación ni respaldo institucional, enfrentan una doble vulnerabilidad: por un lado, el riesgo de sobrecarga física y emocional; por otro, la exposición a condiciones de cuidado inadecuadas. El estudio propone que el sistema de salud reconozca este rol como parte del circuito de atención y promueva estrategias que garanticen su formación, contención y participación activa. Los aportes de Beatriz Morrone resultan claves: la enfermería, con su saber situado, puede liderar programas de formación para acompañantes (1), incorporarlos como actores comunitarios y reconfigurar el hospital como un espacio corresponsable del cuidado.

CONCLUSIONES / CONSIDERACIONES

La evidencia muestra que el acompañamiento hospitalario constituye un eslabón esencial del cuidado en salud. Sin embargo, al no estar formalmente reconocido, quienes acompañan quedan expuestos a condiciones inadecuadas que afectan su salud y limitan la calidad del cuidado brindado. Visibilizar esta realidad implica asumir la corresponsabilidad institucional en su abordaje. La planificación desde el saber enfermero ofrece una vía concreta para articular dispositivos de formación, contención y participación de los cuidadores informales. La transformación pasa por construir hospitales que no solo toleren el acompañamiento, sino que lo reconozcan, lo cuiden y lo integren activamente. De lo contrario, se perpetúan desigualdades y se debilita el tejido colectivo del cuidado. El desafío es político y estructural: reconocer el valor de quienes cuidan, proteger su salud y consolidar un modelo hospitalario más humano, equitativo y corresponsable (4,5).

Tal como sostiene Naomar de Almeida Filho, avanzar hacia un modelo ampliado de salud implica reconocer prácticas sociales históricamente invisibilizadas como el acompañamiento. Incluir estas dimensiones del cuidado en la planificación institucional permite no solo proteger la salud de quienes cuidan, sino también democratizar el sistema sanitario desde una perspectiva de derechos y justicia social (6).

REFERENCIAS

- (1) Morrone B. Enfermería y planificación hospitalaria: un desafío pendiente. Rev Argent Enferm. 2014;22(1).
- (2) Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). El cuidado en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Santiago: CEPAL; 2020.
- (3) ONU Mujeres. Los cuidados en el centro de una recuperación feminista. Nueva York: ONU Mujeres; 2021.
- (4) Rodríguez Enríquez C. La economía feminista desde América Latina. Buenos Aires: CLACSO; 2015.
- (5) Batthyány K. Cuidado infantil y trabajo: entre la familia, el Estado y el mercado. Montevideo: Doble Clic; 2004.
- (6) Almeida Filho N. La clínica y la epistemología ampliada de la salud. Salud Colect. 2018;14(1):7-19.

ELABORACION COLECTIVA DE POLÍTICA DE SALUD INTERCULTURAL PARA UN HOSPITAL DE ATENCION SECUNDARIA - CHILE. LA COMUNIDAD INDICA Y PROPONE

Ana M. Alarcon
Yolanda Nahuelcheo S.
Claudia Jofré
Adelmo Millaqueo
Marcela Castro G.
Gonzalo Zúñiga

INTRODUCCION

El hospital de Traiguén se encuentra en la provincia de Malleco, región de La Araucanía Chile. Mas del 80% de la población atendida es de origen Mapuche, que representan al 50% de la población total de la comuna.

Desde los años 40 el Hospital ha sido pionero en iniciativas de acercamiento de la salud hacia la población rural, mayoritariamente indígena. Se crea un Bar Lácteo para los acompañantes rurales de los pacientes del Hospital, un Centro de Atención Materno Infantil, Centro de Nutrición Infantil, Hospedería para la Embarazada Rural, y se crean policlínicos en escuelas rurales.

En los años 80 el Hospital, comienza a proponer un proceso sistemático de incorporación de la salud y cultura Mapuche en su oferta de atención a sus usuarios/as, mediante la incorporación de facilitadores interculturales y posterior creación de un policlínico intercultural.

Actualmente, se avanza hacia establecimiento de un enfoque intercultural en salud como un sello organizacional, que valide la oferta de la Medicina Mapuche en el sistema de atención de salud a través de la creación de una política local de salud intercultural.

La necesidad de generar una política especial en temas de salud, enfermedad y atención hacia los/as usuarios/as del pueblo Mapuche, es particularmente necesaria dado la presencia evidente de un modelo de salud Mapuche en cada uno de los procesos de la dinámica de salud enfermedad y atención (1, 2,3).

OBJETIVOS

1. Garantizar como organización, un enfoque de pertinencia cultural para la entrega de servicios de salud hacia la población usuaria del Hospital de Traiguén a través de los diversos programas de salud dirigidos a los usuarios/as Mapuche y no Mapuche;
2. Avanzar hacia acciones concretas de dialogo y validación de la pertinencia cultural de los sistemas y modelos de salud que expresen el real compromiso de una gestión intercultural.

METODOLOGÍA

La metodología ha sido un proceso sistemático de diálogo, investigación-acción, gestión inclusiva, participación de organizaciones territoriales, y asesoría académica externa por antropólogos. Ello ha considerado tres elementos esenciales:

1. Recopilación de información:

Acerca de: datos epidemiológicos de atenciones interculturales en el Hospital, demográficos de la comuna y de situación de salud de la población. Esta información contribuye a proporcionar el contexto que justifica la elaboración de una política de salud para el Hospital de Traiguén. Información sobre la red de coordinación y colaboración del Hospital con organizaciones ciudadanas y redes de atención primaria.

2. Diálogos participativos interculturales:

Proceso participativo de co-construcción de la propuesta con: un grupo de mujeres que elaboró el diagnóstico de salud, con dirigentes y líderes/zas de las comunidades, participantes de la Mesa Territorial del Hospital, equipo directivo del Hospital (director, jefe de personal, encargado de capacitación), equipo de Facilitadores y asesores interculturales y equipo clínico del servicio de maternidad.

Se generaron documentos borradores los que fueron socializados con los diversos equipos del Hospital y organizaciones de la comunidad. Además, durante una Asamblea territorial se conformó un grupo ejecutivo que fuera elaborando los contenidos más precisos de la política.

3. Apoyo y asesoría externa de la Facultad de Medicina-UFRO:

El proceso de diseño, metodología, registro y elaboración del documento de política de salud intercultural fue apoyado por un equipo interdisciplinario del Depto. Salud Pública en forma de acompañamiento al equipo de salud intercultural del Hospital.

RESULTADOS

Se generó una política de salud intercultural que contenía cinco ejes estratégicos en la atención de salud intercultural. Estos ejes están expresados en el siguiente esquema:

Recursos humanos	Interculturalidad de la atención clínica	Gestión participativa	Comunicación	Programa Mapuche
Requisitos de ingreso.	Atención biomédica en servicios clínicos.	Participación organizaciones.	Generación de protocolos de trato con pertinencia cultural.	Consolidación de estrategias y acciones.
Inducción personal nuevo de todos los estamentos.	Salud de la Mujer. policlínicos.	Validación mesa local.	Comunicación permanente de las acciones con pertinencia cultural.	Transversalización enfoque.
Capacitación permanente en temas de salud intercultural	Redes asistenciales. Complementación con oferta de Medicina Mapuche. Registro formal en Ficha Clínica.	Participación en todos los niveles de gestión. Evaluación de productos y acciones con pertinencia cultural.	Garantizar la difusión de la política.	Especialistas de la medicina mapuche

CONCLUSIONES

Los cinco ejes de esta política de salud intercultural proporcionan una orientación a los usuarios internos y externos del Hospital de Traiguén, sobre los principios, propósitos y acciones destinadas a otorgar una salud con pertinencia cultural para el usuario/a Mapuche y no Mapuche, en el nivel local.

Es la expresión de la identidad de atención de salud intercultural del Hospital de Traiguén. Una vez sancionada esta política por sus autoridades, equipos y mesa de salud sus acciones se materializan en un plan por cada unidad del Hospital. Este instrumento establecerá responsables, plazos y recursos para su implementación e impacto en los ámbitos de gestión institucional (4,5).

Asimismo, las diferentes unidades deberán implementar sus Planes de Acción en concordancia con esta política, y será rol de los/as directivos/as, jefaturas y personas responsables de equipos del Hospital, velar por el cumplimiento del plan y la política.

Finalmente, la unidad responsable de evaluar las metas y propósitos de esta política será la coordinación entre la dirección y el programa Mapuche del Hospital

Los desafíos que impone esta política es continuar en el diseño de protocolos y procedimientos específicos por áreas estratégicas con la participación de los equipos y usuarios/as a través de sus mesas de participación (6).

REFERENCIAS

- (1) Alarcón AM, Astudillo P, Barrios S, Rivas E. Política de salud intercultural: perspectivas de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX Región, Chile. Rev Méd Chile. 2004;132(9):1109-14 [citado 2025 mar 20]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n9/art13.pdf>
- (2) Irrarrázaval I, Larrañaga O, Rodríguez J, Silva E, Valdés R. Propuestas para una mejor calidad del gasto y las políticas públicas en Chile. Temas Agenda Pública. 2020;15(120):1-26 [citado 2025 mar 20].

- (3) Ministerio de Salud (CL). Anexo 1: Lineamiento pueblos indígenas - Programación en Red 2023. Ley 20.584, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2012 abr 12 [citado 2025 mar 20]. Disponible em: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
- (4) Organización Panamericana de la Salud. Equidad en la salud [Internet]. Washington, DC: OPS/OMS; [s.d.] [citado 2025 mar 20]. Disponible em: <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>
- (5) Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 2025 mar 20]. Disponible em: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
- (6) Ministerio de Salud (CL). RPE nº 1: Lineamiento pueblos indígenas - Programación en Red 2024. Santiago: Gobierno de Chile; 2021 [citado 2025 mar 20]. Disponible em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/RPE-1-Lineamientos-de-pueblos-indigenas.pdf>

ENFERMEDADES TERMINALES Y LA NUEVA RURALIDAD: EL GIRO AFECTIVO EN FAMILIAS Y FUNCIONARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA COMUNA DE COLBÚN 2020-2023

Catalina Gabriela Sepúlveda Acuña¹

INTRODUCCIÓN

En Chile, las enfermedades terminales son un reto para los enfermos, sus familias y el personal de cuidados paliativos (CCPP), hecho que se agrava en contextos de exclusión social (1), en particular en zonas rurales. Esta investigación busca analizar la experiencia de los campesinos en el campo de las enfermedades terminales (2) en Colbún, comuna rural de Chile, que se inserta en el concepto de nueva ruralidad (3) entre los años 2020-2023, desde el giro afectivo, concepto abordado desde Sara Ahmed (4), eso implica poner especial atención a la dimensión afectiva del problema. El diseño metodológico es cualitativo desde el paradigma crítico y bietápico. Los datos se analizaron a través de análisis holístico de la estructura (5) y análisis de discurso (6). Los resultados indican que las redes afectivas, por ende, lo comunitario, afectan a los tratamientos integrales de CCPP, por lo que es necesario prestarles atención y cuidar a quienes las componen (sujeto, familia y personal), ya que se encuentran en situaciones de precarización, para mejorar sus condiciones y aprovechar los afectos en el cuidado de manera óptima y saludable.

La relevancia radica en la conjunción de tres elementos: campo de la salud, enfermedades terminales y giro afectivo en la nueva ruralidad.

OBJETIVO

El objetivo es Identificar un mapa afectivo de actores del campo de las enfermedades terminales en la comuna de Colbún entre los años 2020-2023 y establecer sus distintos niveles de agencia. Para esto, se define un sistema de cuatro objetivos específicos: el primero, se refiere a los actores institucionales; el segundo, a las comunidades; el tercero, a las familias; y el cuarto, al paciente.

METODOLOGÍA

Se propone un estudio cualitativo, desde la tradición crítica de tipo exploratorio-descriptivo, transversal, emergente y de datos primarios (7, 8). El muestreo fue no probabilístico bietápico, la muestra fue compuesta por personas que entre los años 2020 y 2023 formaron parte del campo² en Colbún y que, para la primera etapa, hayan sido cuidadores principales (tres personas); en cambio, para la segunda etapa, deben cumplir un rol de liderazgo dentro del equipo de CCPP (dos personas),

1 Egresada en 2024 de la escuela de sociología de la Universidad de Valparaíso, Chile. E-mail: catalina.sep28@gmail.com

2 Del campo de la salud, específicamente de las enfermedades terminales.

además se agregó un tercer voluntario que trabajó en CCPP entre los años 2000-2010. Tanto familiares como profesionales son residentes de la comuna de Colbún.

Este trabajo se adhiere al marco regulatorio nacional para investigaciones científicas, con la ley 19628 y la ley 20120. Además, adhiere al reglamento interno del comité ético-científico de la Universidad de Valparaíso.

RESULTADOS

El sistema no está formulado para morir dignamente, porque no se preocupa por quienes irremediamente van a morir, lo que implica CCPP mal ejecutados, esto es morir con dolor, *“ellos ya mandaron a morir a N”*.

La ruralidad es una forma de determinante social de la salud, ya que condiciona la forma en que serán recibidos los CCPP, en este caso específico, incluye una mayor sobrecarga para el equipo interdisciplinario, falta de medicación y mayor inversión por parte de las familias.

Los CCPP en Colbún parecen funcionar correctamente, sin embargo esto ocurre gracias a la sobrecarga que vive el equipo de médicos a cargo de los programas de postrados, de, muchas veces, tener que priorizar entre pacientes, de la ayuda que puedan prestar las redes sociales del enfermo y de la sobrecarga que lleva a cabo la familia nuclear, ya que el equipo no da abasto en recursos, que tiene que costear la familia, y sobre todo, en apoyo psicológico para todos los involucrados, esto es, paciente, familia y personal, *“nunca en salud los recursos han sido suficientes.”*

Esta memoria evidencia la relevancia de las redes afectivas en el contexto referido. Es posible destacar que estas redes no solo brindan apoyo emocional, social y espiritual a los pacientes y a sus familias, sino que también inciden de manera directa en la calidad de los tratamientos de CCPP. Asimismo, para comprender cómo abordarlos de manera integral, y su relevancia en el proceso de fin de vida, ya que es fundamental para la humanización de los cuidados y del enfermo, al contrario del movimiento actual en que se tiende a la deshumanización, *“le dio rabia a él lo que ocurrió, es que tener que andar mendigando esta cuestión pública de repente, y que no se preocupen de los enfermos”*

CONCLUSIONES

Esta investigación no solo dilucida la complejidad de las enfermedades terminales en contextos rurales, sino que también invita a una reflexión más profunda sobre la importancia de las relaciones afectivas comunitarias y su impacto en la salud y el bienestar de las personas. Es imperativo que las políticas de salud se orienten hacia un enfoque más holístico, que reconozca el valor de las redes comunitarias y afectivas en la atención a los enfermos terminales, centrado en la humanización del paciente. Al hacerlo, no solo se mejorará la calidad de vida de los pacientes, sino que también se fomentará una cultura de cuidado más digna y humana.

A pesar de las limitaciones de este estudio propias de una tesis de pregrado, genera conocimiento aplicable a diversas políticas públicas enfocadas en el fortalecimiento de la salud pública rural, además cuenta con un alto potencial de replicabilidad en otras zonas rurales de Chile y Latinoamérica.

REFERENCIAS

- (1) Chuaqui J. Inclusión en la diversidad o exclusión disyuntiva ético-social de los procedimientos para pacientes psiquiátricos. Santiago, Chile: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2012.
- (2) Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colect.* 2010;6:275–293.
- (3) De Grammont H. La nueva ruralidad en América Latina. *Rev Mex Sociol.* 2004;66(esp):279–300.
- (4) Ahmed S. La política cultural de las emociones. Ciudad de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2014.
- (5) Lieblich A, Tuval-Mashiach R, Zilber T. Narrative research: reading, analysis, and interpretation. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998. (Applied Social Research Methods Series; vol. 47).
- (6) Alonso E. La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa. Madrid, España: Editorial Fundamentos; 1998.
- (7) Canales M. Metodologías de la investigación social. Santiago, Chile: LOM Ediciones; 2006.
- (8) Babbie E. Fundamentos de la investigación social. México: Thomson Editores; 2000.

ENTRE RACISMO AMBIENTAL E PRODUÇÃO DE RESISTÊNCIAS NOS TERRITÓRIOS: CARTOGRAFANDO ENFRENTAMENTOS AO *CONTINUUM* COLONIAL NA CIDADE DE SALVADOR/BA

Josiane Moreira Germano¹

Valéria Monteiro Mendes²

Laura Camargo Macruz Feuerwerker³

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Problematizações sobre o racismo ambiental têm ganhado visibilidade em diversos campos de produção do conhecimento visando tensionar desigualdades vivenciadas por populações historicamente vulnerabilizadas, ao abordar os modos como os espaços das cidades são manipulados/construídos e seu potencial para amplificar racismos estruturais. O racismo ambiental explicita processos de segregação/exclusão espacial que desde o período colonial (1) continuam a produzir cerceamento de direitos, com consequentes desigualdades de acesso a bens e serviços, incluindo desde ações de saneamento básico, manejos mais coerentes de resíduos tóxicos até dificuldades/impedimentos de populações transitarem nos/entre bairros e cidades.

Apesar da força dos processos de racismo ambiental, que ilustra ações de um continuum colonial (2), percebe-se múltiplas e persistentes invenções de modos de existir-resistir daquelas/es que mais sofrem com o destroçamento promovido pelo processo de colonização que nos atravessa a todas/os. É no contexto da produção de encontros com o que movimenta o existir em territórios periféricos que se insere a investigação de doutorado em curso realizado na cidade de Salvador/Ba, buscando colocar em análise que diversas são as invenções, incluindo as de cuidado, quando a temática étnico-racial é incorporada como um projeto ético-político em diálogo com o vivido nos territórios.

OBJETIVO

Compartilhar parte das visibilidades produzidas a partir de uma pesquisa de doutorado em andamento na cidade de Salvador/Ba e que tem cartografado movimentos realizados por coletivos na denúncia e na produção de resistências para o enfrentamento do racismo ambiental em territórios periféricos.

1 Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo – SP. E-mail: Josiane.germano@usp.br

2 Faculdade de Medicina da USP, São Paulo – SP

3 Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo – SP

METODOLOGIA

A metodologia utilizada nesta pesquisa é a cartografia, seguindo o pressuposto de que o método é o encontro e que o restante são ferramentas do processo (3). Reconhecendo que nossas movimentações no decorrer de uma cartografia requerem a composição de um corpo imerso no campo, tensionamos as assimetrias entre pesquisador e o outro, uma vez que nos deixamos *in-mundizar* com o processo, à medida que ao nos sujarmos de mundo, somos atravessados e inundados pelos encontros (4). Partindo do pressuposto de que na abordagem cartográfica o processo de produção de conhecimento não está dado *a priori*, por ser realizado no encontro com outros corpos e com os afetos em jogo (5), utilizamos inicialmente como instrumentos a observação participante, com registros em diários de campo e o desenvolvimento de conversações (entrevistas), podendo haver a incorporação de outros instrumentos tendo em vista a construção singular dos percursos (escrita de narrativas desenvolvidas também por componentes dos grupos/coletivos da pesquisa, arranjos para a mediação de oficinas imersivas acompanhadas/vivenciadas nos territórios).

RESULTADOS

Entre os territórios investigados estão a Ilha de Maré, Cajazeiras V, Subúrbio Ferroviário e os parques São Bartolomeu e Pedra de Xangô, que têm sofrido de diferentes modos com os efeitos do racismo ambiental na condição de um atravessamento histórico. Tais territórios são compostos por grupos vulnerabilizados que denunciam e enfrentam os mecanismos de produção do racismo ambiental que tem contribuído para a produção de vazios assistenciais/redução de direitos básicos, a partir de discurso que enfatiza o desenvolvimento de base urbano-industrial, no qual a natureza é considerada um “elemento hostil” em contextos urbanos. Das denúncias identificadas nos encontros com os coletivos, citamos: a) o avanço na construção de galpões para resíduos sólidos (lixão) na encosta da microbacia hidrográfica no território que abrange o Parque São Bartolomeu; b) o desmatamento do Parque Pedra de Xangô para a construção de ruas que levaria, entre os efeitos, à exposição/degradação de um rochedo sagrado para povos de santo; c) comprometimento da mobilidade urbana na Enseada do Cabrito desde o anúncio em 2019 da desativação do histórico trem, do Subúrbio Ferroviário, para construção de um monotrilho, que afetou de diferentes modos a população local (perda de renda e mudanças da ocupação tradicional considerando o declínio dos estoques naturais de espécies animais comestíveis; intoxicações alimentares dada a contaminação das águas; descaracterização histórico-cultural da região). Das resistências produzidas na defesa de modos mais democráticos de habitar a cidade e de experienciar alguma justiça climática, destacam-se a ocupação dos parques (com trilhas ecológicas e oficinas de imersivas) e denúncias/manifestos em esferas institucionais (secretarias municipais e estaduais).

CONCLUSÕES

Nossas cartografias dão pistas dos efeitos do racismo ambiental como um dispositivo do *continuum* colonial na produção das violências e desigualdades colonialistas com mecanismos que se atualizam e operam intensamente nestes territórios, destituindo as populações racializadas da condição de sujeitos de direitos. Todavia, evidenciam-se movimentos de re-existência que favorecem as redes de solidariedade para como a produção de coletivos nos enfrentamentos não só em esferas institucionais (secretarias municipais e estaduais) bem como na ocupação de espaços na produção de trilhas ecológicas, feiras de saúde e a produção de cuidados territoriais para acessos a serviços. Notamos a oferta de oficinas imersivas nos parques (com realização de oficinas de fotografias, utilização das ervas do bioma local, rodas de conversações sobre a memórias-ancestralidades) e estimulação da economia solidária como possibilidade de renda, especialmente para mulheres que foram destituídas dos seus ofícios.

REFERÊNCIAS

- (1) Jesus V. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. *Saúde Soc.* 2020;29(2):e180519.
- (2) Mendonça BR. Continuum colonial. São Luís: EDUFMA; 2019.
- (3) Merhy EE. Engravitando palavras: o caso da integralidade [Internet]. 1995 [citado 2025 ago 9]. Disponível em: <https://www.circonteudo.com/wp-content/uploads/2018/10/Emerson-Elias-MerhyEngravitando-palavras-setembro-2012.pdf>
- (4) Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MPC, Tallemberg C, Feuerwerker LCM, et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *Lugar Comum.* 2013;(39).
- (5) Rolnik S. Cartografia sentimental: transposições contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; 2009.

ENTRE VIVÊNCIAS DE RACISMOS E TESSITURAS DE INSURGÊNCIAS DE MULHERES NEGRAS: CARTOGRAFANDO A PRODUÇÃO DE CUIDADOS TERRITORIAIS NA CIDADE DE SALVADOR/BA

Josiane Moreira Germano¹

Valéria Monteiro Mendes²

Laura Camargo Macruz Feuerwerker³

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Considerando os debates do campo da saúde coletiva que tensionam as forças em jogo na produção do cuidado no SUS ao evidenciarem os atravessamentos do modelo neoliberal, mercado, lógica médico-hegemônica, descontextualizações nos modos de formular-avaliar-operar as políticas públicas e de conceber-interrogar-construir ações menos ou mais cuidadoras desconsiderando os distintos graus de capturas que definem as agendas dos serviços (1), entendemos ser fundamental adensar as discussões das questões étnico-raciais e respostas construídas em territórios vulnerabilizados em tal campo de forças. Assim, este trabalho emerge das experimentações de uma pesquisa de doutorado da Faculdade de Saúde Pública da USP em curso na cidade de Salvador/Bahia, voltada à produção de visibilidades acerca dos saberes/conhecimentos/ações de comunidades periféricas e suas conexões com elementos afro-diaspóricos, visando colocar em análise que diversos são os modos com que o cuidado pode (ou não) ser produzido quando a temática étnico-racial é incorporada como um projeto ético-político em articulação com o vivido nos territórios. Neste contexto, compartilharemos movimentações de um grupo de mulheres em um dos bairros investigados que ofertam pistas dos efeitos das violências no contexto da relação raça-gênero-território e acesso-cuidado em saúde (2) e de modos mais coletivos e solidários de enfrentá-los.

OBJETIVO

Compartilhar os movimentos produzidos por um grupo de mulheres em espaços (escola comunitária e um salão de festas de um residencial) de um dos bairros que integra a presente investigação realizada na cidade de Salvador/Ba e que têm articulado diversos movimentos com outros coletivos possibilitando a tessitura de redes de solidariedade e de cuidados, sobretudo, no enfrentamento de racismos e de violências de gênero também experienciados nos serviços de saúde.

1 Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo – SP. E-mail: Josiane.germano@usp.br.

2 Faculdade de Medicina da USP, São Paulo – SP.

3 Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo – SP.

METODOLOGIA

A metodologia está orientada para a abordagem cartográfica que vem sendo construída em diferentes territórios periféricos da cidade de Salvador/Bahia, tendo como pressuposto de que o método é o encontro e que o restante são ferramentas do processo. (3). Assim, as movimentações produzidas no percurso da investigação requerem a composição de um corpo “in-mundo”, isto é, um corpo que tensiona o lugar assimétrico do pesquisador na relação com o outro e que “mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros” (4). Compreendendo a abordagem cartográfica como processo de produção de conhecimento que não está dado a priori, à medida que é realizado no encontro com diferentes corpos e com os afetos em jogo (5), adotamos como instrumentos: observação participante com registros em diários de campo, escrita de narrativas, recolhimento de imagens e arranjos para a mediação de oficinas imersivas acompanhadas/vivenciadas nos territórios, bem como outros instrumentos que podem ser incorporados considerando os movimentos que emergem do campo de pesquisa.

RESULTADOS

Os movimentos produzidos pela pesquisa identificam importantes pistas de lutas negras contra os atravessamentos e tensões vividas nos territórios. Destacaremos o Coletivo Ciranda das Mulheres que explicitam o protagonismo de mulheres em movimentos sociais e na composição de redes comunitárias em conjunto com outros coletivos visando fortalecer distintas ações no território considerando as limitações de acesso e as violências decorrentes de racismos (institucional e ambiental) nos serviços de saúde.

Os encontros do Coletivo debatem as vivências de mulheres periféricas passando pelas negritudes, estéticas negra, estereótipos, violência doméstica, vulnerabilidades territoriais, racismos e necessidades de saúde, incluindo os racismos experienciados com profissionais de saúde nos serviços, especialmente nas consultas ginecológicas conforme relatados: “[...] parecia que tinham nojo de tocar no meu corpo”; “[...] nós mulheres negras sofremos muito com o racismo nas consultas”.

São discutidas as violências históricas que interrogam os efeitos do racismo nos processos de subjetivação como constitutivos dos valores colonialistas que definem corpos “merecedores” de cuidados. Disso, esse coletivo tem sido ponte para acolhimentos e cuidados no território que incluem a construção de redes de solidariedade urdidas em articulação com grupos locais e regionais com profissionais voluntários nas ações de saúde-cuidados.

Das tessituras, citamos: oficinas de tranças e penteados africanos - como parte da produção de cuidados para a valorização da estética negra; bazares solidários e espaços para conversas que tem resgatado sabedorias femininas ancestrais, entre as quais, o conhecimento das ervas e seus usos como feitura de pomadas, chás, benzimentos e banhos de assento.

CONCLUSÕES

Os encontros produzidos com o Coletivo Ciranda das Mulheres, suas participantes e o território expõem a reiterada destituição simbólica de mulheres negras no contexto das diferenças de ofertas produzidas pelos serviços de saúde que, apesar da discursividade sobre integralidade e equidade, produzem ativamente violências calcadas na hierarquização (colonial) de corpos e cuidados.

Explicita-se a atuação do racismo nas descon siderações/apagamentos dos cuidados no contexto de um campo de forças no qual estão localizados a fabricação dos processos de subjetivação da formação em saúde e o modo de produzir as políticas públicas que, apesar dos princípios constitutivos do SUS e da luta pela sua sustentação, reafirmam concepções hierarquizantes de raça-etnia/gênero com efeitos no cotidiano do trabalho.

Portanto, a construção de arranjos locais destacam a importância das sabedorias femininas para fortalecer o pertencimento étnico-territorial e combater o racismo, incluindo nos contextos de saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Feuerwerker LCM, Merhy EE. Um (breve) debate sobre nosso(s) modo(s) de analisar políticas. In: O cer que precisa ser: os desafios perante as vidas insurgentes. Porto Alegre: Rede Unida; 2002. p.21-34
- (2) Alves PHM, et al. Reflexões sobre o cuidado integral no contexto étnico-racial: uma revisão integrativa. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(6):2227-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.23842018>
- (3) Merhy EE. Engravando palavras: o caso da integralidade [Internet]. 1995 [citado 2025 set 10]. Disponível em: <https://www.circonteudo.com/wp-content/uploads/2018/10/Emerson-Elias-MerhyEngravando-palavras-setembro-2012.pdf>
- (4) Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MPC, Tallemborg C, Feuerwerker LCM, et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. Lugar Comum. 2013;(39).
- (5) Rolnik S. Cartografia sentimental: transposições contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; 2009.

ESPACIO SOCIAL DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD BUCAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Maria Gabriela Borda ¹

Verónica Hendler

Thereza Christina Bahia Coelho

INTRODUCCIÓN

Los servicios públicos de salud bucal (SPSB) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) son un conjunto de organizaciones o establecimientos que ofrecen servicios odontológicos a la población que vive y transita la ciudad. Se caracterizan por tener diferentes orígenes y estructura.

Para Botazzo (1) el campo odontológico define sus propios criterios de validación existiendo una regulación permanentemente reelaborada que invalida todo discurso no odontológico o no científico. El campo es delimitado por las formas de capital que lo sustentan y la dinámica social en el interior de cada campo es regida por las luchas en que los agentes procuran mantener o alterar las relaciones fuerza y la distribución de las formas de capital específico (2). El espacio social es construido a partir de la distribución de grupos o agentes en función de su posición en la distribución estadística, según dos principios de diferenciación: el capital económico y el capital cultural (3).

Partimos de dos premisas: la complejidad de las organizaciones en el campo de la salud y la fragmentación histórica de los SPSB de la CABA. Para construir esta realidad invisible que organiza las prácticas y las representaciones de los agentes que operan en el denominado “espacio social de SPSB” este estudio tiene un marco teórico basado en la teoría de los campos de Pierre Bourdieu.

OBJETIVO

Identificar en el espacio social de SPSB de la CABA las organizaciones, los principales agentes, sus trayectorias profesionales, los tipos de capital acumulado y su distribución.

METODOLOGÍA

Este estudio de caso, analítico, transversal y multicéntrico de abordaje cualitativo, parte de una tesis de doctorado, se realizó con dos investigadoras, una perteneciente al Hospital Odontológico Dueñas y la otra al Hospital de Agudos Ramos Mejía. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigaciones del Hospital de Agudos Ramos Mejía el 4 de octubre de 2023. El período de estudio fue desde diciembre de 2023 hasta marzo de 2024.

1 Universidade Estadual de Feira de Santana y Hospital Dueñas. E-mail: draborda@gmail.com

Financiamiento: Dirección General de Docencia e Investigación del GCBA. Ganador de 2 subsidios por concurso 2023 para estudios multicéntricos del área de la salud el 13 de diciembre de 2023, bajo la resolución ministerial RESOL-2023-6107-GCABA-MSGC

Se conformaron cuatro categorías funcionales jerárquicas para estratificar a los participantes de diferentes posiciones dentro del campo de estudio y con otros capitales de otros subcampos como el académico. Los participantes se agruparon en: A) profesionales con funciones asistenciales; B) profesionales con funciones de gestión o conducción; C) profesionales con funciones asistenciales o de gestión y que además son profesores universitarios; D) profesionales del nivel central.

Los participantes fueron convocados por conveniencia, mediante la técnica bola de nieve. Todos fueron autorizados previamente por su jefe inmediato y firmaron el consentimiento informado en el momento del encuentro con las investigadoras. En total participaron 31 agentes, 27 de manera presencial y 4 por la plataforma Google Meet.

Los participantes completaron un formulario Google Form sobre la trayectoria de vida basado en la Ley 6.035 de la CABA (4).

RESULTADOS

El mayor acúmulo de capital entre los agentes participantes se encontró en el grupo C seguidos por el grupo D, el B y el A. En general, los agentes odontólogos que desarrollaban sus funciones en Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) tenían menor capital acumulado. Por el contrario, los agentes que realizaban funciones en organizaciones hospitalarias con servicios especializados y estructura jerárquica tenían alguna especialidad o poseían mayor capital total. Aquí observamos que el campo, en términos de Bourdieu (5), por estar sometido continuamente a una revisión, posee un carácter dinámico e histórico. El acúmulo de capital de los agentes se acumula o se pierde en función de las reglas operantes en el espacio social.

El espacio social de SPSB se encuentra inmerso dentro de la red de salud principal de atención y es por lo que convive entre organizaciones exclusivamente odontológicas y organizaciones multiprofesionales que imponen sus propias reglas de convivencia, prácticas y tradiciones. La característica principal del espacio social de SPSB es la heterogeneidad y la concentración de recursos físicos y humanos en organizaciones odontológicas exclusivas. Estas organizaciones son los Hospitales de Especialidad Odontológica que, además, concentran el mayor capital simbólico dentro de este espacio social.

Los hospitales no odontológicos, tienen igual cantidad de recurso humano que los CESAC, pero con servicios de odontología de mayor estructura y alcance. Una característica relacional entre Hospitales y CESAC fue el equipo de salud bucal, presente en organizaciones hospitalarias y ausente en el primer nivel de atención lo que reforzó el modelo hospitalocéntrico.

CONCLUSIONES

Este espacio social se encuentra inmerso en un campo de poder económico y cultural que se reproduce en las organizaciones y agentes. Los agentes que realizan funciones asistenciales son los que acumulan menor capital total.

La distribución del capital técnico, económico y simbólico se concentra en las organizaciones donde la disciplina odontológica se impone a través de las especialidades y donde se desempeñan los agentes con mayor capital acumulado. En las organizaciones multiprofesionales de APS y hospitalarias, el capital técnico, económico y simbólico es menor con relación a los hospitales odontológicos. Así, los CESAC realizan una atención odontológica en consultorio acotada con algunas posibilidades de estar incluidas en prácticas extramuros en equipos territoriales.

Formar equipos de salud bucal completos en todas las organizaciones y ampliar el alcance de la APS podría fortalecer y transformar el espacio social de SPSB.

REFERENCIAS

- (1) Botazzo C. El nacimiento de la odontología: una arqueología del arte dental. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; 2010.
- (2) Bourdieu P. Curso de sociología general 2: el concepto del capital. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores; 2021.
- (3) Bourdieu P. Capital cultural, escuela y espacio social. 3a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores; 2022.
- (4) Argentina. Ley de Profesionales de la Salud N° 6.035. Capítulo XI – Anexo V – Reglamento de concursos de la carrera profesional de salud. Evaluación de antecedentes curriculares y laborales. Boletín Oficial N° 5.508 [Internet]. Buenos Aires, Argentina; 2018 [citado 2024 jun 06]. Disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/443104>
- (5) Bourdieu P. El sentido práctico. 1ª ed. Traducido por Ariel Dillon. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores; 2007. 456 p.

ESTRATÉGIAS CULTURAIS EM MANGUINHOS: MAPEAMENTO E CATALOGAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DE CULTURA E SAÚDE MENTAL

Bruna Vanessa Dantas Ribeiro¹
Silvia Monnerat
Franciele Pereira Campos
Paul Heritage
Ana Paula Freitas Guljor
Paulo Amarante
Mariana Steffen

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica trouxe grandes avanços nas políticas públicas voltadas para saúde mental no Brasil. No entanto, ainda sofremos com o agravamento do desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o baixo financiamento em políticas públicas, o que gera fortes impactos, sobretudo, em comunidades de baixa renda e periféricas. Nesse contexto, experiências comunitárias se consolidam como alternativas importantes para a promoção da saúde mental, sobretudo em territórios vulnerabilizados. Pensando nesta questão, a pesquisa “Estratégias culturais como alternativas de inclusão social de populações vulnerabilizadas no campo das políticas públicas sobre saúde mental: estudo de caso na comunidade de Manguinhos” foi realizada entre 2021 e 2022 no Complexo de Manguinhos, local de moradia de mais de 36 mil pessoas e bairro composto por 12 favelas, localizado na Zona Norte do Rio de Janeiro. A pesquisa parte da hipótese de que as iniciativas culturais são potentes estratégias de reorganização de vida de sujeitos socialmente vulnerabilizados e estuda processos de participação em coletivos de arte e cultura como referências de transformação, de apoio e de construção de redes sociais. O Projeto é fruto de uma parceria entre Fundação Oswaldo Cruz (LAPS/Fiocruz), Fundação Getúlio Vargas (FGV CPDOC) e Queen Mary University of London (PPP/QMUL) e foi financiado pelo Brazil Accelerator Fund.

OBJETIVO

Esta pesquisa teve como objetivo mapear experiências socioculturais presentes no bairro de Manguinhos (RJ). O estudo catalogou práticas culturais e artísticas presentes no território e identificou seus impactos, tanto no que tange questões identitárias, quanto as relacionadas à promoção da saúde mental no território. Analisa também a metodologia de pesquisa empregada na primeira fase do projeto e reflete sobre o potencial de replicabilidade do estudo em outros territórios e contextos sociais.

1 Jornalista, mestre em Comunicação, Cidadania e Cultura (UFG). Doutora em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS/Fiocruz). Gerente de projetos em saúde mental e criatividade e assistente de pesquisa na People's Palace Projects do Brasil. E-mail: brunaribeirojor@gmail.com

METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida em coparticipação com pesquisadores do território, através de uma metodologia de um mapeamento das organizações comunitárias que promovem saúde mental no bairro de Manguinhos. A pesquisa, que a princípio seria desenvolvida de maneira presencial em 2020, foi adiada devido ao início da pandemia do Covid19, o que demandou uma reformulação completa do projeto. A pesquisa se deu através da investigação e coleta de informações públicas de acesso irrestrito, publicizadas por meios digitais em sites, redes sociais, matérias jornalísticas e outros meios públicos de divulgação e mobilização dos grupos, projetos e coletivos culturais e artísticos presentes no complexo de Manguinhos e de rodas de conversa online com produtores culturais locais. O mapeamento e catalogação dessas iniciativas culturais foi dividida entre dez etapas: Listagem inicial; Definição de perguntas guia e produção da matriz de informação; Coleta das informações básicas; Preenchimento das matrizes de informação; Coleta de informações adicionais; Análise e complementação das matrizes; Rodas de conversa online (*lives*); Correção e complementação das matrizes; Construção do catálogo e lançamento.

RESULTADOS

Os principais resultados da pesquisa foram: 1) catálogo digital em inglês e português, intitulado: “Estratégias culturais em Manguinhos: olhares sobre o cuidado em saúde mental e o protagonismo de moradores de favelas” (1), contendo: o levantamento de 40 iniciativas culturais presentes no território e reflexões teórico-metodológicas sobre o fazer da pesquisa; 2) três rodas de conversa online, em formato de lives com transmissão virtual, com a participação de 17 produtores culturais, responsáveis pelas atividades catalogadas. Nos eventos os participantes falaram sobre suas trajetórias pessoais e profissionais e sobre os projetos nos quais atuam; 3) evento de lançamento do catálogo, que ocorreu na Biblioteca Parque Marielle Franco, em Manguinhos, com a participação dos grupos e projetos envolvidos. Através desses eventos e da participação de pesquisadores moradores de Manguinhos na equipe, o projeto conseguiu se aproximar, ainda que virtualmente, do bairro de Manguinhos, diminuindo os impactos negativos de uma pesquisa desenvolvida de maneira online. Os resultados da pesquisa mostraram um panorama geral da realidade cultural de Manguinhos, que se constitui como um cenário composto por poucas organizações formalizadas, em sua maioria com pouco ou nenhum apoio do setor público. A maior parte das organizações é de pequeno porte e se constitui como atividade profissional secundária dos envolvidos. Somando-se a isso, são poucos os grupos que possuem registro sistemático de seus processos e ações, sendo o conhecimento compartilhado de pessoa para pessoa, através do próprio trabalho. As iniciativas, no entanto, formam potentes redes de apoio mútuo e coletivo para atender a comunidade artística e cultural em Manguinhos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Compreendemos o catálogo como um meio de valorização das ações culturais locais e das ferramentas de cuidado comunitárias presentes na região de Manguinhos. A publicação pode ser entendida como portfólio das organizações presentes e como patrimônio cultural e artefato de registro e memória local. O mapeamento permitiu conhecer o que fazem e como fazem as iniciativas culturais locais, seu papel político e social e como repercutem a vida e saúde da comunidade. Concluimos que estas iniciativas são importantes dispositivos de protagonismo dos moradores para a promoção de saúde mental e para a produção de redes sociabilidade, subjetividades e cidadania. As iniciativas mapeadas se mostraram como dispositivos de produção de vida, modos de resistência e de promoção de saúde mental no bairro. Isso destaca sua importância enquanto alternativa às abordagens biomedicalizantes e na construção de práticas de solidariedade e cidadania através do protagonismo de artistas e produtores culturais.

REFERÊNCIAS

- (1) Guljor AP, Monnerat S, Heritage P, Amarante P, organizadores. Estratégias culturais em Manguinhos: olhares sobre o cuidado em saúde mental e o protagonismo de moradores de favelas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022.

EVOLUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA Y SALUD COLECTIVA: ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO MULTIDIMENSIONAL (1970-2020)

Marcela Belardo¹

Maria Belen Herrero²

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

América Latina ha desarrollado tradiciones intelectuales críticas que reinterpretan sus realidades desde marcos teóricos autónomos, comprometidos con la transformación social. En el ámbito sanitario, este legado se materializó en dos corrientes fundacionales: la Medicina Social Latinoamericana (MSL) y la Salud Colectiva (SC) (1). Surgidas a partir de la década de 1960 como respuesta a las limitaciones de la salud pública tradicional, estas corrientes emergieron en un contexto de convulsiones políticas caracterizado por regímenes autoritarios y modelos económicos excluyentes, articulando un proyecto político-intelectual que cuestionaba tanto la medicalización de la vida como la fragmentación sanitaria (2) (3). Su trayectoria puede organizarse en tres fases históricas: génesis (1960-1984) marcada por el exilio y la conformación de redes transnacionales; consolidación (1985-2000), coincidente con procesos de redemocratización regional; y una tercera fase iniciada en el siglo XXI, vinculada a experiencias en gobiernos progresistas que buscaron traducir estos postulados en políticas. El estudio de esta producción científica no solo recupera un legado teórico-político, sino que permite examinar cómo el conocimiento crítico se produce en contextos periféricos, negociando agendas transformadoras en coyunturas concretas. Esta ponencia explora precisamente esa tensión: ¿cómo reinterpretaron la MSL y la SC sus proyectos ante los desafíos de cada época?

OBJETIVO

Analizar la producción científica de la MSL y la SC entre 1970 y 2020, mediante técnicas bibliométricas con un enfoque histórico-estructural, que articule: Factores contextuales: ciclos políticos (autoritarismos/democracias), crisis económicas (impacto de ajustes estructurales), y alianzas con movimientos sociales. Dinámicas epistemológicas: tensiones entre paradigmas hegemónicos y alternativos para identificar patrones de evolución temática, colaboraciones académicas y distribución geográfica del conocimiento.

1 Investigadora CONICET en el Instituto de Estudios Sociales en Contexto de Desigualdades (UNPAZ). Prof. Universidad de Buenos. E-mail: Aires.mbelardo@derecho.uba.ar

2 Investigadora de CONICET en el Área de Relaciones Internacionales de FLACSO Argentina. Coord. del Diploma de Cooperación Sur-Sur y Triangular, FLACSO. E-mail: bherrero@flacso.org.ar

METODOLOGÍA

La investigación combinó análisis cuantitativo de indicadores bibliométricos con revisión crítica de fuentes secundarias. La recolección de datos se realizó en siete bases especializadas (LILACS, SciELO, PubMed, BVS, DOAJ, Redalyc y The Latin American Social Medicine Database-UNM), abarcando cinco décadas (1970-2020). Se inicia en la década de 1970 porque es cuando se publican las primeras obras fundantes. Las estrategias de búsqueda se adaptaron a cada plataforma, empleando descriptores como “Medicina Social” y “Salud Colectiva”, complementados con búsquedas por autores influyentes. Los 2.507 documentos recuperados se gestionaron mediante Zotero, siguiendo un protocolo estandarizado de eliminación de duplicados y normalización de metadatos (autores, afiliaciones, fechas y palabras clave). La muestra final se organizó en 51 colecciones temáticas. Para el análisis bibliométrico se utilizó VOSviewer 1.6.18, calculando indicadores clásicos (volumen y crecimiento temporal, producción por autor, distribución geográfica) y construyendo redes de coautoría y temáticas mediante técnicas de centralidad, clusterización y visualización. La contextualización de hallazgos integró variables político-económico-sociales mediante triangulación cualitativa con documentos programáticos y correlaciones temporales.

RESULTADOS

Se identificaron 2.507 documentos sobre MSL/SC durante 1970-2020, mostrando un crecimiento sostenido que corrobora la periodización histórica del campo. La década inicial (1970-1979) registró 179 publicaciones, coincidiendo con contextos dictatoriales y exilios. Los años 80’ representaron un punto de inflexión con 349 documentos (+95%), paralelo a la fundación de ALAMES (1984) y los procesos de apertura democrática. La tendencia ascendente continuó en los 90’ con 527 publicaciones (+51%), reflejando la consolidación institucional. Las décadas siguientes mostraron una estabilización: 2000-2009 con 674 documentos (+28%) y 2010-2019 con 690 (+2.4%), coincidiendo con la incorporación del pensamiento crítico en gobiernos progresistas.

Del análisis temático emergieron 240 temas, con el 50% de ocurrencias concentradas en 20 principales. La evolución temática reveló un desplazamiento desde preocupaciones iniciales por medicina social y salud comunitaria (años 70) hacia epidemiología y reforma sanitaria (años 80); los 90’ centralizaron la epidemiología, reforma sanitaria y desigualdades en salud, coincidiendo con las democratizaciones regionales; en los 2000 emergió la salud colectiva como dominante junto con promoción de la salud; y la década 2010 consolidó el enfoque en salud colectiva con énfasis en atención primaria, evidenciando también interés creciente en perspectivas feministas y epistemología de la salud. La distribución de publicaciones mostró que el 64.5% corresponde a artículos académicos dispersos en 413 revistas, con marcado predominio brasileño (6 de las 10 principales revistas). El análisis de autoría identificó 2.615 investigadores, con una distribución piramidal: 2.037 con un solo artículo, mientras un núcleo reducido superaba las 100 publicaciones, evidenciando concentración del conocimiento y diferencias en patrones de colaboración.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

El análisis bibliométrico de la MSL/SC identifica cuatro dinámicas en la producción científica latinoamericana: 1) Concentración en revistas núcleo que filtran agendas investigativas; 2) Predominio de publicaciones brasileñas; 3) “Poliperiferia disciplinar” con 242 revistas únicas, reflejando fragmentación, apertura interdisciplinaria y desigualdades en acceso; 4) Madurez epistemológica con patrones similares a disciplinas consolidadas. La evolución temática muestra adaptabilidad, transitando del desarrollismo a sistemas sanitarios durante democratizaciones, hasta diversificación actual con enfoques feministas, ambientales y decoloniales, evidenciando especialización y diálogo interdisciplinario. Estos hallazgos aportan a debates sobre producción de conocimiento en periferias, tensionando originalidad epistemológica con estándares globales, y se destacan las desigualdades estructurales. La autoría piramidal cuestiona la renovación generacional y la democratización científica. En contexto de crisis, el estudio no solo documenta un legado intelectual, sino invita a nuevas generaciones a enfrentar desafíos para una salud colectiva crítica y transformadora en América Latina.

REFERENCIAS

- (1) Herrero MB, Loza J, Belardo M. Collective health and regional integration in Latin America: An opportunity for building a new international health agenda. *Rev Global Public Health*. 2019. DOI: 10.1080/17441692.2019.1572207.
- (2) Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;12(2):128-36.
- (3) Paim J, Almeida C. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública*. 1998;32(4):299-316.

FORTALECIENDO LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA Y EL EMPODERAMIENTO DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DE SALUD EN MÉXICO

Hortensia Reyes Morales¹

Sergio Flores Hernández

Sandra Patricia Díaz Portillo

Anahí Dreser Mansilla

Edson Serván Mori

Jennifer Hegewisch Taylor

INTRODUCCIÓN

Mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud ha sido una preocupación constante para los sistemas de salud en el mundo. La Atención Primaria es parte fundamental del sistema de salud, que como modelo de atención se inserta en los servicios ambulatorios de salud (SAS), atendiendo la mayor parte de los problemas sanitarios e impactando directamente en la salud poblacional (1,2). En países de bajo y mediano ingreso, los SAS públicos y privados presentan problemas en la calidad de la atención que tienen su expresión en el acceso limitado a servicios de salud, servicios inefectivos e ineficientes, costos elevados, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, entre otros. Diversos estudios han documentado errores en el proceso diagnóstico y tratamiento, así como efectos esperados insatisfactorios en el control de los problemas de salud más comunes (3). En México, estos servicios, tanto públicos como privados son fundamentales para la atención de los padecimientos más frecuentes, y una proporción cada vez mayor corresponde a consultorios médicos privados con amplia demanda por la población. Una respuesta efectiva a las necesidades de salud requiere de la generación de estrategias innovadoras y sostenibles, que fomenten el empoderamiento de los usuarios, haciéndolos partícipes en la toma de decisiones acerca de su atención y tratamiento (4,5).

OBJETIVO

Implementar y evaluar una intervención piloto de mejora de la calidad de la atención, centrada en las personas y basada en estrategias de empoderamiento de los usuarios de servicios públicos y privados de salud, con la participación de médicos y pacientes de manera activa, en el proceso de atención a personas con diabetes tipo 2 (DT2) e infecciones respiratorias agudas (IRAs), dos motivos principales de consulta en los servicios ambulatorios de salud en México.

1 Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México. E-mail: hortensia.reyes@insp.mx

METODOLOGÍA

Estudio piloto de implementación para medición de aceptabilidad, factibilidad y mejora de procesos de atención. La unidad de análisis fue el servicio de salud, en dos conglomerados, conformados por médicos generales de: 1) Centros públicos de Salud (CS); 2) Consultorios adjuntos a farmacias privadas (CAF). La implementación se realizó en 4 fases: I. Investigación formativa, mediante un taller interactivo para identificar procesos de atención actuales y necesidades de mejora; II. Diseño de material de apoyo; III. Implementación de la intervención, con 4 talleres interactivos a médicos de ambos grupos, basados en estándares internacionales para DT2 e IRAs, con actividades de interacción médico-paciente para promover su participación en el manejo de su enfermedad y facilitar su autonomía. IV. Evaluación basal y post-intervención mediante la medición de los procesos de atención con indicadores validados de proceso y toma compartida de decisiones; las fuentes de información fueron expedientes clínicos, recetas médicas y cuestionario a pacientes.

RESULTADOS

Se obtuvo aceptabilidad por los participantes y se demostró la factibilidad de la estrategia sin afectar la operación de los servicios. En los indicadores de calidad técnica, en los CS se mejoró significativamente el diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis y en ambos grupos se elevó el uso racional de antibióticos; en los CAF hubo un incremento leve en el diagnóstico correcto de faringoamigdalitis; en los dos tipos de servicio se apreció incremento en el tratamiento correcto de segunda elección para otitis media aguda, si bien en todos estos indicadores se apreciaron intervalos de confianza al 95% amplios. Para los indicadores de calidad interpersonal, se obtuvo un incremento significativo en la participación de los pacientes para la toma de decisiones sobre su tratamiento en Centros de Salud y CAF. En DT2, ambos grupos incrementaron más del doble la evaluación integral de casos, principalmente la evaluación de neuropatía y angiopatía periférica, que tuvo un incremento notable en los Centros de Salud y moderado en los CAF; el tratamiento apropiado en pacientes con riesgo cardiovascular mejoró discretamente. La participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su tratamiento se incluyó en casi el total de casos.

CONCLUSIONES

La aceptabilidad por todos los médicos y los pacientes para la implementación de la estrategia sin afectar la operación para la atención en los tres tipos de servicios, demostraron su factibilidad; hubo disposición por los directivos y del personal para adaptar los espacios y apoyar en las actividades. En el componente de calidad de atención, aunque se comprobó mejora en indicadores relevantes del proceso de atención, aún existen áreas que requerirán reforzamiento. Particularmente importante fue la perspectiva de los usuarios en el trato adecuado y en la oportunidad de compartir las decisiones sobre su tratamiento. Los resultados del piloto sugieren que la estrategia educativa puede elevar la calidad de atención ambulatoria con un mayor acercamiento a la población usuaria. Será necesario continuar con el escalamiento de la estrategia para confirmar los hallazgos.

REFERENCIAS

- (1) World Health Organization; Organisation for Economic Co-operation and Development; World Bank. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: WHO, OECD, World Bank; 2018.
- (2) Bitton A, Fifield J, Ratcliffe H, Karlage A, Wang H, Veillard JH, et al. Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. *BMJ Glob Health*. 2019;4(Suppl 8):e001551. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-001551.
- (3) Prestación de servicios de salud de calidad: imperativo global para la cobertura sanitaria universal [Delivering quality health services: a global imperative for universal Health overage]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, OCDE y Banco Mundial; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: en <http://apps.who.int/iris>.
- (4) Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality. Paris: OECD; 2017.
- (5) Fumagalli L, Radaelli G, Lettieri E, Bertele' P, Masella C. Patient empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy*. 2015;119(3):384-94. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.10.017.

GESTÃO AUTÔNOMA DA VIDA: EXPERIÊNCIA TERRITORIAL DE DESCOLONIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Clarissa Viola Dutra¹

Carlos Cesar David de Carvalho

Valéria Alves Santos Ranulfo de Souza

Eduardo Caron

INTRODUÇÃO

Embora a noção de território seja central na perspectiva da Saúde Coletiva e da Reforma Antimanicomial brasileira, a progressiva medicalização e mercantilização da saúde tem condicionado um modelo de atenção que separa atenção individual e ações territoriais coletivas: um modelo patologizante centrado no diagnóstico, na medicação e na intervenção individual especializada (1).

Indaga-se, como construir uma ação em saúde que integra o cuidado de si, dos outros e da comunidade e amplia autonomia coletiva?

Desde 2012 o Guia da Gestão Autônoma da Medicação impulsionou ações de ampliação de autonomia em vários cenários de saúde mental (2). Baseada nesta proposta foi construído em pesquisa - Inova Fiocruz - o guia da Gestão Autônoma do Cuidado voltado para a saúde integral, o deslocamento da centralidade da medicação, a ampliação da capacidade de cuidado e autonomia na vida.

A gestão autônoma do cuidado é uma estratégia interdisciplinar e antimanicomial de desmedicalização e descolonização do modelo de atenção, baseada na construção de redes de cuidado compartilhado, participativo e cogestivo que supera a separação entre assistência individual e ação comunitária. Promove o aumento de autonomia coletiva e o cuidado centrado na pessoa e em suas experiências, priorizando seu saber sobre si, o que transversaliza as relações de cuidado e desloca o lugar de saber-poder do profissional (3).

OBJETIVO

Objetivo geral:

A construção participativa de uma metodologia de intervenção territorial em processos de gestão autônoma do cuidado em saúde mental de adultos no subúrbio de um município litorâneo de grande porte.

Objetivos secundários:

a) A construção de um dispositivo coletivo de cuidado baseado na abordagem da gestão autônoma do cuidado.

1

UFF – Universidade Federal Fluminense. E-mail: clarissavdutra@gmail.com

b) Sistematização de conhecimento sobre relações territoriais instauradas a partir da experiência coletiva nas práticas deste dispositivo.

METODOLOGIA

Intervenção proposta a partir do Ambulatório Ampliado de Saúde Mental, participaram trabalhadores e usuários adultos de serviços de saúde mental, acadêmicos, atores do território e da comunidade do Engenho do Mato na região oceânica de Niterói-RJ.

Foram adotados o método da cartografia de intervenção participativa baseada no acompanhamento de processos coletivos, e procedimentos da Gestão Autônoma do Cuidado:

1) Constituição de um grupo de cuidado coletivo como rede de compartilhamento de experiências.

2) O profissional é mediador da rede coletiva deslocado do centro de referência, sem prerrogativa da escuta, a qual é distribuída no coletivo.

3) Profissionais, usuários, acadêmicos, atores territoriais se dispõem lado a lado em relação de cogestão e convivência, valorização de diversidades, diferenças e heterogeneidade.

4) O dispositivo grupal se orienta pela complexidade das situações sem responder ou explicar.

5) Conhecer e Cuidar são um mesmo processo.

Análise: referenciais da Análise Institucional, apropriada para análise de processos instituintes coletivos e da Teoria Ator-Rede baseada na constituição de rede, processos e objetos de mediação e agregação social (4).

RESULTADOS

Esta é uma pesquisa participativa e produzida cogestivamente no dispositivo coletivo denominado Gestão Autônoma da Vida - GAV mediado por profissionais da rede pública de saúde. Destacamos três dimensões territoriais desta experiência: comunitária; grupal e rede local de saúde mental.

Comunitária:

A GAV se iniciou em 2023 como uma parceria entre Ambulatório e Biblioteca do Engenho do Mato - uma ocupação autogestionada por atores do território que oferece múltiplas atividades à população.

Convites e trocas entre os participantes no grupo fizeram aumentar a participação em atividades territoriais e a circulação na cidade. A GAV passou a ser reconhecida no território, atraindo a participação de estudantes de psicologia de uma universidade próxima, interferindo na formação acadêmica, no processo de cuidado coletivo e na realização de uma atividade cultural comunitária.

Grupal:

A GAV constituiu uma rede afetiva entre participantes que facilitou acesso e vinculação com os processos de cuidado. Aumentou a autonomia individual na tomada de decisão sobre o acompanhamento em saúde e deslocou a centralidade da medicação. As pessoas se sensibilizam pelas experiências compartilhadas e se envolvem num processo coletivo de cuidado. Uma usuária resumiu: *“aqui a gente afia uma faca na outra”*. Os profissionais tem lugar mediador, também são afetados e se envolvem no processo coletivo.

Rede local de Saúde Mental:

A partir do grupo se constituiu uma rede local de saúde mental que facilitou a inserção territorial, promoveu maior comunicação entre serviços. O grupo passou a integrar profissionais e usuários do CAPS II e a receber encaminhamentos de Unidades Básicas de Saúde da região, aumentando a diversidade das pessoas que convivem se vinculam na GAV.

CONCLUSÕES

A estratégia da gestão autônoma permite superar o modelo medicalizado centrado no serviço, no profissional e no saber disciplinar e territorializar o cuidado em saúde mental de modo compartilhado. Esta rede de cuidado compartilhado envolve pessoas usuárias e profissionais de serviços diversos – UBS, CAPS e Ambulatório - constituindo uma rede territorial efetiva de atenção psicossocial, e uma rede comunitária envolvendo pessoas participantes do grupo e atores locais.

Na GAV as pessoas integram uma rede grupal que constitui um território existencial de convivência e cuidado compartilhado, amizade e respeito pela diversidade numa experiência de comunalidade e pertencimento a um coletivo.

Estas dimensões territoriais das práticas de gestão autônoma afirmam uma perspectiva autonômica, antimanicomial e comunal de descolonização das relações em saúde mental e confluem com a perspectiva de aquilombamento que têm se desenvolvido no movimento contracolonial brasileiro e na saúde mental(5).

REFERÊNCIAS

- (1) Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512 p.
- (2) Ferreira JPSP, Caliman LV, Cesar JM. A gestão autônoma da medicação e o exercício do cuidado. Rev Polis Psique [Internet]. 2021 [citado 2025 mar 6];11(2):9-28. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/polis/article/view/40802>

- (3) Caron E, Feuerwerker LCM. Gestão autônoma da medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. *Saúde Soc* [Internet]. 2019 out;28(4):214-44 [citado 2025 mar 6]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/7GcVnpV7spYArYtXQxQ3kPL/>
- (4) Latour B. *Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede*. Bauru: EDUSC; 2012.
- (5) David EC, et al. Desnortear, aquilombar e o antimanicolonial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2024 mar;29(3):1-10 [citado 2025 mar 6]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5kQbK6xFn7z8Wd3k3P7jT7S/>

GRUPO OPERATIVO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO MÉDICA

Alessivânia Mota¹

Washington Abreu²

INTRODUÇÃO

A formação médica no país tem sido orientada a construir uma “nova identidade médica”, configurada a partir de uma formação generalista, humanista e ética (1). Essa perspectiva tem encontrado alguns desafios estruturante, tais como a perspectiva individualista e utilitarista nas relações estabelecidas durante o processo formativo (2). A produção científica do campo tem demonstrado diversas iniciativas de ensino-aprendizagem baseada na associação entre o modelo técnico assistencial e onto-epistemológico. O curso de medicina de uma universidade privada localizada no Estado da Bahia vem adotando, desde o ano de 2023, no componente Humanismo em Medicina, uma metodologia de ensino baseada no grupo operativo fundamentado pela Psicologia Social Pichoniana (PSP). A PSP caracteriza-se enquanto um campo do conhecimento que permite compreender e produzir reflexões sobre o sujeito e seu comportamento, suas condições de vida, sistemas de vínculos e relações sociais constituídas na interioridade do contexto social e histórico onde estes grupos de sujeitos atuam, determinam e são determinados (3). O campo grupal é um espaço de construção e sustentação da subjetividade, onde se pode visualizar – a partir de experiências compartilhadas - os conflitos, obstáculos e desafios, bem com suas possíveis formas de resolução - capacidade de atuação planejada na realidade, transformando-a e transformando-se (4).

OBJETIVO

Apresentar e discutir as contribuições da técnica de GO como estratégia de ensino aprendizagem no componente Humanismo do curso de Medicina de uma Universidade Privada de uma cidade do Estado da Bahia.

METODOLOGIA

Utilizou-se os pressupostos teórico-metodológicos da Psicologia Social Pichoniana, especificamente o Esquema Conceitual Referencial e Operativo – ECRO – Modelo Teórico de base interdisciplinar, aplicado às características grupais e a tarefa proposta³. No caso descrito, abordamos os elementos sócio-históricos e perspectiva dialética de compreensão e intervenção sobre os obstáculos

1 Assistente Social. Doutora em Saúde Pública (ISC-UFBA). Docente e Pesquisadora da Universidade de Excelência (UNEX). Feira de Santana – Bahia. E-mail: alessivania@hotmail.com

2 Médico. Doutor em Saúde Pública (ISC-UFBA). Coordenador, Pesquisador e Docente do Pilar de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Excelência (UNEX) – Feira de Santana – BA. E-mail: Washington.abreu@unex.edu.br

presentes em uma dada realidade. Ademais, foram utilizados o arcabouço teórico normativo relacionado a formação profissional médica de base generalista, humanística e ética (1). Para conhecimento das características grupais foi utilizada a técnica da história de vida. Para o desenvolvimento das ações, o planejamento estratégico e situacional. Por fim, a avaliação do processo grupal e aprendizagem, para além dos mecanismos institucionais – avaliação teórica e prática de conteúdo – adotamos as modalidades de interação grupal de Pichon Riviére – pertença, pertinência, cooperação, aprendizagem, comunicação e clima grupal (3).

RESULTADOS

A proposta de utilização da teoria e técnica pichoniana no processo formativo adveio, inicialmente, da formação e experiência da docente responsável pelo componente e aceitação do método pela coordenação do eixo. No início do semestre foi construída e pactuada a tarefa grupal com os discentes da turma: proposta de ensino-aprendizagem baseada numa perspectiva dialógica, espiralada, onde seriam abordadas a tarefa explícita – temáticas do plano de curso - e tarefa implícita – exposição e análise dos obstáculos grupais que impactam o ensino-aprendizagem de natureza epistemológica, epistemofílica e epistemoprática. Ao longo do semestre, à medida que foram trabalhadas as temáticas especificadas no plano de curso – humanismo, arte médica, estigma e saúde, bioética dentre outros - buscava-se abordar e trabalhar as dificuldades pessoais e grupais provenientes daquela temática em sua relação pessoal, grupal e transpessoal. As atividades propostas para as temáticas estavam sempre relacionadas, no primeiro momento, ao conhecimento das pré-noções, vivências e percepções anteriores dos discentes e docente sobre elas. A partir dos elementos extraídos, abordava-se a temática e propunha-se estratégias de superação, enfrentamento ou potencialização a estes aspectos. Concomitante ao acompanhamento grupal, disponibilizamos espaços de escutas para aquelas(es) discentes que sentiram necessidade ou que tenhamos identificado ao longo do processo. Ao final de cada semestre foi organizado um seminário para avaliação do processo de aprendizagem grupal – explícito e implícito.

CONCLUSÕES

A proposta de ensino-aprendizagem do componente Humanismo sob a perspectiva da teoria e técnica de grupo operativo identificou aspectos presentes no campo grupal – constituição sócio cultural dos discentes, vinculação, pertinência, cooperação, clima grupal, aspectos resistenciais e transferências, estilos de vida, dentre outros – e a partir deste conteúdo produziu reflexões e (re)significações que permitiram melhor compreensão e aprendizado da temática informativa proposta. Ao serem estimulados e sustentados a trabalharem, espiraladamente, ou seja, de forma integrada e dentro das possibilidades individuais e grupais, observou-se uma ampliação recursiva para lidar com os aspectos obstacularizados da aprendizagem e interação grupal - além do maior protagonismo na produção de conhecimento e responsabilização humanística e ética. Por se tratar do uso da técnica, localizada a um componente, registra-se a necessidade de ampliação para as demais atividades de ensino, pesquisa e extensão.

REFERÊNCIAS

- (1) Blasco PG. O humanismo médico: em busca de uma humanização sustentável da medicina. RBM [Internet]. 2011 abr [citado 2025 mar 23];68(Esp Oncologia). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/208479>
- (2) Moura ACA, Mariano LC, Gottems LDB. Estratégias de ensino-aprendizagem para formação humanística, crítica, reflexiva e ética na graduação médica: revisão sistemática. Rev Bras Educ Med. 2020;44(3):e189. DOI:10.1590/1981-5271v44.3-20190189.
- (3) Rivière P. O processo grupal. Velloso MAF, Gonçalves M, tradutores. São Paulo: Martins Fontes; 2009. 193 p.
- (4) Jasiner G. Coordinando grupos: uma lógica para los pequeños grupos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2021. 192 p.

HACIA UNA MIRADA DESCOLONIAL PARA PENSAR OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE PSICOLOGÍA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA*

Paula Mercedes Romero¹

INTRODUCCIÓN

En distintos espacios académicos e instituciones de salud pública latinoamericanas emergen reflexiones sobre el concepto de salud mental y a quiénes incluye, ya que lo que conocemos como campo de la salud mental ha estado históricamente configurado por una visión biológica y eurocéntrica. Esa perspectiva, ubica a la enfermedad mental como aquello identificable y susceptible de ser estudiado desde una dimensión clínica. En efecto, la formación académica latinoamericana heredó un colonialismo europeo y teorías e intervenciones desvinculadas de su realidad y que desborda esas construcciones dominantes (1). Así, profesionales de la salud mental pueden caer en la trampa de ofrecer sus servicios sin contemplar la dimensión social de la salud y las desigualdades que la atraviesan, lo que puede devenir en la inadvertencia o en la omisión del impacto que ello tiene en la salud mental de sus consultantes. Conocer las prácticas y la formación de las psicólogas y psicólogos se torna necesario en instituciones de salud pública donde accede la población más vulnerable y por ende, con mayor necesidad de atención. Este trabajo se pregunta por las modalidades de atención de la psicología en el primer nivel de la salud pública del municipio de Balcarce (Provincia de Buenos Aires, Argentina) considerando esas prácticas años previos a la pandemia y en la actualidad.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es problematizar y analizar desde la perspectiva de los psicólogos y psicólogas y del resto de profesionales del equipo las prácticas que desempeñan en los servicios de salud mental del primer nivel de atención de Balcarce para conocer el enfoque teórico que subyace a las modalidades de atención que implementa el servicio de psicología en un contexto atravesado por la complejidad de las consultas.

METODOLOGÍA

Este estudio se desarrolló desde una metodología cualitativa (2) para analizar el trabajo de la psicología desde la perspectiva de los equipos de salud del primer nivel de atención de Balcarce.

Balcarce es una ciudad agrícola, ganadera y forestal ubicada al sudeste de la Provincia de Buenos

1 Instituto Nacional de Epidemiología (INE)/ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)/ Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP). Correo electrónico: paulamercedesromero@gmail.com

*Fuente de financiación: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) RESOL-2024-958-APN-DIR#CONICET, 8 de julio de 2024.

Aires. Su sistema público de salud se compone de trece centros de atención primaria de la salud y un Hospital Sub zonal público, de gestión municipal.

Las consultas que reciben los servicios de psicología, son: ansiedad asociada a falta de ingresos económicos, depresión, consumo problemático, violencia familiar y de género.

Para este estudio, aceptaron participar un total de 32 profesionales de psicología, trabajo social, enfermería y medicina. El trabajo de campo se llevó entre 2018 y comienzos de 2020. Actualmente, comenzó el proceso de devolución de los resultados y la indagación de las modalidades de atención de la psicología pos pandemia. Se utilizó la técnica de entrevista semi estructurada y se incluyó a profesionales con un año de antigüedad en cada servicio. Se realizó un análisis cualitativo y temático en función de las categorías emergentes de las narrativas.

RESULTADOS

La salud mental en el primer nivel de atención de la salud pública de Balcarce, se aborda desde una modalidad de atención centrada en la asistencia individual. De forma unánime, las psicólogas entrevistadas perciben que el rol asistencial que implementan está vinculado con su formación de grado a la que denominan como “la clínica o la vieja escuela” y advierten que para trabajar con las consultas que llegan tienen que “desdibujar” su rol clínico porque la población consultante no comprende las características del trabajo analítico que ellas proponen. Valoran su formación de base pero advierten que las problemáticas que reciben están atravesadas por determinantes sociales que desbordan la dimensión individual y clínica desde la que están formadas y acostumbradas a intervenir.

Pese a que perciben falta de formación para trabajar en el primer nivel de atención, acuerdan con el resto de las especialidades en que aún existe la hegemonía médica, lo que condiciona las decisiones del área de salud mental y del trabajo en equipo. No obstante, el resto de las especialidades acuerda en que cada servicio está ensimismado en su consulta. Además, emergen tensiones al interior de los servicios que corresponden a formas diversas de propiciar el acceso de la población al primer nivel de atención, debido a que en el servicio de salud mental se enfocan en “lo urgente” cuando uno de los principios que debe propiciar ese escenario es el abordaje de situaciones de baja complejidad que son importantes por más que no sean graves. Los resultados de las narrativas de los y las profesionales dan cuenta que se reproduce una atención clínica individual que limita la oferta de dispositivos y de intervenciones destinadas a los usuarios y usuarias de los servicios de salud mental.

CONCLUSIONES

Las problemáticas con determinación social, desbordan la relación profesional- usuarios y representan un desafío para los equipos de salud. Pensarla en un sentido colectivo, más allá del rol clínico con el que cada profesional se identifica requiere interpelar las propias prácticas que portan un saber académico que puede monopolizar la atención. Trascender limitaciones formativas implica pensar el trabajo público imaginando escenarios posibles en el marco de una ley de salud mental que

se fundamenta en un enfoque integral y con perspectiva de derechos (3). Habilitar propuestas para descolonizar la salud mental y garantizar su acceso con programas de prevención, atención y promoción implicar asumir un posicionamiento político, con profesionales capacitados (4) que contribuyan a un acceso a la salud democrático y ético, con la co construcción de saberes y acciones situadas en escenarios que pueden devenir participativos desde nuevos modos de producción colectiva en salud mental.

REFERENCIAS

- (1) Conde LL. Ensayos decoloniales sobre la ciencia y el derecho a la salud mental. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial FEDUN; 2019. 149 p.
- (2) Souza Minayo MC. De la artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009. 336 p.
- (3) Argentina. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Honorable Congreso de la Nación Argentina; 2010 dic 3 [citado 2025 abr 14]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- (4) Pulido P. Descolonizar la salud mental. Rev Emancipa [Internet]. 2020 jun 22 [citado 2025 abr 14]. Disponible en: <https://emancipa.org/dossier-resistencia-emocional-y-salud-mental-en-tiempos-de-covid-19-revista-emancipa>

HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN UN HOSPITAL DE 2DO NIVEL DEL GRAN BUENOS AIRES

Lorenzo Nicolas Rodriguez¹

INTRODUCCIÓN

Sin perjuicio de la delegación de función en la salud pública argentina, que designa el abordaje de la Promoción (entendido como asistencia y cuidado) y Prevención de la Salud a los Municipios, a través de acciones proyectadas por los Centro de Atención Primaria (CAPS), el hospital que dirijo: Agudos de 2° nivel, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSALPBA), está en una comunidad con alto porcentaje de Necesidades básicas insatisfechas (NBI), población vulnerada, alto índice de violencia doméstica y consumo problemático de sustancias. Con población disímil según los barrios, predominando la maternoinfantil y ancianos. Además, el gobierno central, decidió el abandono de los Programas Nacionales (VIH, TBC), suspendió la compra de insumos de prevención (ACO, VACUNAS), medicación para pacientes crónicos (PLAN REMEDIAR, ONCOLÓGICOS, PSICOTRÓPICOS). Esto incrementó más de 20% la demanda en Emergencia y Consultorios externos del Hospital. Por ello, resulta imperioso tomar iniciativas promopreventivas en las zonas más vulneradas: para el caso de análisis: el Barrio Las Flores (perteneciente al Municipio de Vicente López, -líndero al hospital- ubicado en su área de influencia). Allí proponer, ejecutar acciones, evaluar, para disminuir asimetrías y proyectar la continuidad de cuidados. Para esto, las iniciativas extramuros, propuestas por el MSALPBA resulta una herramienta que habrá de reforzarse a pesar de ser el Belgrano un establecimiento de 2do nivel.

OBJETIVO

Aportar mediante las acciones de salud territorial que ofrece la visión de un médico sanitarista en su rol de director de un hospital de segundo nivel, y a través del Servicio de Área Programática y Redes en Salud, la atención primaria que soslaya el gobierno local del Municipio de Vicente López, mediante los diversos recortes que está efectuando (pese a ser el distrito más rico de América Latina).

METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta las demandas del Barrio Las Flores -objetivo de esta intervención- se establecieron, líneas de cuidado en acciones preventivas y de organización comunitaria.

¹ Hospital Zonal General de Agudos General Manuel Belgrano. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. E-mail: privadahbelgrano@gmail.com

PROMOCIÓN DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

- Violencia de género.

Grupo de pares con víctimas de Violencia de Género con participación de una psicóloga y una trabajadora social (equipo de violencia de género del Hospital Belgrano, actualmente, en gestión en el hospital mencionado).

- Niños promotores de salud en los colegios de referencia (1). Inicio del programa que prevee 3 líneas de abordaje: vacunas y salud odontológica, acoso escolar y accidentes en el hogar.

- Programa de radio en Sociedad de Fomento, que será la continuidad del ya existente Taller de radio del hospital de día de salud mental, en donde conducen y entrevistan a distintas personalidades, usuarias y usuarios ambulatorios del mencionado servicio hospitalario (hoy en curso, mediante sistema podcast) (2,3).

- Participación comunitaria en la huerta del Hospital Belgrano. Vigente desde 2023, con la comunidad del área y desde 2024, sumando a usuarios y usuarias ambulatorios e internados con autorización del servicio de salud mental: Se desarrollan 2 ejes principales: tratamiento del suelo, siembra, cultivo y cosecha; taller de compost, tratamiento de reciclables, residuos orgánicos y domiciliarios (4).

Se prevee continuar el proyecto con la entrega de semillas y capacitación comunitaria para huertas domiciliarias y espacios pequeños del barrio. También, articular con comedores barriales para la obtención de ingredientes saludables, accesibles y la preparación de los mismo.

- ACCIONES ASISTENCIALES PREVENTIVAS con referentes barriales, comedores, merenderos, espacios de acompañamiento de niños y adolescentes, centros de jubilados, escuelas ubicadas en Vicente López. Intervenciones: vacunación de calendario y refuerzos, control de peso y talla, hipertensión y glucemia. Turnos protegidos para controles de salud en el hospital. Incorporación al Programa Calidad de Vida.

RESULTADOS

Con las estrategias en curso y las propuestas

- Se aumenta el acceso al consultorio de adolescencia del Hospital;
- Se incrementa la atención de la población pediátrica en el consultorio de niños sanos.
- Se pretende incorporar los cambios propuestos en la calidad de la alimentación en las raciones otorgadas en comedores y merenderos.
- Aumentar la población de adultos mayores usuarios del programa “calidad de vida del hospital”, gracias al cual se busca disminuir los factores de riesgo cardiovasculares mensurables con mediciones a través de controles de salud periódicos.

- Se pretende brindar herramientas de organización comunitaria para el abordaje de las problemáticas determinantes del proceso salud enfermedad.

CONSIDERACIONES

Argentina está viviendo el particular contexto de un descarnado neoliberalismo, con una política de ajuste feroz, que entre otros aspectos, está provocando el vaciamiento de muchos programas de salud a nivel nacional, y pone en tela de juicio el derecho a la salud. Muchos municipios de PBA, adhieren ideológicamente a este concepto que aleja al Estado de la obligación del cuidado de sus habitantes.

En este tiempo hemos notado, al igual que en todos los efectores públicos, un aumento desmedido de la demanda cercana al 20 % en los servicios de emergencias, consultorios externos y requerimiento de medicación.

El Servicio de Área Programática y Redes en salud, funciona en el Belgrano desde hace 2 años: Se trata de un equipo -que incluye médicos generalistas, ginecóloga, trabajadoras sociales, psicopedagoga, enfermeras, promotores, psicólogos-, con fuerte articulación interdisciplinaria, que funciona como un nexo de accesibilidad entre la comunidad y el hospital de 2do nivel.

REFERENCIAS

- (1) Werner D, Bower B. Los niños como promotores de salud. In: Werner D, Bower B, editores. *Aprendiendo a promover la salud*. Palo Alto (CA): Fundación Hesperian; 1984. p. 445–474.
- (2) Rodríguez Herrero M, Pérez López O, González Torregrosa JJ, de Castro Lázaro I, López Bobillo MC, Manchado Flores MA, et al. La radio como herramienta de integración comunitaria. *Rev Educ Soc*. 2018 [citado 2025 jul 10];(26):213–229. Disponible em: <https://eduso.net/res/revista/26/miscelanea/la-radio-como-herramienta-de-integracion-comunitaria>
- (3) Godínez Galay F. Radio y salud mental en América Latina (2021). Reseña del libro de Ballesteros López T, Makowski S. *Comunicación y Medios*. 2022;31(46):154–155. DOI: <https://doi.org/10.5354/0719-1529.2022.68908>
- (4) CLACSO. Boletín del Grupo de Trabajo “Vigilantismo y violencia colectiva”, n.º 2: Vigilantismos en tensión: entre las categorías y las coyunturas. Colección Boletines de Grupos de Trabajo. Buenos Aires: CLACSO; 2021 Nov.

HISTORIA FAMILIAR INTEGRAL: DESARROLLO DE UN APLICATIVO PARA EL CUIDADO DE LA VIDA DE LAS FAMILIAS EN LOS TERRITORIOS

Rusbert Fernando Alvarez Del Río¹

Andrea Herrera Cardona

Luis Emilio Zea Bustamante

María Camila Ossa Vélez.

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

Frente a los desafíos políticos, normativos y sociales que atraviesan los territorios, surge la necesidad de crear una historia familiar como herramienta de cuidado y acción. Esta propuesta busca no solo sistematizar información en salud, sino convertirse en un punto de partida para redes integradas del cuidado para la salud y la vida mediante la comprensión del proceso salud-enfermedad-cuidado-atención-muerte. A través del trabajo continuo y colaborativo entre unidades académicas y comunidades, se construye una alternativa que, mediada por la tecnología, facilita intervenciones integrales y contextualizadas. Como lo afirman Gaviria, et al¹ *“hoy comprendemos las capacidades que las familias tienen para movilizar recursos, establecer redes de apoyo y resistir con generosidad”*. Este aplicativo de historia familiar permite visibilizar esos aprendizajes colectivos e invita a repensar las prácticas académicas y comunitarias, exigiendo un diálogo constante entre teoría y práctica.

OBJETIVO

General:

Generar conocimiento mediante un aplicativo digital de historia familiar como herramienta para registrar información en salud y apoyar decisiones en intervenciones comunitarias.

Específicos:

Construir un marco teórico y metodológico; desarrollar el aplicativo; formular lineamientos pedagógicos; sistematizar experiencias académicas; e implementar una prueba piloto en campo.

METODOLOGÍA

El proyecto avanza en fases integradas. Primero, se realiza una revisión teórica que permite definir variables clave, categorías del cuidado de acuerdo familiar y de acuerdo con los cursos de vida del ser humano. y requerimientos técnicos del aplicativo. Posteriormente, se diseña y desarrolla una plataforma web modular, accesible desde distintos dispositivos, que facilita el registro de datos individuales y familiares, la generación de indicadores, la interconsulta profesional y la transferencia de saberes al cuidador informal. En la fase de validación, se realizan pruebas con expertos y usuarios en comunidades. Se recoge retroalimentación para mejorar la experiencia, y se ajustan funcionalidades.

1 Docente de la Universidad de Antioquia. Medellín-Colombia. E-mail: rusbert.alvarez@udea.edu.co

Finalmente, se implementa una prueba piloto con estudiantes y familias en territorio, evaluando su usabilidad y pertinencia. Se construye un manual de uso para orientar el proceso de registro. Cada etapa busca asegurar que la herramienta responda a las necesidades del cuidado en salud desde un enfoque familiar y comunitario.

RESULTADOS

Construcción teórica:

El equipo está consolidando un marco conceptual desde la salud familiar y comunitaria que permite identificar variables clave para el registro de historias familiares en categorías conceptuales coherentes con el curso de vida de los seres humanos. A través de una comprensión sistemática, se integran saberes académicos y experiencias territoriales para comprender redes de apoyo, condiciones de salud y determinantes sociales.

Diseño del aplicativo:

Se desarrolla una plataforma web para el registro de la historia familiar en salud. Esta incluye módulos de caracterización sociodemográfica, proceso protectores y malsanos, diagnósticos, indicadores de cuidado, interconsulta profesional y transferencia de saberes al cuidador. Se incorporan criterios de usabilidad, seguridad, privacidad y exportación de datos.

Aplicación en terreno:

Se está realizando una prueba piloto con docentes, estudiantes y familias. La herramienta está siendo evaluada en campo, se recopilan datos reales, se identifican ajustes técnicos y se valida su funcionalidad. La participación comunitaria aporta retroalimentación valiosa para su mejora.

Posibilidades de interrelación:

El aplicativo está favoreciendo la articulación interprofesional e intersectorial, integrando distintas áreas de la salud y fomentando el trabajo conjunto entre unidades académicas. Se proyecta como una herramienta estratégica para fortalecer redes de cuidado, educación en salud y gestión territorial.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

El aplicativo de historia familiar está permitiendo avanzar hacia un modelo de atención integral, sensible a los contextos y centrado en las familias. La articulación de saberes académicos con experiencias comunitarias está fortaleciendo la formación de profesionales comprometidos con la comprensión de los procesos sociohistóricos inmersos en la manera de vivir de las personas. Además, la plataforma se consolida como una herramienta que facilita la toma de decisiones sociales y en salud, promueve la continuidad del cuidado interprofesional e impulsa la articulación entre actores. Transversalmente, se están fortaleciendo los escenarios de práctica y los procesos de enseñanza-aprendizaje en salud familiar, brindando nuevas metodologías de intervención desde un enfoque pedagógico constructivista

y territorial. Este proyecto nos recuerda que cuidar la vida no empieza en los hospitales, sino en los territorios donde las familias resisten, se cuidan y se transforman. Apostarle al conocimiento cotidiano es un acto de salud colectiva, de justicia y de esperanza.

REFERENCIAS

- (1) Gaviria Noreña D, et al. El cuidado de las familias, una responsabilidad de todos. Medellín: Universidad de Antioquia; 2013.
- (2) Malvárez S. Salud mental comunitaria. Rev Iberoam Enferm Comunitaria. 2011;4(2):22-30.
- (3) Ministerio de Salud y Protección Social (Colômbia). Resolución 2626 de 2019[citado 2025 jul 10]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
- (4) Nussbaum M. Crear capacidades. Barcelona: Paidós; 2012.
- (5) Martín Zurro A, Jodar Solá G. Atención familiar y salud comunitaria. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
- (6) Malvárez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. Texto Contexto Enferm. 2007;16(3):520-30.
- (7) Ministerio de Salud y Protección Social (Colômbia). Resolución 8430 de 1993 [citado 2025 jul 10]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

IMPLANTAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM PERNAMBUCO: POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA TRANSFORMAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Rodrigo Cardoso dos Santos¹

Rafaela Niels da Silva

Luciana Garcia Figueiroa

Luana Gabriellen Maria da Silva

Iris Edná Pereira da Silva

Renan Carlos Freitas da Silva

Zilda do Rego Cavalcanti

Noemy alencar de carvalho gomes

Domany Cavalcanti Gonzaga da Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) consiste em um processo metodológico de organização da atenção à saúde, que busca estruturar a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Rede de Atenção à Saúde (RAS) quanto à qualificação do processo de trabalho. Nesse sentido, busca superar desafios históricos da APS, como a fragmentação do cuidado, baixa resolutividade e dificuldades na articulação entre os diferentes níveis de atenção, a fim de garantir um cuidado contínuo, integral e resolutivo aos usuários do sistema de saúde (1).

A PAS é nacionalmente coordenada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e, em Pernambuco, a Secretaria Estadual de Saúde oferece apoio técnico e gerencial à sua condução, de modo que seus processos e resultados incidem diretamente sobre o território dos municípios, considerando os cenários locorregionais e as necessidades estruturantes do sistema de saúde local.

Metodologicamente, a PAS está fundamentada no referencial de organização das redes de atenção à saúde, no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e nos Determinantes Sociais da Saúde, com a imagem-objetivo de aprimorar a gestão dos serviços por meio da incorporação da estratificação de risco da população, organização dos fluxos assistenciais, adoção de linhas de cuidado e o monitoramento de indicadores de saúde, permitindo avaliação e ajustes das estratégias adotadas (1,2).

OBJETIVO

Discutir a implantação dos macroprocessos metodológicos na Atenção Primária à Saúde no âmbito da Planificação da Atenção à Saúde em duas macrorregiões de saúde do estado de Pernambuco

1

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. E-mail: rodrigo.csantos@saude.pe.gov.br

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo e exploratório, estruturado a partir de elementos qualitativos e quantitativos. O objeto de estudo adotado é a implantação dos macroprocessos da PAS no contexto da Atenção Primária à Saúde, com ênfase no desvelamento dos microprocessos básicos da territorialização, a classificação de risco das famílias e a estratificação das condições crônicas. Os respectivos microprocessos foram escolhidos a partir da análise de viabilidade prática de monitoramento de seus resultados em curto prazo. Os sujeitos do estudo envolveram profissionais da assistência/atenção à saúde e da gestão no contexto do território.

O projeto foi desenvolvido em duas macrorregiões de saúde no estado de Pernambuco (Agreste e Sertão) entre os anos de 2023 e 2024. Os macroprocessos e microprocessos definidos para o processo de trabalho foram pactuados entre os proponentes e os atores do território, considerando as necessidades de discussão e transformação do processo de trabalho na APS, mediado por tecnologias leves e interpessoais. Paralelamente, foram estabelecidas estratégias de monitoramento e avaliação da PAS, orientadas pelos componentes de estrutura, processos e resultados.

RESULTADOS

Foram definidos sete macroprocessos a serem implantados nas macrorregiões, que conta com o conjunto de 67 municípios: Macroprocessos básicos da APS; Atenção aos Eventos Agudos; Atenção às Condições Crônicas; Atenção Preventiva; Demandas Administrativas; Atenção Domiciliar; Autocuidado Apoiado. A implantação seguiu as etapas de planejamento, pré-tutoria, tutoria e oficinas com o envolvimento das equipes de profissionais e coordenadores da APS do município, mediados por tutores e apoiadores da PAS, vinculados às instituições proponentes. Nas fases de pré-tutoria e tutoria as equipes de saúde vivenciaram dinâmicas de educação permanente mediadas pelos demandantes da PAS, voltados à realidade sanitária local, com predominância das temáticas de territorialização, classificação das famílias e a estratificação de risco, aliados às produções de diagnósticos situacionais e práticas e monitoramento baseadas em fontes de dados e indicadores estratégicos do Programa Previne Brasil (2,3).

O escopo de macroprocessos fortaleceu a APS como ordenadora do cuidado, evocando o empoderamento e apropriação das equipes de saúde quanto à qualificação do processo e das práticas de trabalho. Como resultados, tem-se a reorganização territorial, a produção de planos de ação, o fortalecimento da educação permanente e a ampliação da captação e registro dos indicadores monitorados pelas equipes de saúde da APS. Conforme apontado pelos atores, a PAS trouxe aportes teórico-metodológicos que subsidiam processos de gestão do cuidado e de governança clínica prioritários para o contexto da APS, com qualificação do processo de trabalho (3).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A implantação da PAS tem se mostrado uma estratégia exitosa para colaborar com a resolutividade de problemáticas crônicas e relevantes que estão circunscritas à dinâmica de trabalho das equipes da APS, em especial quanto à reflexão e transformação dos processos de trabalho mediado por tecnologias leves e dialógicas. No estudo, esses resultados estão expressos a partir dos instrumentos de monitoramento, da participação dos atores e do monitoramento dos indicadores estratégicos.

No entanto, a complexidade da organização e do cuidado ofertado na APS apresenta desafios importantes, a exemplo do enfrentamento das relações culturais e burocráticas que envolvem o cenário de trabalho, bem como a necessidade de investimento estrutural e processual adequado e a priorização da PAS por parte da gestão. Por isso, a condução da PAS demanda esforços constantes e articulados entre todos os atores, com vistas à sua consolidação enquanto lógica central de revisão do modus operandi do trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Albuquerque AC, Dubeux LS, Samico IC, Felisberto E, Guerra S, Marques P, et al. Planificação da atenção à saúde: implantação dos macroprocessos de trabalho em quatro localidades brasileiras. *Trab Educ Saúde*. 2023;21:e02377230. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2377>
- (2) Nicola T, Weis AH. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde: construção e validação de instrumento de avaliação. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(6):e20190545. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0545>
- (3) Amaral VS, Oliveira DM, Azevedo CVM, Mafra RLM. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. *Physis*. 2021;31(1):e310106. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>

INFANCIAS MAPUCHE Y SALUD EN CONTEXTO DE VIOLENCIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA PARA EL DISEÑO DE MODELOS DE ATENCIÓN ÉTICOS, DECOLONIALES E INTERCULTURALES EN LA ARAUCANÍA-CHILE

Lisette Urrutia Álvarez¹

Ana María Alarcón Muñoz²

Marcela Castro Garrido³

Yolanda Nahuelcheo Saldaña⁴

Belén Ulloa⁵

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

Históricamente, lo que se denomina región de la Araucanía-Chile, ha estado sujeta a una militarización constante. Desde su ocupación y colonización, y el ideal imaginario emancipador, ha sujetado al territorio a un escenario de conflicto. A pesar de los esfuerzos por la “pacificación”, la Araucanía continúa siendo un territorio marcado por la confrontación y la tensión (1). Actualmente, la región lleva en estado de excepción permanente desde el 2021 (2), restringiendo la libertad y profundizando el control de manera violenta en la población ante allanamientos, establecimientos educacionales destruidos por atentados, etcétera (3).

Este estudio presenta un trabajo empírico y revisión sistemática sobre intervenciones socioemocionales dirigidas a niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia. Se enmarca en la urgencia de atender la realidad de La Araucanía-Chile, evidenciando que la provincia de Malleco presenta la tasa de mortalidad infantil más alta del país (9,2 por mil nacidos vivos) (4). A esto se suma un 34% de niños y niñas indígenas con desnutrición crónica (5), según indicadores no adaptados culturalmente, siendo una medida desfavorable que violenta a la infancia indígena, además de un acceso limitado a servicio de salud.

OBJETIVO

Contribuir al diseño de modelos de atención decoloniales, éticos e intercultural para las infancias indígenas-mapuche usuarios del sistema público sanitario en Chile.

1 Departamento de Salud Pública, Universidad de La Frontera (Temuco, Chile)

2 Departamento de Salud Pública, Universidad de La Frontera (Temuco, Chile). E-mail: E-mail: lisriveralvarez@gmail.com

3 Departamento de Salud Pública, Universidad de La Frontera (Temuco, Chile)

4 Departamento de Salud Pública, Universidad de La Frontera (Temuco, Chile)

5 Colaboradora proyecto

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de experiencias nacionales e internacionales para ver formas de abordaje en estudios en los que se aplicaron intervenciones, programas o abordajes orientados a manejar las afectaciones socioemocionales o de salud mental derivados de diferentes tipos de violencia. En el caso de los tipos de violencia, se incluyeron los derivados de conflictos políticos, armados y territoriales bajo contexto de comunidades indígenas y conflicto armado.

Esta revisión sistemática de estudios cualitativos fue conducida y reportada según las recomendaciones del manual de síntesis de evidencia del Joanna Briggs Institute (JBI). La estrategia de búsqueda identificó 1311 registros, de los cuales, 73 cumplieron con los criterios de elegibilidad. Por otro lado, 63 registros de literatura gris fueron identificados, solo 11 cumplieron con los criterios. En total, 84 estudios se incluyeron en la revisión.

Además, se incluye trabajo de campo bajo testimonios de niños y niñas, autoridades ancestrales, actores locales y profesionales que trabajan en la protección infantil, así como la utilización de protocolos mapuche creados por el propio laboratorio desde el trabajo empírico.

RESULTADO

A partir de los relatos de niños, niñas y adultos, se identifican 16 dimensiones de necesidad que vulneran derechos fundamentales como la seguridad emocional, identidad cultural, salud mental, sostenibilidad alimentaria y acceso equitativo a servicios. El entorno militarizado, la estigmatización cultural y la pérdida de espacios seguros generan estados de alerta y replicación de la violencia.

Los niños expresan temor a los militares, al fuego, al despojo de la naturaleza y a la ruptura del núcleo familiar. La naturaleza emerge como elemento protector y parte esencial de su identidad. Se observe una fuerte desconexión entre la oferta sanitaria institucional y las necesidades territoriales y culturales. Los adultos destacan la falta de integralidad en el abordaje institucional, la ausencia de equipos interculturales y la débil articulación en salud.

Las experiencias internacionales revisadas refuerzan la necesidad de modelos de atención que integren participación comunitaria con enfoque territorial y reconocimientos de prácticas de medicina ancestral. La literatura sugiere que la descolonización de los servicios requiere reconocer las prácticas y epistemologías indígenas, promoviendo intervenciones que fortalezca la pertenencia cultural y la restauración de los derechos vulnerados, las condiciones de vida y el daño emocional tanto de los niños como de sus cuidadores.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos evidencian la necesidad de rediseñar los modelos de atención sanitaria hacia enfoques decoloniales, éticos e interculturales que reconozcan las realidades vividas por las infancias mapuche. La salud infantil debe comprenderse desde una perspectiva territorial, familiar y cultural,

integrando saberes mapuches y garantizando espacios seguros para el desarrollo. La violencia estructural y la militarización del territorio han afectado profundamente el bienestar de niños y niñas, por lo que urge implementar estrategias reparadoras con base comunitaria y diseñar formas de afrontamiento. Se concluye que cualquier intervención efectiva debe construirse en diálogo con las comunidades y desde una lógica participativa que ponga en el centro a la infancia como sujeto de derecho y cultura.

REFERENCIAS

- (1) Ocupación militar y colonización de la Araucanía (1851–1883) [Internet]. Santiago: Memoria Chilena; s.f. [citado 2025 may 15]. Disponible en: <https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-3630.html>
- (2) Instituto Nacional de Derechos Humanos (Chile). Informe anual de derechos humanos 2022 [Internet]. Santiago de Chile: INDH; 2022 [citado 2025 may 15]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/1767>
- (3) Montero F. El efecto de la violencia en la Macrozona Sur en la educación: 25 colegios quemados y casi 900 alumnos afectados [Internet]. El Líbero; 2023 [citado 2025 may 15]. Disponible en: <https://ellibero.cl/actualidad/el-efecto-de-la-violencia-en-la-macrozona-sur-en-la-educacion-25-colegios-quemados-y-casi-900-alumnos-afectados/>
- (4) Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Mortalidad infantil por región [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020 [citado 2025 may 15]. Disponible en: <https://deis.minsal.cl>
- (5) Ministerio de Salud (Chile). Informe nacional de nutrición infantil [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2019 [citado 2025 may 15]. Disponible en: <https://www.minsal.cl>

INTEGRAÇÃO DA MEDICINA SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA COMUNIDADE FILIPINA DE EL RAVAL, BARCELONA

Francisco Ortega¹

Josep Barceló-Prats²

Palavras-chave: medicina social, atenção comunitária de saúde, prevenção do suicídio, comunidade filipina em Barcelona, atenção primária

Keywords: social medicine, community healthcare, suicide prevention, filipino community in Barcelona, primary care

INTRODUÇÃO

Esta apresentação tem como objetivo gerar evidências sobre as iniciativas dos profissionais de saúde para integrar os princípios de saúde comunitária na atenção primária. Um estudo de caso explora o co-design e o codesenvolvimento de soluções personalizadas para atender às necessidades emergentes de saúde de populações vulneráveis no bairro Raval de Barcelona (1). A intervenção visava melhorar o acesso aos serviços de saúde estabelecendo novos caminhos de atendimento adaptados às necessidades únicas das comunidades migrantes, ao mesmo tempo em que promoviam a inclusão e a equidade na prestação de cuidados de saúde. Esta apresentação examina uma iniciativa que surgiu da atenção primária com base na participação comunitária e social, em torno do Treinamento de Gatekeeper de Prevenção ao Suicídio. A intervenção abordou a comunidade filipina que vive no bairro multicultural e socialmente vulnerável de “El Raval” em Barcelona.

OBJETIVO

O objetivo da apresentação é apresentar um exemplo de práticas colaborativas eficazes que surgiram da atenção primária com base na participação comunitária e social, em torno da Prevenção ao Suicídio para a comunidade filipina em Barcelona (2). Se apresentam evidências de um modelo local bem-sucedido que ilustra a viabilidade e os benefícios da colaboração entre a atenção primária e a atenção comunitária. Este modelo local também serve como um catalisador para mudanças sistêmicas mais amplas na atenção primária.

1 Catalan Institution for Research and Advanced Studies (ICREA); Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain. E-mail: franciscojavier.ortega@urv.cat

2 Departament d’Infermeria, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain. E-mail: josep.barcelo@urv.cat

METODOLOGIA

Uma abordagem de pesquisa-ação foi usada durante a intervenção conduzida de dezembro de 2021 a março de 2023 em Barcelona. Este método iterativo participativo incluiu treinamentos de prevenção de suicídio para representantes da comunidade filipina e profissionais de atenção primária; implementação de uma iniciativa de prevenção de suicídio baseada na comunidade; e avaliação de sua eficácia. A amostragem de conveniência e julgamento envolveu as principais partes interessadas e figuras influentes do bairro Raval. A intervenção envolveu o treinamento de gatekeepers da comunidade com o conhecimento e as habilidades para identificar e responder a indivíduos que exibiam sinais de comportamento suicida e abordar lacunas de conhecimento e habilidades entre profissionais de atenção primária em torno do gerenciamento de risco de suicídio.

RESULTADOS

Após a intervenção de treinamento fornecida por profissionais de saúde do Centro de Atenção Primária Raval Nord, melhorias imediatas foram demonstradas no conhecimento dos participantes sobre prevenção de suicídio e o método QPR (Question, Persuade, Refer) para derivação eficaz de cidadãos para serviços de saúde e assistência social relevantes. Embora algum declínio na retenção de conhecimento tenha sido observado após sete meses, os participantes relataram confiança sustentada e crescente em sua capacidade de apoiar indivíduos em risco. A intervenção destacou o risco elevado de suicídio em Raval durante a pandemia de COVID-19, levando ao co-design e implementação de treinamento de prevenção de suicídio e ao estabelecimento de uma rede de colaboração sustentável e multissetorial. Como resultado dessas novas parcerias, novas iniciativas de capacitação surgiram, como o Treinamento em Bem-Estar Emocional e a iniciativa de Agentes Comunitários do Bairro Filipino para Ciutat Vella, marcando um passo significativo na expansão do escopo de intervenções de saúde mental baseadas na comunidade. Os grupos focais revelaram que os participantes compartilhavam crenças comuns sobre suicídio, incluindo sua imprevisibilidade percebida e sua forte associação com transtornos de saúde mental. Fatores culturais como crenças religiosas e o estigma em torno da doença mental surgiram como temas críticos, exigindo atenção especial durante o treinamento de gatekeeper.

CONCLUSÕES

As descobertas ressaltam o papel indispensável da atenção primária na identificação das necessidades da comunidade e na adaptação de serviços para atender às necessidades de populações vulneráveis por meio de abordagens inovadoras. Insights obtidos dessas iniciativas de base, de baixo para cima, conduzidas por profissionais de saúde foram traduzidos em recomendações acionáveis para políticas e práticas (3). Esta intervenção se baseia em abordagens de medicina social e competência estrutural que enfatizam os fatores sociais, históricos e estruturais que influenciam a saúde e os cuidados de saúde. A medicina social global promove o aprendizado horizontal entre comunidades e a solidariedade, a reinvenção da sociedade civil democrática e a criação de infraestruturas que apoiam a autodeterminação e a participação da comunidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Direcció General de Planificació en Salut. Model de salut comunitària a la xarxa d'atenció primària. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2019.
- (2) Elzinga E, de Kruif AJTCM, de Beurs DP, Beekman ATF, Franx G, Gilissen R. Engaging primary care professionals in suicide prevention: a qualitative study. PLoS One. 2020;15(11):e0242540. DOI:10.1371/journal.pone.0242540.
- (3) Gervits M, Anderson M. Community-oriented primary care (COPC) in Barcelona, Spain: an urban COPC experience. Int J Health Serv. 2014;44(2):383-98. DOI:10.2190/HS.44.2.M.

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA E ADOLESCER: APROXIMAÇÕES E DESCOMPASSOS ENTRE TRABALHADORAS/ES E ADOLESCENTES ANTE AS NECESSIDADES DE SAÚDE

Valéria Monteiro Mendes¹

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres²

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A produção do cuidado integral é um desafio permanente no SUS. No contexto da atenção básica (AB), foco deste trabalho, tal desafio é aprofundado considerando que alguns segmentos populacionais não são definidos como prioridade, como os/as adolescentes e jovens (A&J), apesar das conquistas que os/as afirmam como sujeitos de direitos (Programa Saúde do Adolescente – 1989; Estatuto da Criança e do Adolescente – 1990; Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde – 2010; Estatuto da Juventude – 2013) (1). Soma-se a isto, evidenciando a diversidade de elementos que concorrem para a produção viva das políticas no cotidiano, os desmontes/atravessamentos gerencialistas do modelo privilegiado de gestão por organizações sociais de saúde (OSS) que amplifica precarizações e desconexões entre as equipes e destas com o vivido nos territórios (2,3). Reconhecendo que A&J são afetados desproporcionalmente por várias pandemias (IST/Aids, Covid-19, Dengue, M-Pox) e que seu cuidado requer a invenção/sustentação de ações mais compartilhadas, contextualizadas e intersetoriais, traremos uma investigação sobre o cuidado produzido em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência para escolas públicas de ensino médio nas quais desenvolvemos um programa de prevenção integral para A&J entre 2019-2024 (3).

OBJETIVO

Identificar aproximações e descompassos nos modos de ler-agir de trabalhadores/as e A&J ante as necessidades de saúde, buscando compreender como são produzidos reconhecimentos e respostas às necessidades de A&J e o que pensam/desejam/esperam os/as A&J sobre o cuidado ofertado na atenção básica considerando a diversidade de experiências dos/nos territórios do referido segmento populacional.

METODOLOGIA

Estudo de base etnográfica, composto por métodos mistos, fundamentado pelo quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 73

1 Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo – SP. E-mail: valeriamm@alumni.usp.br

2 Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo – SP.

trabalhadoras/es de 6 UBS de São Paulo [4], Santos [1] e Sorocaba [1] e 37 com A&J desses serviços ou com experiência em outros serviços no território, bem como observação das UBS investigadas e de serviços dos territórios (Associações e ONGs) que desenvolvem ações/atividades para A&J. A análise, de base compreensivo-interpretativa, seguiu os referenciais teórico-conceituais do Processo de Trabalho em Saúde e da Integralidade e seus eixos qualificadores – necessidades, articulações, finalidades e interações, buscando compreender as aproximações e desconexões nos modos de ler-agir de trabalhadores/as e A&J ante as necessidades de saúde aproximações e descompassos entre trabalhadores/as e adolescentes (3).

RESULTADOS

A leitura-atuação de trabalhadores/as acerca das necessidades de A&J segue enfatizando as demandas apresentadas no cotidiano dos serviços, sendo apontadas como necessidades mais frequentes a busca por métodos contraceptivos e testes de gravidez pelas moças e exames/tratamentos para IST pelos rapazes, bem como a procura espontânea para queixas clínicas agudas e sofrimentos psicossociais. Percebe-se a identificação de particularidades quanto às questões de gênero, ressaltando o cuidado de pessoas trans; a menção de que vulnerabilidades socioeconômicas dos territórios expõem A&J a violências (familiar e territorial), com redução do acesso à cultura, lazer e trabalho, sem, contudo, haver a produção de conexões entre as questões que envolvem raça/cor e necessidades de saúde de A&J nos distintos territórios em que habitam. Sem desconsiderar as demandas por formação específica e a menção de que as ações tenham sentido para A&J, perdura o pensar-agir biologicista-controlista-generalizante do campo da saúde que prescinde da participação ativa de usuários/as e da construção/ampliação da escuta e porosidade nas interações intersubjetivas. De outro lado, os relatos de A&J colocaram como aspecto central justamente a aspiração de serem escutados/enxergados nos serviços por interlocutores/as que compreendam suas necessidades, sendo mencionado de forma recorrente a necessidade de apoio psicológico para lidarem com questões do cotidiano e construção de seus projetos de vida. Destacaram ainda a importância de serem atendidos/as desacompanhados/os e maior rapidez nos agendamentos de consultas/exames e um seguimento longitudinal mais cuidadoso, para além da atuação queixa-conduta, na perspectiva, como apontado, que trabalhadores/as reconheçam que modos de viver singulares (3).

CONCLUSÕES

Perdura na atenção básica um pensar-agir pouco dialógico e sensível às necessidades, interesses e motivações dos A&J. A compreensão de tal distanciamento reclama sua contextualização aos modelos de atenção e gerenciamento das UBS, marcados pela intensa fragmentação e parametrização das ações, não favorecendo dinâmicas mais vivas para operar o processo de trabalho na direção do bem-viver.. Antigas questões permanecem candentes no âmbito do cuidado integral de A&J quanto ao modo ainda incipiente de ler-abordar as necessidades desse público, bem como persistem fragilidades nas interações entre A&J e trabalhadoras/es, entre as equipes e destas com outros serviços e setores (como o da

Educação). Tais aspectos dificultam um cuidado mais participativo, interseccional e contextualizado, que considere necessidades, potencialidades e singularidades dos A&J em seus territórios, contribuindo fortemente para que este segmento siga experienciando um não-lugar na atenção básica.

REFERÊNCIAS

- (1) Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc* [Internet]. 2009 [citado 2025 mar 3];18(2):11-23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QZX9gH7KmdDvBpfDBSdRVFP/?format=pdf&lang=pt>
- (2) Fernandes ES, Santos AM. Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidado aos adolescentes na Atenção Básica à Saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2020 [citado 2025 mar 3];24:e190473. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YsjbnM9ZBthk4spbdz8xRxK/?format=pdf&lang=pt>
- (3) Ayres JRCM, França I Jr, Miranda AC, Matida A, Silva CG. Atención integral a la salud de adolescentes y jóvenes desde la perspectiva de profesionales de atención primaria, San Pablo, Brasil. *Salud Colect* [Internet]. 2025 [citado 2025 mar 3];21:1-15. Disponível em: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/5419>

LAS COMPLEJAS TRANSICIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE MERCADO HACIA LA UNIVERSALIZACIÓN DEL ACCESO. LA EXPERIENCIA DE CHILE Y MÉXICO

Carolina Tetelboin Henrion¹

Agustín Pernia

INTRODUCCIÓN

Las políticas y los sistemas de salud son expresión de las pugnas de poder por la hegemonía de los procesos políticos de las sociedades, en el marco de las tensas relaciones internacionales de cada periodo específico. Después de 40 años de experiencias neoliberales en nuestra región y de la contundencia de sus resultados expresados en la privatización de los bienes y recursos sociales, y el consecuente abandono de lo público, y de las consecuencias sociales y en la salud de las poblaciones y el aumento de la incidencia de enfermedades crónico degenerativas producto del abandono social y del acceso limitado a la atención a la salud (1,2), el trabajo reflexiona sobre las complejidades de los procesos emprendidos para el desmontaje de las estructuras neoliberales de los sistemas de salud en dos experiencias políticas latinoamericanas.

OBJETIVO

Mostrar las propuestas, las tensiones, límites y los avances en la deconstrucción neoliberal logrados en los casos de Chile al momento del gobierno más progresista después de la dictadura, el del presidente Boric, y en el de México, durante los dos gobiernos de la 4ta. Transformación.

METODOLOGÍA

Basada en las investigaciones sobre los procesos de instalación de la reforma neoliberal de las políticas y los sistemas de salud en el caso de Chile, a partir de la dictadura cívico militar de 1973, y de México, a partir de 1982, y los procesos de desmontaje en la actualidad que se describen, se reflexiona sobre la pugna que ha significado en ambos casos hacia la instalación de sistemas de salud universales, de derechos, gratuitos y financiamiento público. En el caso de Chile, se retoman las transformaciones llevadas a cabo post dictadura durante los 20 años por la Concertación de Partidos por la Democracia, y posteriormente por los gobiernos progresistas de Bachelet II y Boric; en el caso de México, los avances a partir de los gobiernos de la 4ta. Transformación.

RESULTADOS

En procesos complejos, contradictorios y resultados dispares, de prueba error, de creación de experiencia, frente a resistencias parlamentarias y de los actores sociales y de salud, las tendencias

1 Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México. E-mail: ctetelbo@correo.xoc.uam.mx

muestran sin embargo, de maneras particulares en cada caso y por vías diversas, experiencias y avances en la desprivatización impulsadas desde los movimientos sociales y por los gobiernos progresistas. En el caso de Chile, un país profundamente neoliberal en sus estructuras, control mediático e ideológico, pero con una fuerza movimientística intensa en la base social y un gobierno progresista, no obstante sus limitaciones, se avanza con dificultades y reconvenciones en la reinstalación de derechos cuya continuidad está en proceso frente a las próximas elecciones en octubre de 2025 (3,4). En el caso de México, derivado de la conjunción de un movimiento convergente político y social histórico que agrupa a los sectores progresistas de la sociedad, México ha avanzado en la conquista de dos gobiernos de continuidad, logrando separar del gobierno y sus recursos a los intereses económicos de la oligarquía neoliberal, avanzado en los derechos universales en diversos campos, y con la redistribución de recursos que ha permitido la inclusión y la disminución de la pobreza y la instalación de las bases y la articulación de un sistema de salud universal a partir de las segmentadas instituciones de salud públicas y de seguridad social (5-8).

CONCLUSIONES

La pugna social por el quantum se expresa en la posibilidad de cambios políticos y políticas impulsadas por gobiernos capaces de expresar los intereses de las mayorías. En el marco de las contradicciones y definiciones geopolíticas del mundo actual, amenazado por la destrucción del orden capitalista para profundizar la apropiación para las minorías y la nueva derecha, los países latinoamericanos se debaten por alcanzar y mantener gobiernos progresistas de diversos tipos según sus características políticas y sociales, por proyectos inclusivos y representativos del mundo social, y por alcanzar mejores condiciones ambientales, de vida y salud para sus pueblos. Los avances pueden ser lentos, entre obstáculos y resistencias, pero se transita por una ruta de aprendizajes y resultados que gradualmente recupera espacio para la representación de intereses de los sectores trabajadores, sus derechos y dignidad.

REFERENCIAS

- (1) Tetelboin C. La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2004. p. 106-35.
- (2) Tetelboin C, Zúñiga C, Zúñiga I, Medina S. Conflicto de intereses y su expresión en el financiamiento del sistema de salud de Chile. In: Lara Flores, editor. La salud y su atención: problemas actuales, miradas diversas. Ciudad de México: UAM-X; 2013. p. 1-30.
- (3) Granados Cosme JA, Tetelboin Henrion C. Las ISAPRES y su impacto en el sistema de salud chileno. Rev Salud Problema. 1999;4(7):8-15.
- (4) Parada M. Recta final para definir el destino de las Isapre [Internet]. CIPER; 13 set 2023 [citado 2025 abr 28]. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2023/09/13/recta-final-para-definir-el-destino-de-las-isapres/>

- (5) CódigF. Avanza IMSS-Bienestar como la nueva apuesta del Gobierno Federal para atender a la población sin acceso a la salud. 2 mar 2022.
- (6) Diario Oficial de la Federación. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024; 2025-2030. 19 jul 2019.
- (7) Leal G. El órgano público descentralizado IMSS-Bienestar y el artículo 123 [Internet]. La Jornada; 26 out 2024 [citado 2025 abr 28]. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2024/10/26/opinion/012a2pol>
- (8) Secretaría de Salud. Plan sectorial de salud 2019-2024 [Internet]. 2020 [citado 2025 abr 28]. Disponible em: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0

LAS ISAPRES Y SU SUPERVIVENCIA A EXPENSAS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE CHILE

Carolina Tetelboin Henrion¹

Mario Parada-Lezcano

Fabian Moraga Cortés

INTRODUCCIÓN

Las Instituciones de salud previsional, ISAPRE, fueron creadas al amparo de la constitución de mercado de 1980 y de las llamadas modernizaciones del régimen cívico militar en 1981 posteriores al golpe de Estado 1973. Fueron viables a partir de tres elementos: la eliminación de las cajas de previsión, la creación de nuevas instituciones privadas, las ISAPRE (y las Asociaciones de Fondos Previsionales, AFP, para las pensiones) y el Fondo Nacional de Salud, FONASA, en el sistema público de salud (1, 2); en adelante, éstas nuevas instituciones recibirán las aportaciones individualizadas de los trabajadores, donde los salarios más altos, de los más jóvenes y sanos fueron captados por las ISAPRE, mientras que las personas de menores ingresos, más viejos y enfermos quedaron en fondo público, FONASA, solidario pero desfinanciado. En tercer lugar, tanto los aportes a las pensiones como a la salud serían en adelante cargas exclusivamente del trabajador, subiendo el aporte del 4% al 7% del salario, convirtiéndose en obligatorias. Desde entonces, y a pesar de los años transcurridos y pese a los cambios, el modelo estructural de la salud se ha mantenido, y cada crisis ha orillado a nuevas reformas que se han resuelto a costa del sistema público. El trabajo analiza estos momentos de crisis, los contextos, sus actores y las reformas.

OBJETIVO

Analizar las crisis del sistema ISAPRE y las reformas para su resolución que afectaron al sistema público.

METODOLOGÍA

A través de una metodología cualitativa basada en el seguimiento socio histórico de la transformación del sistema de salud y sus políticas en la relación público/privada, se identifican y analizan los momentos de crisis de las ISAPRE, y las salidas del sistema y sus consecuencias para el sistema público.

RESULTADOS

Las reformas del sistema de salud desde su origen, han ocurrido a costa del deterioro, fragmentación y desfinanciamiento del sistema público, afectando su operación, organicidad y capacidad resolutoria, y las condiciones de trabajo y atención. La presentación analiza cinco momentos:

1

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México. E-mail: ctetelbo@correo.xoc.uam.mx

el de su creación (1); la reforma del AUGGE/GES en 2004, del presidente Lagos (3); la sentencia del Tribunal Constitucional en 2010 (4) que declaró inconstitucional el artículo 38 ter de la Ley de Isapres, afectando la determinación de precios de contratos de salud; el plan garantizado de 2011 (5-7) . Y finalmente la Ley Corta, en mayo de 2024, durante el gobierno de Apruebo Dignidad del presidente Gabriel Boric que resolvió dar plazos a las ISAPRE para pagar los excesos de cobro (8), y la creación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC).

CONCLUSIONES

romper la dependencia de lo privado sobre lo público supone cambios estructurales. La recuperación del sistema público requiere cambios constitucionales que pongan fin a la subsidiariedad y convierta a la salud y su atención en derechos garantizados y financiados por el Estado. Un segundo cambio derivado del anterior es recuperar el sentido solidario y de seguridad social de las aportaciones individuales. En tercer lugar, pensar la salud y su atención desde lo público y con la participación de la población y los trabajadores, para darse una organización alejada de lógicas excluyentes, clasistas y medicalizadas.

REFERENCIAS

- (1) Tetelboin C. La transformación neoliberal del sistema de salud: Chile, 1973–1990. Reformas de primera generación. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 2003.
- (2) Granados Cosme JA, Tetelboin Henrion C. Las ISAPRES y su impacto en el sistema de salud chileno. Rev Salud Problema [Internet]. 1999 dic;4(7):8–15 [citado 2025 abr 28]. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-salud-problema/articulo/las-isapres-y-su-impacto-en-el-sistema-de-salud-chileno>
- (3) Colegio Médico de Chile. Ley General de Salud. Unidad de Estudios. Santiago: Colegio Médico de Chile; 2001.
- (4) Tribunal Constitucional de Chile. Sentencia recaída en rol N° 1710-10, proceso iniciado de oficio para decidir sobre la constitucionalidad del artículo 38 ter de la ley de Isapres [Internet]. Santiago; 2010 [citado 2025 abr 28]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1016076>
- (5) Cámara de Diputadas y Diputados de Chile. Proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado. Boletín N° 8105-11 [Internet]. Santiago; 2011 [citado 2025 abr 28]. Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=8504&prmBL=8105-11>
- (6) Cid C, Aguilera X, Arteaga Ó, et al. Informe final: Comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado. 2ª ed. [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2016 [citado 2025 abr 28]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf
- (7) Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley N° 21.350: regula el procedimiento para modificar el precio base de los planes de salud [Internet]. Santiago; 2021 [citado 2025 abr 28]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1161024>
- (8) Chile. Ley N° 21.674 que modifica el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, en materia de Isapres y aspectos relacionados. Diario Oficial de la República de Chile [Internet]. 24 may 2024 [citado 2025 abr 10]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1203779>

MEMORIA Y FUTURO DE UN PROYECTO CONTRAHEGEMÓNICO: 60 AÑOS DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA EN AMÉRICA LATINA (1960-2020)

María Belén Herrero¹

Marcela Belardo²

INTRODUCCIÓN

Esta ponencia se enmarca en una investigación de largo alcance que busca sistematizar y analizar las tradiciones de pensamiento crítico en salud en América Latina, con especial atención a la Medicina Social Latinoamericana (MSL) y la Salud Colectiva (SC), y su influencia en la configuración de la agenda sanitaria regional entre 1970 y 2020. Estas corrientes han sido fundamentales para construir enfoques autónomos que abordan la salud desde las realidades sociales, políticas y económicas de la región (1). A partir de una crítica profunda a los modelos biomédicos hegemónicos, plantean alternativas que entienden la salud como un derecho humano fundamental, superando su visión meramente biológica.

Si bien estas tradiciones críticas han dejado una huella significativa en las políticas de salud, tanto a nivel de los diferentes países como regional, sus avances se han visto tensionados en los últimos años por crisis económicas y políticas, así como por la falta de mecanismos efectivos de cooperación regional. El estudio en el que se inscribe esta ponencia busca no solo ofrecer una síntesis de la periodización en desarrollo sobre estas corrientes, sino también recuperar y sistematizar aquello que las propias corrientes no dejan por escrito. Se procura contribuir a reconstruir este legado contado desde la voz de sus protagonistas y enfocado en sus raíces, trayectorias y desafíos actuales.

OBJETIVO

El proyecto busca sistematizar y analizar las tradiciones de pensamiento crítico en salud desarrolladas en América Latina, particularmente la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, trazando su evolución histórica, recuperando las experiencias de sus protagonistas mediante testimonios directos, y explorando la interrelación entre sus fundamentos teóricos y su implementación práctica en políticas e instituciones sanitarias desde una perspectiva contrahegemónica.

METODOLOGÍA

Se adoptó un enfoque cualitativo que integró un análisis diacrónico y sincrónico de las corrientes de pensamiento en salud en América Latina. La recolección de datos se llevó a cabo mediante

1 Investigadora de CONICET en el Área de Relaciones Internacionales de FLACSO Argentina. Coord. del Diploma de Cooperación Sur-Sur y Triangular, FLACSO. E-mail: bherrero@flacso.org.ar

2 Investigadora de CONICET en el Instituto de Estudios Sociales en Contextos de Desigualdades (IESCODE-UNPAZ). Prof. Universidad de Buenos Aires. E-mail: mbelardo@derecho.uba.ar

entrevistas en profundidad a referentes clave de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva —actualmente contamos con 20 entrevistas, las cuales están disponibles en la plataforma web de PELSSI (<https://pelssi.flacso.org.ar/>), complementadas con una revisión bibliográfica exhaustiva. Los/as referentes entrevistados han desempeñado un papel fundamental en la definición y expansión de estos enfoques, y muchos de ellos/as han vivido experiencias de exilio político, lo cual ha influido significativamente en su trabajo y en su relación con las políticas sanitarias locales y regionales. La periodización propuesta nos permite, además, identificar la correlación entre los procesos políticos regionales y los avances en el campo sanitario, desde una perspectiva de pensamiento contrahegemónico en salud.

RESULTADOS

La sistematización y análisis de las corrientes de pensamiento crítico en salud en América Latina permitió identificar tres períodos clave:

Génesis (1960-1984): Período marcado por exilios, resistencias y la construcción de redes en un contexto de dictaduras y luchas revolucionarias. La OPS, bajo el liderazgo de Abraham Horwitz, proporcionó un espacio institucional clave, mientras que Juan César García emergió como figura fundadora de la MSL. El exilio forzado de intelectuales generó una “polinización cruzada” que enriqueció la producción teórica, con México como epicentro acogiendo a figuras como Asa Cristina Laurell y Sergio Arouca (2). Se destacan experiencias como el Servicio Nacional de Salud en Chile (1970-1973) y el Sistema Único de Salud en Nicaragua (1979). La transformación teórica evolucionó hacia una comprensión más profunda de las determinaciones sociales de la salud, culminando con la fundación formal de ALAMES en 1984.

Consolidación (1985-2000): En un contexto neoliberal, el movimiento articuló producción científica, incidencia en sistemas de salud y construcción de identidad regional. Brasil desarrolló el SUS, mientras otros países enfrentaron retrocesos como Chile con su modelo de ISAPRES y Colombia con la Ley 100 (3). El movimiento se caracterizó por la “unidad en la diversidad”, con núcleos nacionales enfrentando diferentes realidades y desarrollando aproximaciones teóricas distintas.

Experiencia de gobierno (2000-2020): Con la llegada de gobiernos progresistas, referentes del movimiento ocuparon cargos estratégicos, influyendo en agendas de cooperación regional como ORAS-CONHU y UNASUR. Se destacan experiencias como Barrio Adentro en Venezuela, el modelo SAFCI en Bolivia y el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay. UNASUR Salud (2008-2017) representó el punto culminante de convergencia entre pensamiento crítico e integración regional (4-7).

CONCLUSIÓN

La Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva (MSL/SC) emergen como corrientes críticas arraigadas en las luchas sociales y políticas de la región. Desde su génesis en contextos de exilio y dictaduras (1960-1984), hasta su consolidación frente al neoliberalismo (1985-2000) y experiencias en

gobiernos progresistas (2000-2020), construyeron un paradigma que entiende la salud como derecho social, histórico y determinado estructuralmente. Su legado incluye redes regionales, instituciones como ALAMES, y políticas transformadoras (SUS, Barrio Adentro). Sin embargo, enfrentan desafíos vigentes: fragmentación regional, mercantilización de la salud y avances de ultraderechas que amenazan los logros alcanzados. La recuperación de testimonios de sus protagonistas evidencia que su fuerza radica en vincular teoría crítica con praxis política, trascendiendo lo académico para incidir en sistemas sanitarios. Pese a las tensiones, su historia no es solo memoria: es un insumo para fortalecer la articulación contrahegemónica, reivindicar la salud como derecho soberano y enfrentar la creciente desigualdad. Este trabajo subraya que la MSL/SC, más que un pasado glorioso, es un proyecto inacabado que exige reinención ante los retos del siglo XXI: democratizar la salud en un contexto de crisis global y ascenso de neofascismos.

REFERENCIAS

- (1) Brasó Broggi C. Los médicos errantes: de las brigadas internacionales y la revolución china a la guerra fría. Barcelona, España: Crítica; 2022.
- (2) Laurel AC. Entrevista. Modalidad virtual; 2021 abr 02.
- (3) Hernández M. Entrevista. Modalidad virtual; 2021 feb 01.
- (4) Feo Istúriz O. Entrevista. Buenos Aires, Argentina; 2018 nov 15.
- (5) Heredia Miranda N. Entrevista. Buenos Aires, Argentina; 2018 nov 21.
- (6) Fleury Teixeira SM. Entrevista. Buenos Aires, Argentina; 2028 nov 23.
- (7) Torres Tovar M. Entrevista. Modalidad virtual; 2021 jul 13.

MINDFULNESS NA SAÚDE E EDUCAÇÃO - A EXPERIÊNCIA DO PROJETO MEDITASUS

Débora Silva Teixeira,
Sandra Fortes,
Gabriella Silva Farias de Carvalho,
Victor José Brasilino de Sena,
Kali Alves,
Kauan Borges de Oliveira,
Kevelyn Cristina Ramos Correia

INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo os transtornos mentais são bastante prevalentes, constituindo uma importante questão de saúde pública ^[1]. Ressalta-se que diversos trabalhos apontam que o conceito do processo saúde-doença tem evoluído, nas últimas décadas, do foco principal nas doenças e morte para concepções mais vinculadas à qualidade de vida da população e de produção social da saúde. Esta concepção coloca a Estratégia de Saúde da Família como um local de articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e construção de cidadania^[2].

As intervenções tipo Mindfulness (Atenção Plena) são intervenções meditativas, de caráter secular desenvolvidas no ocidente, estudadas e comprovadas cientificamente, com efetividade principalmente em relação às doenças crônicas não transmissíveis^[3]. Diversos estudos confirmam sua efetividade como atividade de promoção de saúde e como intervenção de tecnologia leve na Atenção Primária representando uma alternativa à intervenção medicamentosa^[4].

Os protocolos de mindfulness tem diferentes modelagens, mas é possível identificar habilidades e efeitos esperados com a prática regular, que envolvem melhoria da concentração e da capacidade de ficar no momento presente, ter atenção aos conteúdos mentais e ao corpo, desenvolver descentramento cognitivo, praticar aceitação e ser capaz de se libertar de padrões mentais de ruminação. As habilidades parecem ter uma correlação com os benefícios observados na saúde^[5].

OBJETIVO

Relatar a experiência do projeto de pesquisa-ensino-extensão “Intervenção de meditação de Atenção Plena (mindfulness) em promoção de saúde no SUS”.

O objetivo do projeto é realizar intervenções de suporte com usuários, equipes de APS e discentes da UERJ. As intervenções junto aos usuários visam proporcionar uma prática de promoção à saúde. As intervenções junto aos profissionais e discentes visam a redução do esgotamento profissional e a aproximação dos profissionais às práticas de mindfulness.

METODOLOGIA

As intervenções baseadas em mindfulness são desenvolvidas com diferentes modelagens, tanto presenciais quanto online. Os programas mais estudados são desenvolvidos em grupo, com encontros presenciais durante oito semanas. A partir daí os participantes podem ganhar autonomia para incorporar essas práticas na vida diária e desenvolver o estado mental de mindfulness e os benefícios dele advindos.

O projeto desenvolve ações de forma integrada:

- Capacitação de profissionais do SUS e docentes para as intervenções a serem realizadas através do curso de extensão da Faculdade de Ciências Médicas como forma de apoio às equipes e prevenção de Burnout.

- Realização das atividades de extensão para alunos da UERJ e para profissionais e usuários do SUS.

- Concomitantemente são desenvolvidas no Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária (LIPAPS) pesquisas de avaliação de impacto das atividades de meditação nos profissionais de saúde, estudantes e usuários com utilização de escalas (avaliação quantitativa) e entrevistas/grupos focais (avaliação qualitativa).

- Desenvolvimento de disciplina eletiva para estudantes de graduação. Resultados

A implementação da meditação de atenção plena na saúde e na educação é vivencial, experiencial, desta forma trazendo o protagonismo de estudantes, profissionais e usuários participantes do projeto. A prática pessoal é essencial para a construção de sentido sobre a meditação. O projeto possibilita a consolidação da oferta de atividades para a comunidade interna e externa da UERJ, a partir das sessões de práticas guiadas de mindfulness realizadas por via online semanalmente em uma atividade chamada Medita UERJ, além de outras oportunidades em atividades presenciais e à distância. Os encontros online do Medita UERJ completaram 231 sessões em abril de 2025. A divulgação dessa atividade de extensão acontece no perfil do instagram - <https://www.instagram.com/mindfulness.riouerj/>. Desta forma construímos um espaço seguro, gratuito e aberto a qualquer pessoa que deseje conhecer as práticas de mindfulness na Universidade, na rede de APS do SUS do Rio de Janeiro e em diferentes oportunidades que surgem com as parcerias estabelecidas.

A produção científica do projeto pode ser observada por meio de tese de doutorado em Saúde Coletiva defendida em 2024 pelo Instituto de Medicina Social - “Intervenções baseadas em mindfulness (atenção plena) na atenção primária à saúde: a experiência de

profissionais e usuários”, além de artigo derivado da tese “Improving patient-centered mental health promotion in primary care in vulnerable communities through mindfulness training in Rio de Janeiro, Brazil” publicado na *Frontiers in Medicine*.

Além disso, o projeto desenvolve grupos de mindfulness para usuários e para profissionais da Policlínica Piquet Carneiro-UERJ.

Por fim temos a disciplina eletiva de Práticas de Meditação de Atenção Plena e Saúde para estudantes de medicina e enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões de saúde mental dos estudantes e dos usuários do SUS se mantêm como um grave problema de saúde pública que necessita de intervenções custo-efetivas que possam contar com o protagonismo desses atores na resolução de problemas e desafios.

Para que possamos estabelecer as práticas de mindfulness no SUS, é relevante que um número maior de estudantes e profissionais de saúde possam conhecer as práticas, experimentando os potenciais benefícios.

As experiências acumuladas ao longo dos anos do projeto tem grande potencial na incorporação de atividades extensionistas no processo de curricularização da extensão, tanto para estudantes de medicina quanto de outros cursos. Tanto a disciplina eletiva, as atividades de meditação semanais, os cursos livres e as oficinas de mindfulness podem ser espaços para os estudantes experimentarem o protagonismo, a participação social e relevância de uma intervenção coletiva em promoção à saúde, autocuidado e terapia complementar em saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Vitorino, LM, et al. Factors associated with mental health and quality of life during the COVID-19 pandemic in Brazil. *BJPsych Open*. (2021) 7:e103.
- Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. *JAMA* 2008;300(11): 1350.
2. Fortes, S, et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev Bras Psiquiatr*. (2011) 33:150-6.
3. Eberth J, Sedlmeier P. The Effects of Mindfulness Meditation: A Meta-Analysis. *Mindfulness*. 2012 Sep;
4. Demarzo, MMP, et al. The efficacy of mindfulness-based interventions in primary care: a meta-analytic review. *Ann Fam Med*. (2015) 13:573-82.
5. Galante, J, et al. Systematic review and individual participant data meta-analysis of randomized controlled trials assessing mindfulness-based programs for mental health promotion. *Nat Ment Health*. (2023) 1:462-76.

A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO BRASIL E O DESAFIO DA GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL NO SUS

Carla Fabiane Wojciekowski¹

Cristian Fabiano Guimarães

Rosemarie Andreazza

Luis Fernando Nogueira Tofani

Arthur Chioro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este estudo qualitativo parte de uma pesquisa de doutorado, originada de uma investigação multicêntrica, em parceria com o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de São Paulo (1). O foco é analisar os desafios na qualificação do diagnóstico da Atenção Especializada (AE) no Brasil ao destacar tensões na AE no SUS, correlacionadas à lógica neoliberal que privatiza a saúde, enfraquecendo o sistema público. Problematisa os movimentos e a constituição da AE, além da construção de redes de cuidados especializados, ao considerar os interesses e disputas em jogo (2,3). A saúde é apresentada como produto a ser consumido, submetida à lógica mercantil, que fragiliza o SUS e determina os processos de gestão e planejamento atuais. A AE naturalizada em seus formatos e arranjos de cuidado, enfrenta alta demanda e escassez de serviços. O estudo critica o modelo biomédico dominante, marcado pela superespecialização e privatização da AE, que opera como ecossistema de prestadores de serviços contratualizados pelo SUS em uma gestão interfederativa precária e insuficiente, com baixa capacidade regulatória governamental. Propõe a análise das micropolíticas que modulam a AE no SUS contemporâneo, enfocando as forças difusas e heterogêneas que modulam a AE enquanto práticas de governo que regulam a vida, com ênfase na medicalização do indivíduo e na privatização da experiência do cuidado.

OBJETIVO

O objetivo do estudo é analisar a micropolítica da AE no Brasil, a partir da implementação da Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES/2023) e da implantação do Programa de Mais Acesso Especialistas (PMAE/2024). Diante das disputas e jogos de força que atravessam os projetos no campo da saúde coletiva, compreender a micropolítica da AE problematizando os processos de gestão, arranjos e produção do cuidado no SUS.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo cuja estratégia de investigação é o método genealógico-cartográfico (4,5), que tem como ponto de partida a análise dos saberes que investem a AE no Brasil, problematizar o

1 Doutoranda Unifesp E-mail: carla.fabiane@unifesp.br

que naturaliza a AE no cotidiano da gestão e da produção do cuidado no SUS. Busca-se mapear as forças, disputas de forças e intencionalidades que investem a AE e suas diferentes formas de expressão. Entender quais discontinuidades caracterizam esse domínio e identificar possíveis linhas de fuga e/ou pontos de ruptura capazes de deslocar a AE do modelo privatista e da lógica de mercado que lhe é característica (3, 6). A pesquisa emprega estratégias como análise documental de relatórios produzidos que deu origem a este estudo (1) observação participante nos cenários de gestão e nos serviços ambulatoriais especializados, registro em diários de campo, entrevistas com gestores, trabalhadores e usuários do SUS, além de coleta de materiais de outras fontes de informação. O estudo segue os preceitos éticos da Resolução CNS 510/2016, Lei Federal 13.708/18 (LGPD), aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP (parecer nº 6.621.336), contribuindo para a pesquisa nacional em parceria com o Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Este estudo encontra-se em fase inicial, com resultados preliminares que não são conclusivos. A análise aborda os desafios da gestão do cuidado integral, destacando as primeiras linhas de força que emergem sobre os saberes e práticas na saúde, considerando suas possibilidades, discontinuidades, mudanças, devires e potências. A aproximação inicial sugere pistas sobre a micropolítica da Atenção Especializada (AE) no Brasil. A pesquisa contribui com a reflexão sobre as formas de governo e as tecnologias de controle na gestão da saúde, propondo uma análise crítica das práticas de governamentalidade no SUS. A AE tem sido modelada por saberes especializados e normas de governança, que, por vezes, se apresentam como inovação, mas em outras, reforçam construções conservadoras. Embora as políticas atuais sobre a AE sugiram mudanças, sua implementação enfrenta desafios e resistências, em especial pelo predomínio do modelo tecnocrático e biomédico. Dados preliminares indicam que a governança da saúde envolve a produção de sujeitos e vidas ajustadas a um sistema normativo, sustentado por uma lógica utilitarista e de autorregulação, o que pode intensificar a fragmentação do cuidado e a privatização da saúde. O estudo ainda revela que as diversas narrativas sobre a AE e suas modulações competem por poder e mercado, impactando o financiamento e a regulação dos serviços de saúde. Identificou-se também a coexistência de modelos assistenciais fragmentados e práticas alternativas que, embora utilizem tecnologias leves e modelos relacionais de cuidado, acabam sucumbindo à lógica de mercado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A pesquisa, ainda em curso, analisa as dinâmicas de resistência e rearranjos possíveis na gestão e no cuidado em saúde no SUS. Apesar da fragmentação e disputas, há potencial para a construção de alternativas que busquem maior inclusão e qualidade na Atenção Especializada (AE) no Brasil. Quando prestamos atenção às micropolíticas que investem a AE no Brasil colocamos as condições de possibilidade para pensar no que foge às modulações que naturalizam esse domínio na lógica privada de mercado. Com isso, torna-se possível refletir sobre os desafios da AE e as suas contradições, destacando

as tensões entre a lógica pública do SUS e as pressões neoliberais que disputam as políticas de saúde no Brasil. O estudo sugere que as micropolíticas em andamento, ao deslocarem as linhas de força que as determinam, podem trazer novas perspectivas ao superarem as limitações no campo da gestão e da produção do cuidado em redes.

REFERÊNCIAS

- (1) TED – SAES/MS; Lascol/EPM/Unifesp. Apoio à formulação e implementação da PNAES no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
- (2) Chioro AL, Solla DR. Ambulatório especializado: uma análise do modelo de atendimento. *Rev Saude Publica*. 2020;52(3):123-34.
- (3) Cecilio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saude Publica*. 2014;30(7):1502-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>
- (4) Zambenedetti G, Silva RAN. Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. *Psicol Soc*. 2011;23(3):454-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000300002>
- (5) Foucault M. Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1978–1979). São Paulo: Martins Fontes; 2008.
- (6) Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as RAS. *Cien Saude Colet*. 2021;26(10):4769-82. DOI:

MODELO DE ATENCIÓN, PRÁCTICAS Y TENSIONES EN EL ESPACIO SOCIAL DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD BUCAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Borda Maria Gabriela¹
Hendler Verónica
Coelho Thereza Christina

INTRODUCCIÓN

En los servicios públicos de salud bucal (SPSB) de la CABA se desempeñan agentes y organizaciones coordinados por la Red de Cuidados Progresivos en Odontología (RICPO), quien articula los programas y la atención odontológica desde el año 2020. Los programas preventivo-promocionales de salud bucal están enfocados principalmente en la población materno infantil y la atención odontológica de adultos y niños se ofrece a través de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) y por medio de la red de hospitales, quienes se encargan de realizar procedimientos odontológicos de especialidad en el segundo y tercer nivel de atención (1).

Sin embargo, los procedimientos continúan centrándose en la asistencia odontológica con acciones curativas, rehabilitadoras, altamente tecnificadas, algunas acciones preventivas y sin un modelo de atención en salud bucal definido en las políticas.

En este contexto, existe un campo de tensiones que se reflejan en la gestión de la oferta de procedimientos, es decir, qué se ofrece y cómo se ofrece, y en la equidad (o no) de acceso de la población, mediada por el factor económico y las desigualdades sociales y culturales.

Cabe aquí cuestionar: ¿cuáles son las prácticas predominantes y cómo es el modelo de atención?, ¿cuáles son las tensiones y obstáculos en este espacio social?

OBJETIVO

Exponer el modelo de atención en salud bucal dominante, las prácticas y las tensiones en el espacio social de SPSB de la CABA.

METODOLOGÍA

Este estudio de caso de abordaje cualitativo forma parte de los resultados de una tesis de doctorado. El universo de este estudio fue constituido por odontólogos que ejercían sus funciones en

1 Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia Brasil y Hospital Dueñas. E-mail: draborda@gmail.com
Financiamiento: Dirección General de Docencia e Investigación del GCBA. Ganador de 2 subsidios por concurso 2023 para estudios multicéntricos del área de la salud el 13 de diciembre de 2023, bajo la resolución ministerial RESOL-2023-6107-GCABA-MSGC

distintas organizaciones del espacio social de SPSB de la CABA durante el período diciembre de 2023 a marzo de 2024. Se conformaron cuatro categorías funcionales jerárquicas para la estratificación de los participantes con el fin de obtener representatividad de agentes en el espacio social de SPSB de la CABA.

Los primeros agentes participantes fueron convocados por conveniencia. Posteriormente, se trabajó con la técnica bola de nieve para la sugerencia de los siguientes participantes (2)

En total se entrevistaron 31 agentes odontólogos. De esta manera, se buscó detectar la percepción de agentes con posiciones diferentes dentro del campo de estudio. La técnica de colecta de datos fue la entrevista semiestructurada. Durante la creación de este protocolo elaboramos un guion que contenía las categorías analíticas a estudiar: modelo de atención- tensiones y prácticas-tecnología; cada una con sus temáticas organizadas estratégicamente.

RESULTADOS

La categoría ‘prácticas’ fue mejor identificada por los participantes en comparación con la categoría modelo de atención. La categoría ‘tecnologías’ se manifestó muy identificada con los procedimientos odontológicos mientras que las categoría emergente ‘tensiones’ se manifestó tanto en las prácticas como en el modelo de atención y las tecnologías.

La adquisición de tecnología tuvo un destaque importante entre 2023 y 2024. Los hospitales odontológicos fueron beneficiados por la incorporación de tecnología odontológica para mejorar las prácticas endodónticas y e implementar postes y sistemas adhesivos específicos, unidades funcionales odontológicas (UFO) y tecnologías de diagnóstico por imagen digitales. Mientras que los CESAC tuvieron apenas recambio de UFO y mejoras en la calidad de los insumos, pero no incorporaron nuevas tecnologías. Esta distribución tecnológica refleja un modelo de atención centrado en el atendimento odontológico, las acciones curativas y altamente tecnificadas. Para los CESAC la tecnología incorporada no amplía las prácticas, aunque mejora las que se vienen llevando a cabo.

Las nuevas tecnologías organizacionales, como la historia clínica electrónica, se distribuyeron de igual manera en todas las organizaciones del espacio social de SPSB lo que deja entrever que la red de servicios públicos principal (la médica) domina a las demás, entre ellas a la RICPO. Esta lógica organizacional de tipo gerencial, acompañada por una necesidad de exigencia de mayor productividad, incorporación de tecnología y complejidad del objeto de trabajo viene provocando cambios en los procesos de trabajo en salud (3)

La estructura de este espacio social de SPSB conforma un sistema de diferencias cuyo movimiento y lucha apunta a conservar la estructura.

CONCLUSIÓN

La incorporación de tecnologías duras como unidades funcionales odontológicas, ortopantomógrafos y la historia clínica electrónica tuvieron mucha visibilidad durante el período de estudio no solo para las prácticas odontológicas sino también para la organización de los servicios.

El recurso humano es escaso, sobre todo en APS donde los profesionales tienen serias limitaciones debido a que trabajan solos, sin equipo de salud bucal siendo este uno de los principales obstáculos en el primer nivel.

El modelo de atención hegemónico continúa siendo basado en la oferta y no en la demanda o necesidad de la población, enfocado en la enfermedad y dominado por la práctica odontológica. Podemos concluir que la falta de espacio para dialogar el modelo de atención junto con la falta de estudios epidemiológicos y políticas robustas son el elemento predominante que impulsa la reproducción de las prácticas centradas en la atención hospitalaria con una atención odontológica en APS débil.

REFERENCIAS

- (1) Argentina. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección General de Salud Comunitaria. Informe de gestión 2019–2023. Boletín Oficial [Internet]. Buenos Aires, Argentina; 2023 [citado 2024 jun 05]. Identificador: IF-2023-45551736-GCABA-DGSCOM. Disponible en: <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-RES-MSGC-MSGC-1126-24-ANX.pdf>
- (2) Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [citado 2024 jun 05];17(3):613–619. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VgFnXGmqhGHNMBsv4h76tyg/?lang=es>
- (3) Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde* [Internet]. 2023 [citado 2024 jun 05];1(1):75–91. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/63534>

MODELO DE ATENCIÓN: PERCEPCIONES DE LOS TRABAJADORES PROFESIONALES DE UN CENTRO DE SALUD DE ROSARIO

Diana Sacco¹

INTRODUCCIÓN

El campo de salud (1) de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, tiene como líneas directrices la descentralización y la participación comunitaria (2), entendidas como recursos transformadores para la construcción colectiva y la reflexión continua de sus actores (3).

El modelo de atención constituye la esencia del trabajo en salud (4, 5), reflejando un posicionamiento que define cómo se produce el cuidado en cada acto de salud (6). Resulta relevante analizar si ese modelo de atención puede verse influido por los contextos donde están inmersos los equipos de salud del primer nivel de atención.

Este estudio cualitativo busca explorar las percepciones de los trabajadores profesionales de salud del Centro de Salud Ceferino Namuncurá de la ciudad de Rosario, respecto de su modelo de atención en contexto de pandemia COVID-19 con la implementación de un dispositivo intersectorial de viandas para personas con Diabetes Mellitus en relación a su modelo actual.

OBJETIVO

Explorar las continuidades y rupturas del modelo de atención percibidas por trabajadores del Centro de Salud Ceferino Namuncurá de Rosario a dos años de la pandemia y de la implementación de un dispositivo intersectorial de viandas para personas con Diabetes Mellitus.

Objetivos Específicos

- Describir el modelo de atención en contexto COVID-19 y actual.
- Explorar las continuidades y rupturas identificadas por los trabajadores.

METODOLOGÍA

Se trata de una investigación de alcance exploratorio-descriptiva, de naturaleza cualitativa (7). Tiene la intencionalidad de trabajar con el sentido que le dan los trabajadores profesionales a sus actos en salud (8).

Los sujetos del estudio fueron los trabajadores profesionales del equipo de salud del Centro de Salud Ceferino Namuncurá que hayan trabajado en la institución desde el año 2020 al año 2024. Se realizaron dos grupos focales con un guión de preguntas semiestructuradas agrupadas en ejes y

1 Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina. E-mail: diasacco@gmail.com

dimensiones. Los participantes firmaron previamente el consentimiento informado acorde a las normas éticas de cuidado de la autonomía y el anonimato de los datos. El encuentro fue audiograbado y luego transcrito completamente. Al finalizar dicho proceso, se realizó un análisis del modelo de atención según las categorías: vínculo con la comunidad, estrategias fuera del consultorio, trabajo en equipo, gestión de recursos e impacto en la salud.

RESULTADOS

Se identificaron como continuidades el trabajo en equipo, la implementación de estrategias singularizadas y contextualizadas, como también la articulación con la comunidad y sus organizaciones, consideradas como características intrínsecas del equipo de salud desde antes de la pandemia, pero que se fortalecieron durante ésta y se mantienen hasta la actualidad.

En cuanto a las rupturas, los trabajadores mencionaron que la posibilidad de sostener un modelo territorializado y flexible, que incluya visitas domiciliarias, se vio limitada por la “crisis de violencia” vinculada al agravamiento de la violencia armada en la ciudad, producto del negocio del narco estado. Momento que coincidió con la “crisis hídrica” donde las intensas lluvias generaron graves inundaciones en los barrios populares de la ciudad.

Los trabajadores profesionales reconocen que el concepto de salud trasciende lo biomédico, por lo que en relación al impacto en la salud del dispositivo mencionaron que le pasaron cosas saludables a quienes recibieron la vianda que no tienen que ver con la hemoglobina glicosilada. Lo que más les impresionó fue el cambio en la percepción de los propios usuarios sobre su salud, sus posibilidades y sus derechos, como también el fortalecimiento del vínculo entre ellos y con el equipo de salud.

Consideran la gestión de recursos vinculada al cuidado, la equidad y el acompañamiento de los usuarios, y reconocen que requiere decisiones complejas que implica una reflexión profunda sobre sus implicancias éticas, sociales y clínicas. Este ejercicio diario se afinó con la pandemia, pero se agudizó gravemente durante el 2024 durante la “crisis de recursos” materiales y económicos ubicándolo como una dificultad para el desarrollo actual de la tarea.

CONCLUSIONES

En el Centro de Salud Ceferino Namuncurá, los trabajadores profesionales explicitan y reproducen un modelo de atención que prioriza a la comunidad y al equipo. Esta fortaleza ha permitido su continuidad ante crisis y limitaciones.

Las barreras actuales más significativas son la gestión de recursos y la sobrecarga laboral. Sin embargo, la “*crisis de violencia*” que obligó a trabajar dentro de los límites físicos de la institución se ubica como uno de los factores que afecta la continuidad de este modelo. Excede los objetivos de esta investigación si el confinamiento físico del trabajo es capaz de subjetivar ese posicionamiento.

El principal desafío sigue siendo la capacidad de los equipos de salud para adaptarse a realidades cambiantes sin perder de vista el sentido ético-político del cuidado, sosteniendo proyectos terapéuticos reales que reconozcan al sujeto como un sujeto de derecho y activo en el cuidado de su salud (9).

REFERENCIAS

- (1) Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*. 2010 [citado 2025 jul 10];6(3):275-93. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004
- (2) Rovere M. Una ciudad modelo en salud pública: aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática. Rosario: Instituto de la Salud Juan Lazarte; 2005.
- (3) Ferrandini D. Trabajar en Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2017.
- (4) Menéndez EL. Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Salud Colectiva*. 1988;4(2):241-64.
- (5) Campos GW. La clínica del sujeto. São Paulo: Hucitec; 1997.
- (6) Batista TN, Elias E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. 2011 [citado 2025 jul 10];7(1):9-22. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2011.v7n1/9-20/es/>
- (7) Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Investigación social: teoría, método y creatividad. 39a ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2023.
- (8) Sirvent MT. El proceso de investigación. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2013.
- (9) Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. 1a ed. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús; 2006.

MODELOS DE ATENCIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADO EN ZONAS RURALES DEL SUR DE CHILE INFLEXIONES POSIBLES

Joan Alvaréz¹

Diana Manrique García²

Elisa Sepúlveda Alvarado³

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se presentan algunas reflexiones derivadas de la experiencia e investigación sobre la gestión de modelos de atención y continuidad del cuidado en la redes sanitarias del Sur de Chile, un escenario que se caracteriza por un mayor nivel de aislamiento y difícil conectividad con los centros urbanos próximos, lo que complejiza las atenciones a nivel socio-sanitario y amerita miradas diferenciadas al interior del territorio y entre las comunas, que si bien conservan características próximas, presentan realidades disímiles (1). Realidades que no son exclusivas de la región, sino que también se advierten en otros territorios del sur global.

La heterogeneidad del territorio instala distintos desafíos de implementación de redes de salud vinculadas al pulso legislativo y respeto estricto o irrestricto de las normativas vigentes, que mantienen una distancia significativa en tiempo y necesidad de equidad territorial. Distancia que la voluntad política puede o no disminuir impregnando su rol rector.

La implementación es la esencia de la política pública, en cuanto orienta el sentido de la intervención estatal e impacta de forma directa en la sociedad (2), en este marco la reflexión, destaca la relevancia de las distintas agencias que intervienen en el proceso, en cuanto voluntad política, participación social, función pública, entre otras que tributen a redes integradas y colaborativas de salud pública pertinentes a las demandas y realidades territoriales y en concordancia con el Modelo de Atención Integral de Salud, plataforma sobre la cual está edificada la salud pública en Chile.

En este trabajo incluiría además algunas estrategias y cuestionamientos sobre nuevas formas de organizar la red de salud en zonas rurales y/o zonas extremas.

OBJETIVO

El trabajo tiene como preguntas: ¿Qué desafíos y oportunidades emergen en la gestión multinivel de modelos de atención y continuidad de cuidado derivados de la implementación de políticas sanitarias en zonas rurales? ¿Qué espacio existe para disminuir la distancia entre la normativa-técnica y la realidad territorial? Considerando la doble tensión entre la necesidad de respuestas oportunas biomédicas y el espíritu de promoción y prevención de la APS, el objetivo de este ejercicio es identificar los principales

1 Jefe del Departamento de Gestión Hospitalaria y Soporte Clínico del Servicio de Salud Del Reloncaví.

2 Investigadora Centro Cielo UST, Chile.

3 Jefa Sección de Redes de especialidades Programáticas del Servicio de Salud Del Reloncaví

desafíos y oportunidades derivados de la gestión multinivel de los modelos de atención y continuidad de los cuidados en las redes de salud en zonas rurales.

METODOLOGÍA

La metodología se nutre tres fuentes principales, de una parte la sistematización de experiencias derivadas de la práctica profesional en el territorio, la revisión bibliográfica analítica sobre modelos de salud comunitarios en otros territorios rurales de Latinoamérica y un ejercicio etnográfico en proceso, en el marco de un proyecto de investigación sobre tensiones y desafíos en los procesos de atención/desatención de la salud-enfermedad. El análisis hace uso de los insumos derivados de la revisión bibliográfica, el trabajo de campo como observación participante, entrevistas y conversatorios con usuarios/as- funcionarios/as, donde se interpreta críticamente los contenidos con relación al contexto ecológico, social, cultural y sanitario de la red de salud de algunas localidades aisladas del sur de Chile.

RESULTADOS

La red asistencial de salud de la región está conformada principalmente por establecimientos de Atención Primaria en Salud. Las prestaciones de especialidades o de mayor complejidad son derivadas al Hospital de mayor complejidad y en las localidades donde se cuenta con establecimientos habilitados técnicamente, se realizan rondas médicas programadas de especialistas. La complejidad de los establecimientos determina su capacidad resolutoria, incide en su organización, prestaciones que oferta y especialidades posibles.

En este territorio existe una desarmonía de la red asistencial de salud, toda la mediana y mayor complejidad, dada por el nivel de prestaciones o especialidades, se centra en un polo único urbano. La complejidad del territorio se tomaba como una variable para generar atenciones preferentes o consideraciones de las prestaciones en el centro de mayor complejidad, sin embargo, se implementaron estrategias de aumento de la resolutoria armonizando las prestaciones de mediana o mayor complejidad con la complejidad del territorio.

Los resultados parciales permiten afirmar que se pueden hacer adecuaciones y generar estrategias de resolutoria local y colaborativa entre la redes asistenciales, favoreciendo modelos asistenciales y de continuidad de cuidado centrados en las personas, establecimientos rurales que respondan tanto a complejidades biomédicas como socioculturales.

La generación de polos especializados de atención al interior de la red sanitaria del territorio permite el uso eficiente de infraestructura de los establecimientos, la potenciación del recurso humano, las intervenciones comunitarias intensivas, entre otras, inciden en la mejora de continuidad de los cuidados y ofrece oportunidades de gestión multinivel pertinentes. Se observa que la distancia o el territorio puede cumplir un rol funcional en un macrored tributando al beneficio de una macrozona.

Las medidas implementadas muestran resultados parciales del rol que puede tener la Aps o los hospitales de baja complejidad si se les entrega prestaciones de salud de mediana o alta complejidad cuando a la par se intensifican las intervenciones comunitarias.

CONSIDERACIONES

La política de salud pública que llega al territorio, se implementa a través de los distintos dispositivos institucionales, éstos deben contemplar modelos con factores diferenciadores respecto a otras realidades, favoreciendo resolutivez local e incidiendo en una mejor respuesta a los desafíos epidemiológicos, clínicos, asistenciales, sociales e interculturales derivados del contexto.

La gestión sociosanitaria de las redes asistenciales debe poner énfasis en estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedad propio de la Aps, a la vez posibilitar ensambles con respuestas asistenciales-curativas en la institucionalidad de salud presente en el territorio, desarrollando y/o adecuando modelos de atención y cuidado acordes a la heterogeneidad y multiplicidad de realidades que coexisten en estas zonas extremas.

La modificación de las normativas de redes de salud debe avanzar a un ejercicio dinámico y flexible que esté vinculado al pulso comunitario y realidad territorial cambiante. El tiempo de revisión no debe estar solo dado por el pulso legislativo o un marco teórico definido sino por cómo se va comportando la realidad socio cultural.

REFERENCIAS

- (1) Mac-Clure y Calvo 2013 Mac-Clure Ó, Calvo R. Desigualdades sociales y tipos de territorios en Chile. Polis [Internet]. 2013;12(34):467-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-65682013000100023>
- (2) Martínez Nogueira R. Análisis de políticas públicas. Documento N° 22. Buenos Aires, Argentina: Forges; 1995.
- (3) Fidelli D. Acceder a salud hospitalaria en la región de Los Lagos: el costo de concurrir de forma presencial al Hospital de Puerto Montt para las familias de las provincias de Llanquihue y Palena. Santiago de Chile, Chile: Universidad de Chile; 2024.

NARRATIVAS EM MOVIMENTO: A *PRÁXIS* DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM CARTAS PEDAGÓGICAS

Andressa Ambrosino Pinto¹

Donizete Vago Daher

Maria Helena Mendonça de Araújo

Karla Santa Cruz Coelho

Enéas Rangel Teixeira

Sidênia Alves Sidrião de Alencar Mendes

Cristiano Ottoni Teatine Salles

Géssica Gonçalves Martins

Viviany Abreu de Souza Zerbinato

Hércules Rigoni Bossato

APRESENTAÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre e com pessoas, palavras, lugares, e ações, a partir do prisma do Sistema Único de Saúde (SUS), coproduzem cuidado em seus territórios de vida, de trabalho e de formação. Nesse sentido, por meio de uma *práxis* coletiva, vão coconstruindo saberes e fazeres configurando uma identidade profissional e pessoal singular, polinizando afetividades que perpassam por movimentos, intensidades, itinerários e sentimentos positivos e outros não tão positivos (1). Suas memórias e vivências sobre práticas de cuidado nos diferentes territórios foram reveladas em Cartas Pedagógicas, abrindo espaço para o expressar de afetividades, esperanças e desesperanças no trabalho em saúde. Compreende-se, pois, por Cartas Pedagógicas, como um documento, uma narrativa própria, individual ou coletiva que se fundamenta na história de vida e nas realidades vividas por quem as escreve. Em outras palavras, escreve-se a partir do que se vivencia, tomando como norte o lugar de onde se vem e o tempo em que se vive (2).

OBJETIVO

Analisar a *práxis* profissional de ACS, por meio de narrativas contidas em Cartas Pedagógicas.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, alinhado a Pesquisa-ação Participativa em Saúde (PaPS), que preconiza a participação ativa dos sujeitos em todas as fases da pesquisa, sendo considerado corresponsável pelo processo da pesquisa. Este é um subproduto de Tese de doutoramento defendida na UFF em 2023. Participaram 23 ACS do município de Macaé-RJ, componentes de quatro Unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

1 Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Instituto de Enfermagem. E-mail: andressaambrosino@gmail.com.

foi apresentado e assinado por todos, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do CM UFRJ-Macaé, com número 65479522.9.0000.5699. A apreensão dos dados foi por meio de Cartas Pedagógicas (CP) contendo narrativas dos sujeitos com roteiro-guia construído pela pesquisadora. Para manter o anonimato e o sigilo dos ACS, as CP foram identificadas por CP1, CP2, CP3, representando a sequência das narrativas. As CP foram produzidas em ato, no encontro presencial entre pesquisadora e ACS em suas respectivas Unidades de ESF. A análise narrativa foi a modalidade que melhor explicou o conjunto de dados, gerando duas temáticas que expressaram o pensamento central dos mesmos.

RESULTADOS

As narrativas endereçadas a gestores geraram duas temáticas: A práxis do ACS: entre duplos afetos; e Narrativas de ACS: o desafio do reconhecimento e visibilidade. Em relação a primeira, os ACS revelaram representações repletas de afetividades, ora positivas, ora não tão positivas: “autonomia, acolhimento e alegria; insatisfação, desesperança e tristeza” (CP2, 3 e 4). Diante dessa pluralidade de afetos, apreende-se que no cuidado efetivado, coexistem desejos de melhorias da vida dos usuários e famílias e satisfação individual com o fazer cotidiano. Reconhecem a sua práxis como uma ação geradora de autonomia. Reconhecem, também, práticas pouco resolutivas, determinadas pela estrutura dos serviços e pela cultura histórica do modelo biomédico. As atribuições têm sido distorcidas quando se atribui a ele o papel de ser mola propulsora da consolidação do SUS (3). Em relação a segunda temática, narraram as seguintes ações: “*Visitas Domiciliares (VD); acolhimento; treinamentos; reuniões de equipe; educação em saúde*” (CP4, 5, 7, 10 e 11). De modo unívoco destacaram as VD como espaços de reconhecimento pela *práxis* resolutiva diante de muitas ações, mas desafiadora e limitada diante de problemáticas complexas (violência doméstica, abandonos, etc.). Narraram, ainda, a co-existência de reconhecimento, visibilidades e invisibilidades. Por residirem no território e compartilharem da cultura local, são reconhecidos e adquirem visibilidade, favorecendo o vínculo e cultivando a confiança com usuários e famílias (4). Entretanto, há insatisfações por serem, de modo repetitivo, alçados a outras funções, representando não reconhecimento pelo desvio, equivocado, de seu elenco de atividades preconizadas pela PNAB, como por exemplo cumprirem agenda em funções administrativas.

CONSIDERAÇÕES

Em diferentes momentos das narrativas, foi anunciado que gestores, demais profissionais da saúde e usuários não deveriam esquecer que o trabalho do ACS é primordial e insubstituível ao provocar movimentos que contribuem para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS. Entre as muitas díades afetivas, foram narradas esperança do verbo “esperançar” e, também, desesperança. Neste mesmo território onde vivem e atuam os ACS constroem *práxis* ancoradas em “contentamentos descontentes” ao vivenciarem, paralelamente, visibilidades e invisibilidades. Diante das ricas e empoderadas narrativas, apreende-se que estes profissionais querem ter voz ativa, e sugerem saídas possíveis como espaços de fala nos diferentes espaços decisórios, assim como melhoria do trabalho

colaborativo em equipe e oferta de capacitações e treinamentos, que os empondere para um trabalho resolutivo, indicando, em diferentes narrativas, um “esperançar no SUS”.

REFERÊNCIAS

- (1) Chuengue AP, Franco TB. O reconhecer e o lidar dos ACS diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares. *Physis* [Internet]. 2018 out 8 [citado 2025 mar 9];28(4):e280404. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5HLSv4TBz3qJFGDKDQZMKMd/>
- (2) Dickmann I. As dez características de uma carta pedagógica. In: Paulo FS, Dickmann I, organizadores. *Cartas pedagógicas: tópicos epistêmico-metodológicos na educação popular*. Chapecó: Livrológia; 2020. p. 85-100.
- (3) Tomaz JB. Os ACS não devem ser um “super-herói”. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2002 fev [citado 2025 abr 6];6(10):75-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ycztrf6DGZLMhtjkrmhPtwp/>
- (4) Levy FM, Matos PE, Tomita NE. Programa de ACS: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 mar [citado 2025 mar 7];20(1):197-203. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/brwPfqgg4pXST8tyFYyH9Ts/>

O CUIDADO NA MARGEM-CENTRO

Luciana Corrêa de Sena Cajado¹

APRESENTAÇÃO

No oeste do Pará, Santarém viveu algo novo à sua história urbana contemporânea e à saúde pública global, desde março de 2020. Devido à pandemia da “Covid-19”, foi diretamente afetada por práticas de irresponsabilidade sanitária do governo federal brasileiro, semelhante a outras cidades amazônicas. Mas como as ações do Estado interferiram na vida de pessoas em extrema precarização social, nesse cenário, nas margens? A literatura sobre epidemias anteriores já informava a importância da observação, nas crises, da gestão da “população” e outros desdobramentos, o que justificou a estratégia de olhar para o fenômeno aqui através de um Estado biopolítico durante uma crise global. Com especial atenção às práticas assistenciais ofertadas às pessoas em extrema precarização social, como aquelas em situação de rua, por intermédio de instituições e políticas públicas e no modo como operavam trabalhadores da assistência social e da saúde. Com base nas contribuições teóricas da antropologia das margens (1), do estudo do Estado biopolítico, do biopoder (2,3) e do necrobiopoder (4), a análise desenvolvida correlaciona, o uso de estratégias de gestão das margens do Estado às repercussões na circulação, à associação entre pobreza e contágio, e à elaboração de um plano emergencial assistencial para esse público, entre outros aspectos.

OBJETIVO

Observar práticas de cuidado, assistência e gestão do Estado oferecidas às pessoas em situação de rua (PSR), em um centro urbano da Amazônia brasileira, durante a pandemia da Covid-19; compreender de quais modos esses processos interferiram nas dinâmicas das margens e no movimento das pessoas entre ruas e instituições do Estado.

METODOLOGIA

Os dados apresentados compõem a pesquisa de doutorado da autora, uma etnografia realizada, em Santarém, entre 2020 e 2022. Grande parte do trabalho etnográfico aconteceu de maneira integrada entre instituições, através de observação participante e entrevistas individuais, com agentes institucionais e usuários da rede pública socioassistencial de referência para atendimento e acolhimento de PSR, além de algumas equipes de saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro. Os cenários institucionais foram: um abrigo para adultos e famílias, uma instituição de referência para atendimentos diários de PSR (observadas em momentos distintos), três equipes de saúde (Consultório na Rua, Estratégia Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas). O abrigo, vale dizer, acolhia principalmente

1 Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Antropologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. E-mail: cajadoluciana@gmail.com

o público refugiado venezuelano de indígenas Warao. Somaram-se ainda dados da observação das ruas daquele centro urbano e o mapeamento de alguns materiais virtuais relacionados ao período e tema do estudo - esses últimos foram sistematizados por meio da “etnografia digital” (5,6). Para análise, utilizou-se a “análise de conteúdo”.

RESULTADOS

As ações das instituições etnografadas ocorreram sob a falta de uma agenda federal. Ainda assim, havia um notável esforço de agentes institucionais para responder aos efeitos da precarização da vida de territórios em que a calamidade afetava a economia, a política, a educação, a saúde das pessoas e a assistência social possível, no país (7). Em Santarém, houve alguns períodos de controle sobre a circulação com bloqueios sanitários e interrupção do transporte fluvial e aéreo. O auxílio emergencial do governo federal não foi acessado por todos de imediato. A atividade dos agentes institucionais que também participaram desta pesquisa nunca parou e não houve reajuste da remuneração, mesmo que, para muitos desses cenários, as condições fossem inseguras e precárias. Na cidade, circulou o discurso sobre associação entre proliferação da “Covid-19”, pobreza e precariedade (especialmente, condições de higiene), o qual já apareceu em outros momentos da história (8,9). Uma agenda intersetorial e interinstitucional de urgência foi criada com um plano de assistência às PSR, no primeiro semestre de 2020, resultado da pressão de alguns atores. A assistência social estruturou-se em torno do abrigo emergencial como estratégia principal (funcionou até julho/2020). Nos bloqueios sanitários, a segurança pública abordava PSR encontradas em circulação e orientava a sair da rua ou seguir para o tal abrigo. Setores da saúde reorganizaram os atendimentos públicos a pessoas com suspeita de Covid-19 em serviços volantes - os “Covidários” - onde, entre outras coisas, distribuíam o controverso “Kit Covid”. Em Santarém, não foram produzidos indicadores de morbimortalidade específicos sobre PSR, pois a informação não era coletada oficialmente como dado epidemiológico.

CONSIDERAÇÕES

Além do modo de condução da crise sanitária, no Brasil, as cidades amazônicas foram margens-laboratório do que poderia ser aplicável ao restante do país. Nesse processo, muitas vidas amazônicas foram afetadas de forma bastante desfavorável. Em contrapartida, a estratégia do abrigo, por meio de outra modalidade institucional, favoreceu aqui a ampliação do acesso de PSR a algum nível de proteção e práticas de cuidado. Depois de encerrado, porém, a atenção àquele público restringiu-se ao que já havia antes da crise. Entre as PSR, nessa fase, foi comum não buscar atendimento de saúde devido aos deslocamentos, o que complexificou o não acesso assistencial do público. Epidemiologicamente, o que se sabe é, provavelmente, subestimado sobretudo pelos dados da região norte. Da gestão do Estado contemporâneo sobre uma “população” nas margens, sobressaem suas técnicas (2,3): higienização, disciplina, medicalização, vigilância, ilegibilidade de dados, simultaneamente às tentativas de “fazer viver”.

REFERÊNCIAS

- (1) Das V, Poole D. El estado y sus márgenes: etnografías comparadas. Cuadernos de Antropología Social. 2008;27:19–52.
- (2) Foucault M. Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes; 2008.
- (3) Fassin D. Another politics of life is possible. Theory, Culture & Society. 2009;26:44–60. DOI: <https://doi.org/10.1177/0263276409106349>
- (4) Bento B. Necrobiopoder: quem pode habitar o Estado-nação? Cadernos Pagu. 2018;53:1–16. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201800530005>
- (5) Polivanov B. Etnografia virtual, netnografia ou apenas etnografia? Implicações dos conceitos. Esferas. 2013;2(3):62–71.
- (6) Fragoso S, Recuero R, Amaral A. Métodos de pesquisa para internet. Porto Alegre: Sulina; 2011.
- (7) Honorato BEF, Oliveira ACS.. População em situação de rua e Covid-19. Revista de Administração Pública. 2020; 54(4):1064–1078. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200268>
- (8) Beltrão JF. 2004. Cólera: o flagelo da Belém do Grão-Pará. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi; Universidade Federal do Pará.
- (9) Chalhoub S. 2017. Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras.

O OLHAR MÉDICO SOBRE A HESITAÇÃO VACINAL

Fabiana Turino¹

Erika Maria Sampaio Rocha

Jandesson Mendes Coqueiro

Fábio Gomes Goveia

Maria Angélica Carvalho Andrade

INTRODUÇÃO

As vacinas são essenciais para a saúde pública, prevenindo e erradicando doenças. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações, criado em 1973, consolidou-se como um dos maiores do mundo, garantindo acesso gratuito a imunizantes e reduzindo doenças (1). No entanto, a partir de 2014 ocorre queda nas coberturas vacinais com risco de ressurgimento de doenças erradicadas (1). Entre os fatores para essa queda está a hesitação vacinal, caracterizada pelo atraso ou recusa da vacinação. A hesitação tem causas multifatoriais, incluindo desinformação e desconfiança nas autoridades(1,2).

A pandemia de covid-19 evidenciou de maneira didática como a desinformação tem potencial para criar desconfiança nas vacinas. Esse problema foi impulsionado pelo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) chamou de “infodemia” – dificuldade no discernimento entre informações relevantes e não relevantes sobre algum tema (2). A OMS alertou para os riscos do comprometimento das campanhas de vacinação por falta de comunicação eficaz, o que pode agravar a hesitação vacinal. Estudos apontam que os profissionais de saúde, em especial os médicos, desempenham um papel crucial, promovendo informação qualificada e combatendo a desinformação (3). Estratégias de acolhimento e escuta ativa por parte desses profissionais são essenciais para reconstruir a confiança na vacinação e reforçar seu caráter coletivo (2,3).

OBJETIVO

Analisar o papel estratégico dos médicos diante das manifestações da hesitação vacinal no contexto da pandemia de Covid-19. Evidenciar como esses profissionais se colocaram no centro de disputas simbólicas, científicas e políticas, e de que maneira poderiam, ou não, exercer influência positiva sobre a decisão vacinal da população.

METODOLOGIA

Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico o cuidado de si de Michel Foucault. A pesquisa foi realizada numa Instituição de Ensino Superior no

1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).
E-mail: turino.fabiana@gmail.com

Espírito Santo. Foram entrevistados 15 profissionais de saúde, entre médicas e médicos que atuaram na assistência direta e contínua ao paciente. A amostra foi definida pela metodologia “bola de neve” (4), uma forma de amostragem não probabilística, que utiliza cadeias de referência, muito útil para estudar determinados grupos específicos e difíceis de serem acessados. A técnica é empregada principalmente para fins exploratórios, permitindo o desejo pela melhor compreensão do tema.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas projetivas e da observação, ao longo de todo o processo, como forma de subsídios para elaboração do diário de campo. A entrevista projetiva utiliza recursos visuais (quadros, pinturas, fotos) para estimular a resposta do pesquisado. Na pesquisa foi desenvolvido um painel de notícias e imagens sobre imunizantes e hesitação vacinal. Foi utilizado o software aTLAS T.I para auxiliar na organização dos dados e na otimização do processo analítico.

RESULTADOS

A análise das entrevistas com médicos revelou seis categorias temáticas centrais. 1) Qualificação Profissional: Nessa categoria, os participantes destacaram a importância da capacitação contínua e do conhecimento técnico sobre vacinas. Apontaram desafios no cotidiano e carência de formações sistemáticas, valorizando a educação continuada e a pesquisa científica como apoio à prática baseada em evidências. 2) Formação Profissional: Esta categoria evidenciou falhas na formação inicial. A necessidade de formação crítica para os jovens profissionais foi um destaque. 3) Responsabilidade Profissional: Nessa categoria, os entrevistados enfatizaram o compromisso ético com a saúde coletiva, a orientação ao paciente e a responsabilidade social, especialmente em contextos de vulnerabilidade. Relataram impactos negativos na adesão vacinal decorrentes de falhas na orientação e comunicação. 4) Comunicação: Foi a categoria mais expressiva. Destacou-se a comunicação eficaz como fundamental para a confiança na vacinação. Houve menções ao acesso e segurança da informação, além de dificuldades comunicacionais. A insistência na veracidade da informação reforça a relevância do discurso ético e claro dos profissionais. 5) Desinformação/Notícias Falsas: Nessa categoria, essa temática foi identificada como barreira transversal à vacinação. Os médicos relataram impactos diretos das notícias falsas e dificuldades em combater a desinformação sem apoio institucional. 6) Segurança Vacinal: Nessa categoria, os profissionais preocupados com a confiança nas vacinas e hesitação vacinal, apontaram barreiras operacionais e a importância de estratégias educativas e institucionais para fortalecer a adesão aos imunizantes.

CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES

O estudo evidenciou uma articulação entre as categorias, revelando que a qualificação e a formação profissional são fundamentais para garantir uma comunicação eficaz e responsável, sobretudo perante contextos de desinformação. A responsabilização profissional emerge como eixo central da prática médica, com forte impacto na orientação ao paciente e no enfrentamento à hesitação vacinal. Além disso, o acolhimento das dúvidas dos pacientes, aliado a uma comunicação empática, fortalece a

confiança e amplia a adesão vacinal. A articulação entre ciência, poder, cuidado em ato e cuidado de si oferece ferramentas para compreender e enfrentar esse desafio.

O cuidado de si, conforme Michel Foucault, não é isolado do coletivo (5). A vacinação representa tanto uma escolha individual quanto um compromisso social. Ao demonstrar que os médicos enxergam os desafios da hesitação vacinal, este estudo propõe o cuidado de si e do outro e a ética como pilares na retomada das altas coberturas vacinais.

REFERÊNCIAS

- (1) Sato APS. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? *Rev Saúde Pública*. 2018;52:96. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199>
- (2) Organização Mundial da Saúde (OMS). Gerenciando epidemias: fatos importantes sobre as principais doenças mortais. Genebra: OMS; 2018 [citado 2025 maio 10].
Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/managing-epidemics-interactive.pdf>
- (3) Kfoury RA, Levi GC. Controvérsias em imunizações 2020. 1ª ed. São Paulo: Segmento Farma; 2021 [citado 2025 maio 10].
Disponível em: <https://sbim.org.br/images/books/controversias-imunizacoes-2020.pdf>
- (4) Vinuto J. Uma amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014;22(44):203–20. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
- (5) Foucault M. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.

O QUE PENSAM JOVENS TRANS, TRAVESTIS E NÃO BINÁRIOS SOBRE SUAS EXPERIÊNCIAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE? NARRATIVAS A PARTIR DE UM ESTUDO SOCIOANTROPOLÓGICO EM DIFERENTES MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Guilherme Lamperti Thomazi¹

Hevelyn Rosa²

Nathália Pacífico de Carvalho³

Cristiane da Silva Cabral⁴

INTRODUÇÃO

Este trabalho analisa as experiências de jovens trans, travestis e não binários com os serviços de saúde no Brasil, destacando as questões de acesso e a qualidade dos serviços a partir de entrevistas semiestruturadas. O estudo parte de uma visão feminista das categorias sexo e gênero, que considera ambos como tecnologias sociais e políticas, desafiando a visão cisheteronormativa que define o sexo como uma categoria natural e imutável. Em nossa sociedade, em que o padrão hegemônico estipula que ser cisgênero é o esperado e incentivado, pessoas trans têm sido sistematicamente consideradas como desviantes e doentes (1). A pesquisa questiona a lógica binária do sexo e gênero e como essa construção permeia práticas de saúde, muitas vezes reduzindo a identidade trans à necessidade de intervenções corporais (2). Na esteira de governos progressistas na virada do milênio, novas políticas focadas na saúde de pessoas trans começaram a existir no Brasil a partir de 2008, mas ainda são pouco difundidas e sua implementação no país ainda é incipiente (3).

OBJETIVO

O objetivo da pesquisa consiste em entender as questões relacionadas ao acesso à rede de saúde e à adequação/qualidade dos serviços sob a perspectiva de jovens trans entrevistados/as.

METODOLOGIA

Os dados analisados neste artigo são provenientes do projeto “Jovens na era digital”, um estudo multicêntrico qualitativo desenvolvido com o objetivo de compreender os comportamentos sexuais

1 Doutorando em Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: guigalthomazi@gmail.com

2 Pós-doutoranda. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. FAPESP 2023/13347-0.

3 Doutoranda em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Belo Horizonte, MG, Brasil.

4 Professora Associada. Departamento de Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. CNPq 308568/2022-2. FAPESP 2021/08571-3.

e reprodutivos de jovens de 16 a 24 anos, explorando os contextos dessas dinâmicas no âmbito das relações mediadas por mídias sociais. Para recrutar interlocutores foi utilizado a metodologia bola de neve. Foram entrevistados 194 jovens em seis cidades localizadas em diferentes regiões brasileiras (4). A maioria dos jovens entrevistados se identificava enquanto cisgêneros. Entretanto, considerando a relevância de abordar as especificidades das pessoas trans no Brasil, decidimos analisar as biografias dos sete jovens que se identificaram enquanto trans, travestis ou não binários participantes desta pesquisa com foco em suas experiências com serviços de saúde. A análise do material empírico se deu por meio da análise temática de conteúdo (5). Usou-se nomes fictícios para proteger o anonimato dos entrevistados. A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e pelos comitês de ética das instituições envolvidas, sendo o parecer 46977021.3.0000.5421 relativo ao da instituição matriz.

RESULTADOS

Os participantes residiam em Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo, são majoritariamente brancos, com alto grau de escolaridade e pertencem a camadas socioeconômicas médias. As narrativas dessas pessoas revelam experiências comuns sobre barreiras no acesso aos serviços de saúde, especialmente devido ao desconhecimento dos profissionais sobre questões de saúde sexual e procedimentos relacionados às vivências não-heteronormativas. Muitos jovens relatam desinformação e até dissuasão, como exemplificado por Bernardo, que foi desencorajado por uma médica a iniciar a hormonização devido à suposta falta de estudos sobre essa intervenção. Essas experiências contribuem para um afastamento desses jovens dos serviços de saúde, com alguns adotando a estratégia de autoproteção, evitando o sistema de saúde. Jovens trans, travestis e não binários encontram maiores dificuldades de acessar os serviços do SUS, sobretudo os não especializados (2, 3). No entanto, os ambulatorios trans são vistos como espaços de acolhimento e cuidado adequado (6). Os relatos de Pietra, Caio e Bernardo descrevem esses espaços como refúgios onde podem receber atendimento compreensivo e não violento. Estes ambulatorios se destacam como locais onde as necessidades dessas pessoas são respeitadas, ao contrário de outros serviços de saúde onde podem enfrentar violência ou discriminação. O estudo evidencia a importância desses serviços especializados para o bem-estar e a confiança dos jovens trans, travestis e não binários no sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES

Este estudo destaca o distanciamento de jovens trans dos serviços públicos de saúde motivado pelo desconhecimento, desrespeito e desinteresse por parte de profissionais, levando-os a buscar cuidado e informação em redes de apoio, pares e mídias digitais, nem sempre confiáveis. Ambulatorios trans influenciam positivamente o acesso, mas é necessário evitar a “ambulatorização” da saúde trans, restringindo o cuidado a espaços especializados. Persiste a visão restrita de que cuidados se limitam a hormônios e prevenção de IST, orientados pela cisheteronormatividade. O estudo aponta a necessidade de explorar mais os desafios enfrentados por jovens trans nos serviços de saúde, bem como as estratégias

desenvolvidas para transpor tais barreiras. É fundamental sensibilizar e qualificar profissionais de saúde, além de investir na efetivação das políticas existentes. Além disso, é preciso avaliar e reformular tais políticas para que acolham a diversidade e promovam a equidade.

REFERÊNCIAS

- (1) Preciado PB. Testo junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. 1ª ed. São Paulo: N-1 Edições; 2018.
- (2) Almeida G, Murta D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. Sex Salud Soc (Rio J). 2013;(14):380-407. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000200017>
- (3) Ávila S. Transmasculinidades: a emergência de novas identidades políticas e sociais. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Multifoco; 2014.
- (4) Cabral CS. Juventudes, sexualidade e saúde: reflexões teóricas e metodológicas a partir de uma pesquisa multissituada sobre trajetórias afetivo-sexuais juvenis. Saude Soc. 2024;33(1):e250103. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024240041pt>
- (5) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2021.
- (6) Thomazi GL, Ávila S, Teixeira LB. Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans. Sex Salud Soc (Rio J). 2022;(38):e22302. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22302.a>

O SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: ENTRE A PRÁTICA PROFISSIONAL E OS CAMINHOS DO TRABALHO EM EQUIPE

Ludimila Carvalho da Silva¹

Isabela Santos de Lima²

INTRODUÇÃO

A atuação do Serviço Social na saúde exige do profissional a ampliação do conhecimento para lidar com as demandas da população na saúde. Nos Cuidados Paliativos, a abordagem multiprofissional é essencial para o cuidado centrado no usuário com doença ameaçadora à vida e sua família, incluindo o luto, com vistas a melhorar a qualidade de vida, influenciar positivamente o curso da doença e controlar situações clínicas estressantes (1).

A intervenção em saúde demanda saberes múltiplos na busca do atendimento integral das determinações sociais que impactam o processo saúde-doença. A atuação do Serviço Social toma então os contornos de um sujeito que se insere no trabalho coletivo em saúde, posicionando-se na luta contra as desigualdades sociais, ao ter como referência a concepção ampliada de saúde que reconhece a relação entre as determinações sociais, econômicas, políticas e culturais e o processo de adoecimento (2).

Baseado na literatura crítica contemporânea e nos referenciais do projeto ético-político do Serviço Social e da Reforma Sanitária, este estudo propõe o diálogo entre duas pesquisas que tiveram como objetivo analisar a atuação do assistente social na saúde, junto os usuários (e suas redes de apoio) com doenças ameaçadoras à vida, nos serviços de Cuidados Paliativos.

OBJETIVO

Objetiva-se refletir sobre a potencialidade da contribuição do Serviço Social, a partir do conceito de saúde ampliada, nas equipes multiprofissionais dos serviços de Cuidados Paliativos. A análise se debruça na intervenção do Serviço Social junto às pessoas acometidas por doenças ameaçadoras à vida e seus familiares, considerando a integralidade do cuidado diante da complexidade dos múltiplos aspectos que envolvem adoecimento e do luto.

METODOLOGIA

A investigação proposta apresenta apontamentos sobre os resultados de duas pesquisas que utilizaram a entrevista como fonte primária de investigação na análise do trabalho do assistente social junto às pessoas com doenças ameaçadoras à vida. O campo de pesquisa dos estudos foram duas unidades de saúde de alta complexidade vinculadas ao Estado do Rio de Janeiro, mais precisamente

1 FSS/UERJ. E-mail: ludiicarvalho66@mail.com

2 FSS/UERJ.

os serviços oncológicos prestados por essas unidades e seus usuários com doenças ameaçadoras da vida. As investigações receberam pareceres favoráveis, nº 6.273.960 e nº 5.79.049, em seus respectivos comitês de ética em pesquisa.

Este estudo tem caráter qualitativo, com as assistentes sociais que atuam/ram nos serviços paliativos e junto às pessoas com doenças ameaçadoras da vida. Para isso, esse estudo contou com a coleta de fontes primárias, com a realização de uma entrevista pautada em um formulário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas. Para as secundárias foi realizada uma pesquisa documental e bibliográfica. Desse modo, adotou-se, nesse estudo, o método crítico dialético para a análise das informações coletadas.

RESULTADOS

A prática de cuidados paliativos visa uma abordagem de cuidado que envolve múltiplas dimensões, uma perspectiva que coloca no horizonte práticas fundamentais para o efetivo cumprimento dos princípios de integralidade e universalização do direito à saúde (3).

Enquanto profissional da saúde, o assistente social contribui para desvelar o impacto do conjunto de determinações sociais, econômicas e culturais no processo de adoecimento e na experiência da finitude. Tais determinações demandam a intervenção de diversas categorias para as possibilidades de cuidado nesse processo específico (4).

Os resultados encontrados nas pesquisas apontam para a potencialidade da atuação do Serviço Social na ampliação da perspectiva de saúde ampliada nas equipes por meio do desvelamento da realidade na qual seus usuários estão inseridos, pois evidenciam os elementos relacionados ao viver e as condições socioeconômicas. Por esta via, ressaltam-se os debates sobre a viabilização de direitos dos usuários, a atenção humanizada, escuta, acolhimento e socialização de informações diante da abordagem proposta pelos Cuidados Paliativos e do Serviço Social.

Revelou-se a vigência dos debates da Reforma Sanitária que fundamentam o SUS público, gratuito e universal. Seu caráter público, tão ameaçado recentemente, sendo uma necessidade para a efetivação dos avanços contidos na Política Nacional de Cuidados Paliativos no país, instituída pela Portaria nº 3.681 de 7 maio de 2024 [5]. Como apontado pelos entrevistados, as condições de trabalho presentes na saúde após mais de 30 anos de existência do SUS estão no caminho para pensar a integralidade do atendimento e da promoção da qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES

A compreensão dialética do Serviço Social permite entender o cotidiano do exercício profissional como espaço para uma atuação vinculada ao Projeto Ético-Político e para seu questionamento vivo mediante a realidade concreta. Tal potencialidade encontra-se indicada nas entrevistas diante do trabalho multiprofissional.

No entanto, a potência da atuação em equipe é impactada pela as condições de trabalho, pelo esgotamento dos profissionais diante das demandas enfrentadas com o sucateamento e a privatização velada o que impacta na qualidade dos serviços de saúde. Uma realidade que se aprofunda diante da crise e situação atual da saúde do Rio de Janeiro.

Nesse sentido, é importante pensar a formação enquanto processo contínuo, e o conceito de saúde ampliada atrelado aos debates do Movimento da Reforma Sanitária, que possui uma lacuna inegável entre o momento da efervescência político social desse movimento com os debates no serviço social (6).

REFERÊNCIAS

- (1) Castilho RK, Pinto CS, Silva VCS. Manual de cuidados paliativos. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2021.
- (2) Martinelli ML. Serviço social em hospital-escola: um espaço diferenciado de ação profissional. *Serv Soc Saúde*. 2002;1(1).
- (3) Silva LB, et al. O serviço social na residência multiprofissional em oncologia no Instituto Nacional de Câncer. *Serv Soc Saúde*. 2015 maio;11(1):51.
- (4) Frossard A, et al. Serviço social e oncologia: os cuidados paliativos em foco. *e-Rev Facitec*. 2018;9(2).
- (5) Brasil. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2024 maio 7 [citado 2025 abr 9]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html
- (6) Bravo, MIS. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

O SUS E A COOPERAÇÃO INTERFEDERATIVA: O PAPEL ESTRATÉGICO DAS COMISSÕES INTERGESTORES NA REGIÃO METROPOLITANA I DO RIO DE JANEIRO

Marta Gama de Magalhães¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O SUS ao consolidar-se como política pública descentralizada e de gestão compartilhada, enfrenta o desafio permanente de articular as responsabilidades sanitárias entre União, estados e municípios(1). Essa dinâmica exige interação solidária e interdependente, visando à transformação do modelo assistencial e à efetivação do direito à saúde (2). Apesar dos avanços normativos, persistem lacunas no alinhamento federativo, comprometendo a coordenação territorial das políticas de saúde. As Comissões Intergestores – Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regionais (CIR) – emergiram como instâncias fundamentais de pactuação, instituídas a partir dos anos 1990 (3) para mediar conflitos e fortalecer a governança interfederativa. Seu desenho institucional baseia-se em princípios dialógicos, transparência e controle social, representando uma aposta na cooperação entre os entes (4). Contudo, a complexidade das relações intergovernamentais, marcada por assimetrias de poder e divergências de interesses, muitas vezes limita sua eficácia. Este estudo debruça-se sobre a Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, investigando como se configuram as relações intergovernamentais na CIB e na CIR e seus condicionantes. Busca-se compreender as dimensões da institucionalidade e da participação dos entes nas instâncias de pactuação, as características do processo decisório e o contexto e os marcos políticos.

OBJETIVO

Analisar as relações intergovernamentais a partir das Comissões Intergestores na região metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2022.

METODOLOGIA

Esta pesquisa, de abordagem qualitativa, adotou como métodos a análise documental e entrevistas semiestruturadas com atores-chave, utilizando um roteiro fundamentado no referencial teórico do estudo. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, sendo organizados em uma narrativa temático-cronológica que permite compreender a dinâmica das relações intergovernamentais. A abordagem metodológica baseou-se na análise de políticas públicas, com foco no componente político-institucional da governança federativa do SUS no estado do Rio de Janeiro. O estudo examinou quatro dimensões interrelacionadas: o contexto político e sanitário estadual, a configuração dos espaços de governança (CIB e CIR), as características do processo decisório e os

1 Fiocruz – RJ. E-mail:martamagalhaes47@gmail.com

principais atores envolvidos. A investigação abrangeu o período de 2015 a 2022, compreendendo dois ciclos de governo e incluindo o período crítico da Emergência Sanitária da COVID-19.

RESULTADOS

O estudo identificou que as Comissões Intergestores (CIB e CIR) no Rio de Janeiro possuem estrutura normativa consolidada e funcionamento regular, mas enfrentam desafios concretos que limitam sua efetividade na governança regional do SUS. Enquanto a CIR mostra dificuldades operacionais - como carência de recursos técnicos e insuficiente capacidade resolutiva de seus espaços técnicos, a CIB apresenta fragilidades político - institucionais, incluindo participação limitada da liderança sanitária estadual e esvaziamento de seus espaços técnicos. A pandemia de covid-19 acentuou essas fragilidades, transformando muitas reuniões em momentos protocolares, embora tenha também demonstrado a capacidade de adaptação dessas instâncias frente a emergência sanitária. O processo decisório segue um fluxo bem estabelecido, com destaque para o papel estratégico da reunião SES/COSEMS - um espaço informal que antecede a CIB plenária e atua como filtro para conflitos e negociações. Esse mecanismo mostrou-se fundamental para garantir decisões por consenso, mesmo em contextos desafiadores. As relações intergovernamentais mantêm-se predominantemente cooperativas, seguindo os princípios constitucionais do SUS, mas sofrem variações conforme os contextos políticos e as crises institucionais. Mudanças de gestão, crises éticas, políticas e econômicas e a própria pandemia emergiram como fatores críticos que testaram os limites e a resiliência desse modelo de governança compartilhada.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

As Comissões Intergestores na Região Metropolitana I do RJ consolidaram-se como espaços institucionais fundamentais para a governança do SUS, porém revelam contradições entre seu potencial teórico e os desafios práticos. Apesar da estrutura bem estabelecida e da regularidade, observam-se limitações operacionais e fragilidades político-institucionais. A análise confirma a importância do modelo cooperativo do SUS, evidenciado pela predominância de decisões pactuadas e pela criação de mecanismos adaptativos como a reunião SES/COSEMS. Mas, os resultados apontam a necessidade de fortalecimento técnico dessas instâncias, maior engajamento das lideranças estaduais e municipais, bem como a revisão dos fluxos de trabalho entre as instâncias para garantir efetividade nas decisões regionais. O estudo sugere que a sustentabilidade do modelo federativo do SUS depende não apenas de arranjos formais, mas da construção permanente de capacidades institucionais e da superação de assimetrias entre os entes.

REFERÊNCIAS

- (1) Arretche M. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro, Brasil: Fundação Getulio Vargas; Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
- (2) Souza C. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. Cad Saúde Pública. 2019;35.
- (3) Lima LD. O processo de implantação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do RJ [dissertação]. Rio de Janeiro, Brasil: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1999.
- (4) Brasil. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 3).

PENSAR JUNTAS: A EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO CONSULTIVO DE ADOLESCENTES EM UMA PESQUISA SOBRE AUTOMUTILAÇÃO

Madalena Campos Cirne¹

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O crescente interesse acadêmico no desenvolvimento de abordagens teóricas e metodológicas que consideram as crianças como centrais na construção de conhecimento sobre si mesmas começou no final da década de 1980, tendo como marco a promulgação da Convenção sobre os Direitos da Criança, em 1989 (1). Nas metodologias participativas, espera-se que crianças e adolescentes assumam um papel ativo em diversas etapas da pesquisa, indo além da valorização de suas vozes, rumo à participação democrática (1). Cabe discutir, porém, o quanto o ideal normativo e universalizante da criança global – com agência, autonomia, direitos e competência – permeia essas propostas (2). Gallacher e Gallagher (3), por exemplo, questionam a ideia de que só há exercício de agência em métodos participativos, e apontam como crianças resistem, manipulam e se apropriam dos recursos de pesquisas a todo momento, e não só quando pensamos estar criando espaços para elas. Ainda, mesmo as pesquisas que buscam empoderar as crianças e adolescentes podem vir a estar relacionadas a ansiedades e desejos adultos sobre elas e engajadas na produção de futuros cidadãos ideais.

OBJETIVO

Este trabalho busca refletir sobre a experiência de construção de um Grupo Consultivo de Adolescentes, uma metodologia de pesquisa participativa, no âmbito de uma pesquisa de doutorado sobre automutilação, cuidado e adolescência. A tese, ainda em desenvolvimento, tem como objetivo compreender os modos como os adolescentes produzem cuidados em relação à automutilação, a partir de uma etnografia com abordagem participativa em uma escola estadual em Natal/RN.

DESENVOLVIMENTO

A decisão de pesquisar sobre cuidado e práticas relacionadas à automutilação em escolas se produziu acompanhada de várias tensões relacionadas desde dificuldades daqueles que se automutilam em falar sobre essa prática a ansiedades de adultos acerca de um risco de contágio. Frente essas inquietações, realizei a minha entrada em campo a partir e junto a um Grupo Consultivo de Adolescentes, uma estratégia de pesquisa participativa na qual adolescentes contribuem com etapas específicas da elaboração de uma pesquisa contribuindo com sua expertise. A escolha de trabalhar com uma metodologia participativa surge justamente da aposta em pensar junto aos adolescentes

1 Doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro IMS/UERJ. E-mail: madalenacirne@hotmail.com

sobre como falar de automutilação de uma maneira ética e cuidadosa e nos seus termos, ao invés de simplesmente agir a partir dos termos de prevenção e tratamento propostos pelo campo psi. O Grupo Consultivo de Adolescentes, ou o grupo de co-pesquisadoras, como passamos a chamar ao longo do processo, foi constituído entre outubro e dezembro de 2023, a partir de indicações da direção da escola, e, posteriormente, de uma professora que se engajou com a pesquisa e das próprias adolescentes já envolvidas. Apesar da tentativa inicial de divulgar a proposta por cartazes, não houve inscrições espontâneas por esse meio. Os encontros iniciais com os alunos indicados envolveram a leitura dos termos (TALE e TCLE), e foram marcados ora pelo compartilhamento espontâneo das próprias experiências com a automutilação ora por um certo desinteresse e tédio pela leitura de um documento que apesar de escrito em uma linguagem coloquial e acessível, ainda era um texto de 5 páginas. Cerca da metade dos alunos e alunas indicadas escolheu não seguir na pesquisa. Algumas disseram que os pais não autorizaram; outras apenas passaram a me evitar na escola ou demonstraram desconforto em dar explicações. Um único rapaz foi indicado, mas recusou, antecipando que os pais não concordariam. Chamou atenção o fato de todas as co-pesquisadoras efetivas serem meninas, e de todos os TCLEs terem sido assinados pelas mães. Nesse processo, é possível destacar algumas questões, desafios mas também potencialidades relacionadas à produção de uma pesquisa participativa: o envolvimento das alunas ocorreu majoritariamente a partir de indicações de profissionais adultos da escola; a possibilidade delas realmente se engajarem com a pesquisa foi condicionada pela autorização dos seus pais ou responsáveis; algumas atividades inerentes ao processo de fazer pesquisa mostraram-se tediosas ou desinteressantes; entretanto, apesar dos entraves, algumas alunas desejaram colaborar com a pesquisa; compartilhamentos de experiências com automutilação aconteceram de maneira espontânea; e alunas convidaram suas amigas para também colaborarem com a pesquisa.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

No processo de construção dessa pesquisa uma série de limites e tensões relacionadas à pesquisa participativa se presentificaram. Mas houve também, apesar disso, o desejo de algumas alunas em se envolverem com a pesquisa e com o pensá-la. Entendo que a força da metodologia participativa nessa investigação reside não no empoderamento que essa propicia para as co-pesquisadoras, e sim no poder contar com seus conhecimentos, com suas experiências e com suas ideias. Como apontam Pérez e Silva (4, p. 121) “considerar outra lógica de proteção e cuidado envolve necessariamente a construção de relações intergeracionais que sejam mais parceiras e que possibilitem trocas entre crianças e adultos, assumindo ambas as suas parcelas de comprometimento e responsabilidade”.

REFERÊNCIAS

- (1) Fernandes N, Marchi RC. A participação das crianças nas pesquisas: nuances a partir da etnografia e na investigação participativa. *Revista Brasileira de Educação*. 2020;25:e250024. DOI: 10.1590/S1413-24782020250024

- (2) Castro LR. Os universalismos no estudo da infância: a criança em desenvolvimento e a criança global. Em: Castro LR, organizador. *Infâncias do sul global: experiências, pesquisa e teoria desde a Argentina e o Brasil*. 1a ed. São Paulo, Brasil: Cortez; 2021. p. 41–60.
- (3) Gallacher L-A, Gallagher M. Methodological immaturity in childhood research?: thinking through ‘participatory methods’. *Childhood*. 2008;15(4):499–516.
- (4) Pérez BC, Silva CFS. “Fazer parte de tudo e transformar o mundo”: o que falam as crianças da favela Santa Marta sobre sua participação e relação com os adultos. Em: Castro LR, organizador. *Infâncias do sul global: experiências, pesquisa e teoria desde a Argentina e o Brasil*. 1a ed. São Paulo, Brasil: Cortez; 2021. p. 109–130.

PERCEPÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA POR AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE E PESCADORAS ARTESANAIS EM ZONA DE SACRIFÍCIO AMBIENTAL

Leila Claudia Monteiro de Castro dos Santos Braga¹

Gabriel Eduardo Schütz

INTRODUÇÃO

A atividade de pesca artesanal é diretamente influenciada pelas leis da natureza, constituindo um modo de vida com importante interação socioambiental, configurando parte dos processos reprodutivos, simbólicos e imateriais (1). A organização da vida social da comunidade pesqueira relaciona-se intimamente com o território, dependendo da natureza e das condições em que se realiza (2).

A participação feminina na pesca artesanal ocorre em inúmeras etapas do processo além de assumirem tarefas domésticas e de cuidado familiar, podendo caracterizar longas rotinas, chegando a 12 a 16 horas diárias. Como possíveis agravos à saúde da mulher pescadora encontram-se as Lesões por Esforço Repetitivo (LER), câncer de pele, varizes, dentre outros (3).

A Ilha da Madeira encontra-se na região da Baía de Sepetiba. Sua proximidade com o complexo industrial de Santa Cruz (Rio de Janeiro/RJ) e seu potencial navegável ocasionaram o investimento em uma tríade logística (portuária, rodoviária e ferroviária) e a consequente implantação de diversos empreendimentos de alto potencial poluidor, com impactos no modo de vida da comunidade pesqueira (4).

OBJETIVO

O estudo teve como objetivo analisar como os impactos socioambientais determinam as condições de vida, trabalho e saúde de pescadoras artesanais da Ilha da Madeira (Itaguaí/RJ).

METODOLOGIA

Tratou-se de uma investigação qualitativa onde foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 3 ACS, acerca da percepção sobre território e a saúde das pescadoras da região. As mesmas indicaram lideranças locais que foram acessadas pela equipe de pesquisa e que, por sua vez, indicaram as pescadoras. As pescadoras foram convidadas a participar de dois encontros, onde foram realizadas entrevistas abertas com elementos disparadores para nortear a coleta de dados. Das 10 pescadoras convidadas, apenas 02 participaram efetivamente dos encontros, o que caracteriza uma limitação da presente investigação. Os dados verbais coletados foram transcritos e analisados sob a perspectiva da Análise de Conteúdo de Bardin (5), utilizando o software IRAMUTEQ a fim de subsidiar a análise

1 Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – IESC/UFRJ. E-mail: leilamonteiro.fono@gmail.com

(6) através de Estatísticas textuais clássicas, Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Análise Fatorial por Correspondência (AFC).

RESULTADOS

O corpus textual foi composto por 5 textos, 89 segmentos de texto, sendo 66 classificados pelo IRAMUTEQ (74,16% de aproveitamento). Foram encontradas 3082 formas lexicais, com 710 lemas, sendo 576 formas ativas, 128 formas suplementares e 406 hapax.

A CHD resultou em um dendrograma com seis classes, categorizadas por temática: Classe 1 (Processo de trabalho – 13,6%), Classes 2, 3 e 5 (Território – 56%), Classe 4 (Vivências – 16,7%) e Classe 6 (Saúde – 13,06%), sendo esta última o recorte escolhido para o presente trabalho.

A AFC evidenciou que os dados verbais estatisticamente relevantes relativos à Saúde (P até 0,05 ou X^2 acima de 3,84) emanaram apenas de entrevistas com ACS. Os trechos de fala das pescadoras ocorreram em menor frequência, sendo descartados pelo software. Considerando a relevância da análise, tais trechos foram considerados a partir de uma análise qualitativa da categoria Saúde.

Questionadas quanto as principais demandas de saúde das pescadoras, as ACS apontaram: doenças respiratórias e dermatológicas, associadas a exposição ao pó de minério; associadas a poluição do mar; e acidentes aquáticos, ocasionados por ferramentas de pesca e água-viva. As ACS mencionaram dificuldades na prevenção de doenças e agravos por parte das pescadoras; necessidade de oferta de primeiros socorros diferenciado na unidade básica; e dificuldade de acesso a especialistas no SUS.

As pescadoras expuseram situações relacionadas a doenças ocupacionais (artrose, catarata e LER/DORT), associadas a atividade de pesca/mariscagem; doenças dermatológicas, associadas a poluição por esgoto e minério; e acidentes oriundos da atividade de pesca/mariscagem e do tráfego de navios.

CONSIDERAÇÕES

Observou-se que a percepção das ACS quanto ao processo saúde-doença das pescadoras não levou em consideração aspectos ocupacionais, estando fortemente associado às questões da poluição ambiental e urgência/emergência. Tal incongruência poderia explicar a dificuldade relatada quanto a prevenção de doenças e agravos junto às pescadoras. A Política de Educação Popular em Saúde poderia contribuir no planejamento de ações mais assertivas, que dialoguem com o que é percebido como uma demanda de saúde para esta comunidade.

Quanto aos primeiros socorros, acredita-se que possa haver inadequações estruturais ou ainda pouco entendimento do papel da APS no manejo de urgências. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde poderia contribuir na adequação de tais processos de trabalho.

Em relação ao acesso a especialistas no SUS, a ausência de equipes de retaguarda da APS pode ser um complicador longitudinalidade do cuidado na rede municipal de saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Venturato RD, Valencio NFL da S. Desafios do modo de vida da pesca artesanal em uma região em crescimento: a comunidade Tanquã, Piracicaba/SP. Bol Inst Pesca. 2009;35(2):319-33.
- (2) Lopes VM. Era uma vez uma ilha de pescadores artesanais: impactos socioambientais dos grandes complexos industriais, conflitos e resistência [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2013.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. A saúde das pescadoras artesanais. Brasília: MS; 2018.
- (4) Paz MOC. Território, conflitos e pesca artesanal: os impactos do Porto Sudeste no cotidiano dos pescadores artesanais na Ilha da Madeira-Itaguaí [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2018.
- (5) Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 229 p.
- (6) Ramos MG, Lima VMR, Rosa MPAM. Contribuições do software IRAMUTEQ para a Análise Textual Discursiva. CIAIQ. 2018;1:1-10.

PERFIL DOS MÉDICOS DA AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SUS ATUANTES NO PROVIMENTO FEDERAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Vinicius Santos Sanches¹

Rayane Cavalcante Pereira Batista

Dyeferson Kened da Silva Coelho Guimarães

Cristyane Judith de Oliveira Silva

Diego Ferreira Lima Silva

Caroline Castanho Duarte

Luciana Maciel de Almeida Lopes

INTRODUÇÃO

O Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) configura-se como uma estratégia nacional de enfrentamento às desigualdades no acesso à saúde, com ênfase na consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Instituído pela Lei nº 13.958 de 2019, o programa é operacionalizado pela Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS) e integra-se ao Programa Mais Médicos para o Brasil, mantendo o compromisso de garantir a presença de profissionais médicos em regiões historicamente desassistidas^{1,2}. O histórico das políticas de provimento médico no Brasil revela um cenário de permanentes desafios relacionados à interiorização dos profissionais e à fixação em áreas de difícil acesso. Experiências anteriores, como o Programa de Interiorização do SUS (PISUS), o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o próprio Programa Mais Médicos, buscaram mitigar os vazios assistenciais, cada um com estratégias e alcances distintos. No entanto, a escassez de profissionais em regiões remotas, associada à fragmentação das políticas de formação e provimento, manteve a necessidade de uma abordagem mais estruturante e permanente^{3,4}. O PMpB surge como resposta a essa lacuna, articulando não apenas o envio de médicos para regiões vulneráveis, mas também a formação em serviço, elemento fundamental para a qualificação da atenção. Essa integração entre provimento e formação, especialmente voltada à Medicina de Família e Comunidade, busca garantir a aderência dos profissionais aos princípios da APS, superando a lógica do “provisório” e fortalecendo a fixação dos médicos no território⁵. Nesse sentido, o programa contribui para a efetivação da APS como coordenadora das redes de atenção, promovendo a equidade e a integralidade do cuidado.

OBJETIVO

Analisar o impacto do Programa Médicos pelo Brasil na formação e fixação de médicos na APS, avaliando sua contribuição para a redução das desigualdades regionais no acesso à saúde e o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil.

1 Filiação: Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS – AgSUS. E-mail: visantos.sanches@gmail.com

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, baseado na análise de dados administrativos da AgSUS referentes ao ano de 2024. Foram considerados registros de admissões, perfil sociodemográfico dos médicos bolsistas e tutores, além de informações sobre a tipologia dos municípios de atuação. A metodologia contemplou a sistematização de dados em painéis dinâmicos, permitindo a visualização da distribuição dos profissionais em diferentes territórios e sua correlação com indicadores populacionais. A análise foi estruturada em três eixos: 1) caracterização do perfil dos médicos bolsistas e tutores; 2) distribuição territorial das admissões, com ênfase em municípios fora das capitais e de alta vulnerabilidade social, e; 3) avaliação da cobertura assistencial estimada. Além disso, foram consideradas as situações de desligamento de tutores, como indicador indireto dos desafios de fixação. Esta abordagem permitiu uma leitura abrangente do impacto do PMpB, integrando aspectos quantitativos e qualitativos relacionados ao provimento e à formação em serviço⁶.

RESULTADOS

O Programa contabilizou, até 2024, 6.272 admissões, sendo 3.373 médicos bolsistas e 419 tutores. Esses profissionais garantem cobertura assistencial a aproximadamente 15 milhões de pessoas, especialmente em regiões de difícil acesso. A análise do perfil dos bolsistas revela uma predominância de jovens entre 26 e 35 anos (57,5%), com 16,1% já tendo concluído pós-graduação ou especialização. A autodeclaração de raça/cor demonstra a seguinte distribuição: 55,8% brancos, 36,2% pardos e 5,5% pretos, com equilíbrio de gênero (51,1% mulheres e 48,9% homens). Observou-se uma presença significativa de tutores em municípios fora das capitais, incluindo áreas rurais adjacentes, o que reforça o papel do programa na ampliação do acesso e na qualificação da APS. Contudo, foram identificadas situações de desligamento de tutores em localidades com maior dificuldade de fixação, apontando para desafios estruturais que extrapolam a política de provimento, como infraestrutura inadequada, vínculos precários e fragilidade nos processos de integração local^{7,8}. O modelo de formação em serviço, por meio da oferta do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade, tem sido um fator diferencial para a qualificação dos profissionais, alinhando-se à concepção de APS como coordenadora das redes de atenção à saúde³. Essa abordagem favorece a incorporação de práticas voltadas à integralidade do cuidado, potencializando o impacto do programa nas comunidades atendidas.

CONCLUSÕES

O Programa Médicos pelo Brasil desempenha um papel estratégico na formação e fixação de médicos no SUS, promovendo acesso qualificado à saúde e enfrentando desigualdades regionais históricas. A estrutura do programa, que articula provimento e qualificação profissional, fortalece a ESF como eixo central da assistência e contribui para a construção de redes de atenção mais integradas. Apesar dos avanços, os desafios relacionados à fixação de profissionais em territórios vulneráveis persistem, exigindo a articulação de políticas complementares que garantam condições adequadas de

trabalho e infraestrutura. O PMpB, ao priorizar a formação em serviço e a atuação em territórios de difícil acesso, demonstra ser uma política redistributiva fundamental para a superação das iniquidades em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Dispõe sobre o Programa Médicos pelo Brasil e a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União. 19 dez 2019 [citado 2015 maio 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13958.htm
- (2) Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Washington (DC): OPAS; 2010.
- (3) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
- (4) Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- (5) Feuerwerker LCM. Estratégia Saúde da Família: um projeto em defesa da vida. Interface (Botucatu). 2014;18(Supl 2):569–570.
- (6) Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Cienc Saude Colet. 2018;23(6):1855–1866.
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- (8) Giovanella L, Mendonça MH. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, organizador. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493–545.

POLÍTICAS SANITARIAS Y PROCESOS DE SUBJETIVACIÓN EN LA ASISTENCIA, GESTIÓN E INVESTIGACIÓN DE UNA ENFERMEDAD DESATENDIDA EN EL SUR GLOBAL

Laurencia Silveti¹

Adelyne Maria Mendes Pereira

Laurencia Lucila Silveti

INTRODUCCIÓN

Este trabajo en curso aborda procesos de trabajo en salud pública como analizadores de la implementación de políticas sanitarias. En particular, se examinan las prácticas médicas de atención, gestión e investigación de la hidatidosis, enfermedad infecciosa zoonótica considerada desatendida por la OMS, en la provincia de Santiago del Estero, Argentina, durante el período 2016-2023. Aunque su ciclo de transmisión y los factores contextuales que favorecen su reproducción son conocidos y existen políticas nacionales e internacionales para su control y erradicación (1-3) la hidatidosis sigue afectando a poblaciones en situación de pobreza y exclusión, lo que tensiona la efectividad de las políticas públicas. El análisis focaliza en los modos en que las prácticas médicas negocian con lineamientos y políticas que orientan actividades productoras de cuidado en salud en enfermedades desatendidas. Entendiendo a la enfermedad como proceso socioepidemiológico complejo (4) y reconociendo los modos en que éstas toman relevancia para constituirse como problemas públicos, la pregunta que orienta su indagación es ¿de qué modo se configura la hidatidosis como enfermedad desatendida en las prácticas médicas de atención, gestión e investigación?

OBJETIVO

Analizar políticas sanitarias y procesos de subjetivación en la asistencia, gestión e investigación de la hidatidosis como una enfermedad desatendida en el Sur Global, entre 2016 y 2023:

Para esto, los objetivos específicos son:

Identificar los modos en que se ponen en acto lineamientos de Organismos Internacionales (OI) y políticas sanitarias en las prácticas médicas sobre enfermedades desatendidas. Caracterizar procesos de subjetivación del trabajo en salud sobre hidatidosis.

METODOLOGÍA

A partir de un diseño cualitativo interpretativo-crítico, este trabajo se focalizó en la sistematización y análisis de prácticas médicas en hidatidosis a partir de 6 entrevistas en profundidad a trabajadores/as sanitarios con diferentes cargos y desempeños en relación con la hidatidosis, entre 2020 y 2023, y análisis documental de

¹ Instituto de Estudios para el Desarrollo Social, Universidad Nacional de Santiago del Estero/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. E-mail: laurenciasilveti@gmail.com

6 informes y un poster en jornada científica producidos por la Secretaría Técnica Epidemiológica (Ministerio de Salud Provincial) entre 2016 y 2019. Se utilizó consentimiento informado, garantizando confidencialidad y anonimato. El análisis de los datos (en curso) se produce a partir de una matriz conceptual con dimensiones previstas y emergentes: 1) gestión epidemiológica y dependencia, 2) procesos de trabajo y fragmentación y 3) investigación sanitaria institucionalizada, alcances y limitaciones. La codificación abierta se desarrolló en tres etapas: 1) lectura y selección de fragmentos representativos según dimensiones y categorías de análisis, 2) categorización temática y 3) reducción a unidades manejables.

RESULTADOS

En la gestión de la hidatidosis, se evidencian vinculaciones internacionales que movilizan recursos y actores que no se consideraban relevantes en el ámbito local. Esto parece alinearse con la gestión de Salud Internacional y la colonialidad en salud, donde una de las estrategias del sistema político-económico dominante es consolidar asimetrías, logrando que los países del Sur acepten políticas sanitarias impuestas desde el Norte con mínima resistencia (5). Respecto de los procesos de atención, se destaca la fragmentación, donde, a pesar de contar con recursos (aunque escasos) y profesionales capacitados/as, éstos/as trabajan “como islas”, de forma individualista, con pluriempleo, sobrecarga y de formas automáticas. No se mide la calidad y se dificulta la investigación porque no hay equipos. Plantear estas problemáticas ponen en riesgo a quienes las manifiestan. Esto evidencia la necesidad fortalecer la intersectorialidad y el protagonismo de las comunidades como actores políticos con capacidad de decisión sobre los servicios de salud (6). En cuanto a la investigación, a partir de las actividades propiciadas por la OPS/OMS, se avanzó en generar datos para un Plan Provincial de Hidatidosis, presentado en jornadas académicas internacionales. Sin embargo, no se concretó por falta de decisión política local y por dinámicas institucionales autoritarias. Se destacan así, dinámicas de producción de conocimiento dependiente (7) y relaciones de subordinación, desde la violencia epistémica (8), donde las comunidades son objetos de investigación e intervención biomédica. Además, se observa escasa reflexión sobre las dificultades que implican las relaciones de poder en salud.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten identificar políticas sanitarias determinadas por lineamientos internacionales que se gestionan desde dinámicas reificadoras, tanto de las comunidades como de los equipos que trabajan con ellas. En cuanto a los procesos de atención, se evidencian actos en salud, actores y tramas vinculantes caracterizadas por dinámicas médicas autoritarias que refuerzan el estatuto de desatención de la enfermedad. Al focalizar en la subjetividad y afectividad de trabajadores/as sanitarios/as, es posible reconocer el papel central de las prácticas médicas en el proceso de construcción o definición de la enfermedad, así como la ausencia de articulación entre saberes expertos, roles profesionales y tecnologías de intervención sobre la enfermedad. Para que la hidatidosis ingrese a las agendas estatales sanitarias, se precisa generar datos desde principios éticos, políticos y organizativos para la construcción de sistemas sanitarios universales y decoloniales.

REFERENCIAS

- (1) Elissondo MC. ¿Es la equinocosis una enfermedad desatendida en la Argentina? *Rev Argent Parasitol.* 2023;12:1–6. ISSN 2313-9862 [citado 2025 abr 28]. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/156790>
- (2) Organización Panamericana de la Salud. Programa regional para la eliminación de la equinocosis quística/hidatidosis 2020-2029 [Internet]. Washington, DC: OPS; 2021 Nov 22 [citado 2025 Feb 6]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/programa-regional-para-eliminacion-equinocosis-quistica-hidatidosis-2020-2029>
- (3) Ministerio de Salud de la República Argentina. Norma técnica y manual de procedimientos para el control de la hidatidosis en la República Argentina [Internet]. Resolución No. 2090/2010. Boletín Nacional. 2010 Oct 1 [citado 2024 Jun 5]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2090-2010-175879/texto>
- (4) Rosenberg CE, Golden JL, editors. Framing disease: studies in cultural history. New Brunswick: Rutgers University Press; 1992.
- (5) Ramírez-Hita S. Las investigaciones de salud pública en Latinoamérica: reflexiones desde el Sur global. *Rev Fac Nac Salud Publica.* 2019;37(1):106–13. DOI:10.17533/udea.rfnsp.v37n1a12
- (6) Pereira AMM, Castro ALBD, Malagón Oviedo RA, Barbosa LG, Gerassi CD, Giovanella L. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saude Debate.* 2012;36:482–99. DOI:10.1590/S0103-11042012000400004
- (7) Carrillo MG, Testoni F, Gagnon MA, Rikap C, Blaustein M. Academic dependency: the influence of the prevailing international biomedical research agenda on Argentina's CONICET. *Heliyon.* 2022;8(11):e11318. DOI:10.1016/j.heliyon.2022.e11318
- (8) Pérez M. Violencia epistémica: reflexiones entre lo invisible y lo ignorable. *El lugar sin límites. Rev Estud Polit Genero.* 2019;1(1):81–98. DOI:10.22201/cieg.26830013e.2019.1.1.610

POR UMA CIÊNCIA SENSÍVEL, INTERDISCIPLINAR E INTERCULTURAL PARA RESGATAR A SABEDORIA NA RELAÇÃO COM A NATUREZA

Marcelo Firpo Porto¹

Marina Fasanello

Juliano Palm

INTRODUÇÃO

O trabalho apresenta as bases plurais de uma ciência sensível, interdisciplinar e intercultural para imaginar outras relações sobre saúde, sociedade e natureza inspirados em referenciais e autores das ciências sociais e humanas, incluindo e transcendendo a saúde coletiva, a sociologia e a antropologia. Trata-se de um ensaio reflexivo sobre questões epistemológicas, teóricas e metodológicas cuja base empírica e experiencial provém de discussões conceituais e pesquisas sobre promoção emancipatória da saúde junto a territórios e grupos sociais vulnerabilizados, em particular povos originários e de periferias urbanas. As pesquisas e metodologias empregadas buscam produzir conhecimentos junto com, e não apenas para, as comunidades e os territórios envolvidos. Os autores defendem uma transição paradigmática que crie condições e possibilidades de encontros convivenciais de saberes envolvendo sistemas de conhecimentos científicos, tradicionais e situados em torno de problemas e lutas sociais por saúde, dignidade e direitos territoriais (1). Para melhor compreender e ultrapassar os limites da ciência moderna, com seus cânones e disciplinas especializadas, propõe-se o resgate da sabedoria perdida pela modernidade eurocêntrica no enfrentamento das várias crises em curso que assolam o planeta, o país, os territórios e vários ecossistemas em processos acelerados de degradação.

OBJETIVO

O objetivo do trabalho é discutir questões epistemológicas, conceituais e metodológicas em torno das condições, limites e alternativas para a construção de diálogos interdisciplinares e interculturais com povos originários, tradicionais e de periferias urbanas do Sul Global. Encontros de saberes e pesquisas junto com tais povos demandam novas epistemologias que validem a qualidade da produção de conhecimentos numa perspectiva mais ampla de conexão entre diferentes sistemas de conhecimento.

METODOLOGIA

O trabalho propõe um ensaio reflexivo cuja base empírica e experiencial resulta da realização de projetos de um núcleo de pesquisa que, nos últimos seis anos, tem atuado junto a populações e territórios vulnerabilizados nos campos e cidades envolvidos em processos emancipatórios, incluindo

1 Pesquisador do Núcleo Ecologias e Encontros de Saberes para a Promoção Emancipatória da Saúde – Neepes/Fiocruz- E-mail: julianoluispalm@gmail.com

povos originários da Amazônia e do Nordeste. A proposta de promoção emancipatória da saúde (PES) amplia a noção de saúde para além da determinação social e se apoia na articulação de três campos interdisciplinares de conhecimento: saúde coletiva, ecologia política e escolas pós-coloniais. Eles fornecem as bases conceituais para analisar os limites das utopias modernas (liberal e socialista/comunista), a crise da modernidade eurocêntrica e propor alternativas emancipatórias de transição paradigmática e civilizatória a partir da articulação entre quatro dimensões de justiça: social, sanitária, ambiental/territorial e cognitiva/histórica |(1). Os processos de transição paradigmática que propomos buscam superar a soberania epistêmica restrita ao ambiente acadêmico e restabelecer pontes entre a ciência e outras esferas do conhecimento humano, como cosmologias, filosofias, arte e senso comum (2).

RESULTADOS

Os resultados retratam experiências com projetos de pesquisa em territórios e etnias, os quais têm sido divulgados por meio de audiovisuais produzidos junto com cineastas indígenas, assim como cadernos interculturais, relatórios e artigos científicos. Um exemplo envolve o povo Munduruku do Médio Tapajós. O território tem sido palco de inúmeros conflitos ambientais decorrentes do modelo neoliberal, desenvolvimentista e neoextrativista existente na Amazônia, como a construção de hidrelétricas, infraestruturas como hidrovias, rodovias e portos para o transporte de grãos do agronegócio, madeireiras, fazendas de gado, ou ainda a mineração e o garimpo ilegal de ouro. Para construir alternativas de segurança e soberania alimentar nos territórios afetados pela contaminação de mercúrio decorrente do garimpo ilegal, temos avançado em diálogos interculturais com a construção de uma rede sociotécnica de pesquisa-ação em agroecologia.

Outro projeto pensa a interculturalidade na agricultura e no cuidado tradicional em conjunto com a preservação ambiental a partir do olhar sensível de coletivos audiovisuais indígenas de duas etnias do Nordeste, os Tingui-Botó em Alagoas e os Xukuru do Ororubá em Pernambuco, iniciado com a cooperação de cineastas e produtoras audiovisuais indígenas a partir de uma proposta do cinema como atual contador de histórias alicerçada na Sociologia das Imagens (3). Por fim outro projeto discute Saúde e Agroecologia para a Defesa de Territórios Indígenas e Biomas Ameaçados com o objetivo de promover a segurança e soberania alimentar a partir da sistematização e compartilhamento de experiências sobre agriculturas tradicionais e agroecologia em territórios em três regiões do país, o Nordeste, a Amazônia e o Centro-Oeste.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Existem dois objetivos para uma ciência interdisciplinar e intercultural. Primeiro, analisar e promover processos emancipatórios voltados ao que temos denominado de descolonizar e coracionar a academia para resgatar a sabedoria. Segundo, avançar em processos de transição paradigmática que imaginem novas configurações sociedade-natureza-saúde a partir da produção de conhecimentos junto com os territórios, comunidades e movimentos sociais envolvidos em lutas por saúde, dignidade e

direitos territoriais. O desafio epistemológico de uma ciência sensível, interdisciplinar e intercultural é criar as condições para diálogos respeitosos entre diferentes sistemas de conhecimento. Compreender seus limites e ultrapassá-los na diluição de fronteiras entre vida, ciência e sociedade/cultura é estratégico para o diálogo intercultural com os povos originários e comunidades tradicionais, principalmente num momento que se agudizam inúmeras crises no planeta.

REFERÊNCIAS

- (1) Porto MF, Rocha DF, Fasanello MT. Saúde, ecologias e emancipação: conhecimentos alternativos em tempos de crise(s). São Paulo: Hucitec; 2021. 212 p.
- (2) Fasanello MT, Porto MF. Metodologias sensíveis co-labor-ativas: produzir conhecimentos 'junto com' movimentos sociais e territórios para a transição paradigmática. Saúde em Debate. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E18741P>
- (3) Cusicanqui SR. Sociología de la Imagen: ensayos. Buenos Aires: Tinta Limón, 2015. 352 p.

POSIBILIDADES DE UNA PRÁCTICA DE ENSEÑANZA EN MEDICINA POR FUERA DEL HOSPITAL COMO ESPACIO FORMATIVO. CERCANÍA Y LOCALIDAD EN PROCESOS FORMATIVOS

Fabián Cabrera¹
Elizabeth Olavarría

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

La siguiente comunicación implica un trabajo colectivo que apunta a la socialización, lo más sistematizada posible en este momento, de elementos que hacen a la experiencia de un equipo docente en campo de la salud dentro de una institución formal como es la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Es bien sabido que la formación en ciencias de la salud, especialmente en medicina dada su connotación en el imaginario popular y su poder real, viene dada prácticamente de un paradigma neopositivista, reduccionista, priorizando un pensamiento más bien lineal que complejo (1). La enseñanza de la medicina en las universidades del mundo escapa a propuestas que incorporen lo no mecanicista o que integren procesos de corte sociales en los fenómenos de la salud. La misma noción de salud, salud - enfermedad se encuentra rodeada por el más colorido crisol de ideas biopolíticas; paradigma infeccioso, de la enfermedad, del daño (trauma al órgano), el farmacológico. El contexto, lo que sucede a nivel del ambiente social de las personas, su vida colectiva, en comunidad, es abordado en el mejor de los casos como epifenómeno subsidiario, subalternizado a los fenómenos biológicos, aunque estos mismos fenómenos tengan un entrelazado con fuerzas y resistencias que constituyen lo biopolítico. La formación en Uruguay no es la excepción aunque encontramos desde hace años algunas líneas de fuga (2), rebeldes, que son las que venimos a intentar comunicar.

En este sentido, en relación a lo finalmente expuesto, en el municipio de Barros Blancos del departamento de Canelones en Uruguay se lleva adelante desde el año 2009 una experiencia de enseñanza por parte de un equipo docente en el campo de la salud (que incluye medicina, psicología, fonoaudiología, nutrición) que articula elementos de asistencia clínica, extensión, investigación y enseñanza, enmarcada desde una perspectiva de la complejidad, crítica y no-hegemónica. Esta comunicación se centrará en compartir la experiencia acumulada por parte del equipo docente en los años 2023 y 2024. Este recorte no es arbitrario, recoge la configuración de un nuevo equipo que se constituye desde ese momento.

1 Unidad Docente Asistencial del PNA Canelones al Este – Unidad Académica Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina – UDELAR
E-mail: lic.psic.cabrera@gmail.com

OBJETIVO

El equipo docente ha llevado adelante acciones en los campos de la asistencia clínica, la extensión, la investigación y la enseñanza procurando confeccionar períodos analíticos que permitan identificar un inicio, mediante una planificación colectiva y, un cierre, mediante una sistematización, registro y aproximación conceptual de lo hecho durante el periodo de los años 2023 y 2024. El objetivo por lo tanto viene dado por sistematizar y conceptualizar prácticas de un equipo docente en el campo de la formación en salud comunitaria, colectiva y contextual.

METODOLOGÍA

En un primer movimiento se han establecido las categorías que serán abordadas en el presente trabajo y que vienen a dar cuenta del objetivo. Las categorías son de régimen complejo y rizomático dado que están conectadas entre sí en la misma práctica, aunque para su análisis serán expuestas de una forma más lineal. Las categorías con las que se trabajó fueron asistencia clínica, extensión, investigación y enseñanza.

Un segundo movimiento consistió en identificar las acciones y las sistematizaciones realizadas por el equipo docente en los años en cuestión. Se identificaron también la cantidad de estudiantes que pasaron por cada período, los diferentes niveles en los que se encontraban de la formación, la cantidad y cualidad de docentes que conforman el equipo, para posteriormente realizar un acercamiento conceptual a las acciones identificadas en cada categoría.

Finalmente mediante la utilización de una matriz de debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades (DAFO) se realizó una aproximación de análisis reflexivo de la experiencia.

RESULTADOS

Entre el periodo 2023 y 2024 el equipo docente realizó vastas actividades en el campo de la formación de estudiantes de medicina, nutrición y fonoaudiología. El enfoque llevado adelante se centra en una perspectiva crítica donde la comunidad y lo colectivo toman centralidad al momento de la puesta en marcha de los dispositivos de enseñanza. La asistencia y clínica, tan importante y mega presencial en la formación es articulada con el contexto de donde las personas viven, aportando a los y las estudiantes la visión de la determinación social de la salud y de la epidemiología crítica (3). Las acciones de investigación se centran igualmente desde estas concepciones, por lo que no han sido propuestas de laboratorio. La perspectiva extensionista, en su vertiente latinoamericanista, crítica y emancipatoria (4), transversaliza todas las acciones, por lo que más allá de generar lo que algunos denominan actividades de extensión específicas, para la práctica docente del equipo la extensión representa el marco filosófico y epistemológico desde donde trabajar con y para las personas. Desde el pienso en la enseñanza, se ha abandonado el marco bancario para incursionar en uno de mayor horizontalidad y se han propiciado espacios de formación interdisciplinarios y colectivos con los y las vecinos/as.

En el período 2023 y 2024 el equipo docente ha realizado acciones docentes en territorio, lo que quiere quedar por fuera de un espacio hospitalario y por fuera de aulas facultativas, para más de 700 estudiantes. Se implicó a actores vecinos de la comunidad en actividades participativas, se realizaron tutorías y estudios en terreno sobre cuidados y salud mental. Asimismo se trabajó la participación interinstitucional, el abordaje de situaciones de complejidad y la presencia de actividades en escuelas y liceos. Todo lo anterior sumado a espacios académicos en forma de seminarios y ateneos tuvieron como eje central aportar a la formación crítica de los profesionales de la salud que fueron albergados.

Los procesos no han estado exentos de dificultades que atentan la práctica del equipo, aunque también podemos identificar fortalezas y oportunidades. Dentro de las cuestiones externas, las amenazas y oportunidades se destaca el nulo apoyo económico proveniente de la facultad de medicina y la escasa o nula gestión de las autoridades de quienes se depende, para conseguir recursos, sean estos para mejorar salarios, condiciones y entornos laborales. Lo paradójico es que cuando están los logros, los actores aparecen para estar. A nivel local es una amenaza que debilita las acciones la presencia de actores políticos en cargos de la administración del gobierno, lo que se insiste llamar gestión, que con escasa rigurosidad teórico - técnica suelen trivializar, banalizar el trabajo interinstitucional. Eso más que un desafío, es un problema enorme que tiene que ver con el poder. Las oportunidades suelen venir casi siempre de los estudiantes con ese espíritu innovador y aire fresco. Asimismo los vecinos y vecinas y el trabajo en cercanía que habilitan es el motor de oportunidades de la enseñanza en los marcos en los cuales la pensamos. Los y las vecinas abren sus hogares, su intimidad, dan su confianza y su privacidad para enseñarnos a estar juntos, a aprender juntos. Es un movimiento político tanto desde el equipo como portador de la academia en el barrio, como de la gente que se posiciona desde un lugar diferente.

Dentro de las cuestiones interiores; debilidades y fortalezas podemos decir que en cuanto a la primera existen limitaciones en cuanto a la diversidad profesional con la que aspiraría tener contar el equipo dado que se entiende que para abordar una propuesta de enseñanza de estas características hace falta la visión de otras disciplinas, no solo las del área salud. En cuanto a fortalezas destacar el intenso compromiso del equipo docente en producir a pesar de las adversidades y amenazas.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

El equipo docente de la unidad docente asistencial es un elemento crucial a los efectos de aportar y superar paradigmas que mercantilizan, jerarquía y arborizan el campo de la salud. Actualmente el equipo desde 2023 se compone de un grupo joven (menores de 45 años), cohesionado, amoroso, curioso y entusiasta de superar viejas estructuras, que si bien no dejan de ser en parte históricos sostenedores, merecen de un paulatino relevo en energías y nuevos conocimientos. A pesar de los escasos recursos que se tienen y no haber recibido apoyos económicos por parte de actores de gobierno ni de la misma facultad de medicina, el equipo se mantiene batallando las adversidades y amenazas internas, así como trabajando y creando con la gente de los barrios.

REFERENCIAS

- (1) Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 2011.
- (2) Rolnik S. Líneas de fuga: por otros mundos posibles. Buenos Aires: Cactus; 2019.
- (3) Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora y salud colectiva. Quito: Ediciones CENEAL; 2008.
- (4) Tommasino H, Cano A. Modelos de extensión universitaria en las universidades latinoamericanas en el siglo XXI: tendencias y controversias. Rev Univ. 2016;66(67). DOI: <https://doi.org/10.36888/udual.universidades.2016.67.395>

PRÁTICAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A PRODUÇÃO DE CONEXÕES ENTRE CONHECIMENTOS CIENTÍFICOS, SABERES TRADICIONAIS E POPULARES PARA A SAÚDE COLETIVA

Rodrigo Silva Moura¹

Nina Isabel Soalheiro

Amanda Linhares Gonçalves Leal

Débora Gomes de Oliveira

Augusto César Rosito Ferreira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Desde a primeira década dos anos 2000, vários estudos já apontavam a importância estratégica da articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica. (1,2) E mais recentemente surge uma tendência na área de saúde de valorização das práticas como campo epistêmico (3) e como locus de conexões entre conhecimentos científicos, saberes tradicionais e populares. Nossa pesquisa desenvolveu investigações e produtos em torno das práticas e ações propositivas (4) gestadas em contextos locais, no enfrentamento de vulnerabilidades, iniquidades e resistência a diferentes formas de opressão. O presente trabalho apresenta os produtos, discute os resultados da pesquisa e suas repercussões como ferramenta para o ensino, pesquisa e apoio a políticas públicas. Nosso principal produto, o site (<https://portfoliodepraticas.epsjv.fiocruz.br/>) reúne experiências desenvolvidas na atenção básica ou em conexão direta com esta, práticas realizadas em espaços comunitários, e ações coletivas territoriais originárias de diferentes campos de saberes. O site apresenta práticas inovadoras, produz mídias e eventos acadêmicos para induzir alternativas críticas ao modelo biomédico centrado no indivíduo, em especialismos e na medicalização. (5) Uma pesquisa apoiada pelo edital PMA/Fiocruz (2015- 2020) e pelo Programa Institucional de Pesquisa da EPSJV/Fiocruz a partir de 2023.

OBJETIVO

Dar visibilidade a experiências nacionais de acolhimento e cuidado, ações coletivas e abordagens psicossociais; produzir eventos, material didático e de divulgação científica para a qualificação da dimensão de saúde mental envolvida nas práticas de saúde; superar insuficiências curriculares de processos formativos em Atenção Psicossocial na Atenção Básica; Contribuir para o fortalecimento do ensino, pesquisa e gestão numa perspectiva decolonial e interseccional de saúde mental no SUS.

METODOLOGIA

O desenho metodológico integra estratégias participativas e colaborativas numa pesquisa de natureza qualitativa. Um colegiado formado pela equipe, instituições e organizações sociais parceiras fez

1

Instituto René Rachou – Fiocruz. E-mail: rodrigomouramh@gmail.com

a cogestão do processo, a construção do site, e sua disseminação científica como ferramenta interativa, inovadora e indutora de ações no campo do ensino, pesquisa e políticas públicas. A metodologia foi criada pelo nosso grupo de pesquisa, e aperfeiçoada em oficinas ampliadas de construção de conteúdo com convidados especialistas do campo da atenção, do meio acadêmico e da área de comunicação científica. Foi desenvolvida em diversas etapas de execução: busca, seleção e categorização de práticas nas Anais dos congressos ABRASCO e ABRASME em 2018 e 2022 para construção do Portfólio; Elaboração do Roteiro de Apoio e Facilitação de Processos Formativos em Saúde Mental para a Atenção Básica, disponível no site; Produção de eventos virtuais e mídias educativas que mobilizam conhecimentos em Direitos Humanos e Saúde Mental, cultura e expressões de saberes tradicionais e populares. Todos os produtos estão no site e a metodologia descrita em artigo científico (5).

RESULTADOS

Durante os anos de desenvolvimento da pesquisa, constatamos a vitalidade das experiências no nível primário da atenção, mesmo atravessando conjunturas políticas adversas. O site do portfólio apresenta atualmente 200 relatos de práticas de diferentes origens e campos temáticos. Uma plataforma digital em construção permanente, onde trabalhamos produzindo eventos e modos de interação entre grupos de pesquisa, autores das experiências e outros interlocutores. Há nestas práticas um importante movimento de resistência à forte tendência atual de medicalização da vida, patologização e mercantilização dos sofrimentos psíquicos. O *site* tem se consolidado como uma ferramenta de busca de práticas alternativas ao modelo centrado no diagnóstico individual, na prescrição e consumo de medicamentos e procedimentos especializados, característicos de um modelo biomédico ainda hegemônico. Um produto de pesquisa que exprime a complexidade do trabalho em saúde num país de dimensões continentais e uma cultura rica e diversa. Embora a construção do *site* exija categorizações e definições de mecanismos de busca de práticas, elas são imbricadas e mobilizam conhecimentos em promoção da saúde, defesa de direitos humanos, na cultura e expressão de saberes tradicionais e populares. Reunimos experiências para diferentes públicos-alvo, com diferentes metodologias e em contextos locais diversos. Investigar formas desmedicalizadas de escuta, acolhimento e cuidado em saúde mental na atenção básica e espaços comunitários foi a estratégia norteadora da elaboração dos produtos, e o resultado são mídias diversas, estratégias interativas e eventos virtuais que vem fomentando práticas, processos formativos com conteúdos curriculares psicossociais, decoloniais e interseccionais para a saúde mental.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Para desenvolver esse trabalho colaborativo e participativo nos juntamos – pesquisadores e estudantes da EPSJV, de outras unidades da Fiocruz, das diversas instituições e organizações sociais com as quais construímos parcerias ao longo do tempo e, sobretudo, os profissionais do SUS de todos os cantos do país – para construir coletivamente o site Portfólio de Práticas Inspiradoras em Atenção Psicossocial. Nosso foco foi o fomento à práticas inspiradoras e a valorização de saberes

locais que promovem coletivização dos sofrimentos e seu cuidado integral e solidário. Pretendemos que os produtos e resultados dessa pesquisa, desenvolvida ao longo de muitos anos, cuja equipe de pesquisadores continua trabalhando pela sua continuidade e sustentabilidade, possam se somar a outras contribuições. E o SUS será sempre o campo desse diálogo e esforço travados no espaço público, em defesa da vida e sua proteção da ameaça mercantilista em todas as frentes.

REFERENCIAS

- (1) Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):129–38.
- (2) Penido CMF. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. In: Paulon SM, Neves R, organizadores. *Saúde mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina; 2013. p. 17–38.
- (3) Rangel VF, organizador. *IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEBES; 2020. 226 p.
- (4) Soalheiro N, organizador. *Saúde Mental para a Atenção Básica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017. 249 p.
- (5) Soalheiro N, Rabello ET, Caetano K, Lima RT, Caron E, Leal AL, et al. Ensino e pesquisa em saúde mental na atenção básica: Portfólio de Práticas Inspiradoras em Atenção Psicossocial. *Trab Educ Saúde*. 2023;21:e00960205. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs960>

PRÁTICAS E SABERES QUE VÊM DAS MARGENS: (RE)CONHECENDO REPERTÓRIOS DE CUIDADO EM BH E CONTAGEM/MG

Alzira de Oliveira Jorge¹

Mônica Garcia Pontes

Jubert de Oliveira Goulart

Maria da Ajuda Luiz dos Santos

INTRODUÇÃO

Este resumo apresenta breves reflexões realizadas a partir de encontros proporcionados por uma pesquisa multicêntrica que busca conhecer saberes e práticas de cuidado em saúde realizados por pessoas que vivenciam situações de vulnerabilidade e analisar como as equipes de saúde e processos formativos do/para/com o SUS (des)legitimam tais saberes, práticas e existências. A investigação em Minas Gerais tem como foco de análise pessoas em situação de rua e pessoas LGBTQIAPN+ e é conduzida por pesquisadores do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Esses pesquisadores, em articulação com gestores das secretarias de saúde municipais e equipes de trabalhadores nos territórios têm realizado uma construção compartilhada do percurso metodológico a ser conduzido para o aprofundamento da investigação. Nesses encontros, várias reflexões têm sido mobilizadas, compondo um processo de educação permanente em ato para todos os envolvidos.

Trazer esse exercício de pensamento coletivo torna visíveis deslocamentos que potencializam formas de cuidar mais sensíveis e implicadas com o princípio da integralidade da atenção à saúde, preconizado no SUS. Nesse sentido, serão apresentadas ressonâncias de encontros que podem reverberar como aprimoramento do cuidado voltado às pessoas que vivenciam diversas situações de vulnerabilidade no percurso da vida.

OBJETIVO

Apresentar deslocamentos produzidos em processos de educação permanente que envolvem práticas de cuidado em saúde a pessoas em situação de rua e pessoas LGBTQIAPN+.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa interferência, caracterizada por assumir os deslocamentos que uma investigação produz no pesquisador e no campo, de modo a efetuar mudanças minuciosas e vagarosas na realidade experimentada (1). Pretende-se ampliar o olhar sobre possibilidades de cuidado em saúde.

1 Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. E-mail: alziraojorge@gmail.com

Todos os envolvidos na pesquisa, sejam eles pesquisadores formais da UFMG, gestores, trabalhadores e usuários do SUS, são considerados pesquisadores *in mundo* por se misturar ao campo da pesquisa de modo implicado e produzirem conhecimentos atravessados pelos encontros que movimentam saberes pré-concebidos (2).

Após o mapeamento dos serviços que ofertam cuidado às pessoas em situação de rua e LGBTQIAPN+ em BH e Contagem, pesquisadores iniciaram o mapeamento das redes de relações que podem envolver a produção de saberes e práticas de cuidado de/sobre grupos de interesse da investigação. Foram organizados encontros com gestores, trabalhadores e usuários do SUS que proporcionaram momentos coletivos de análise sobre o modo como os saberes de práticas de cuidado de/sobre pessoas em situação de rua e LGBTQIAPN+ interferem no cuidado cotidiano ofertado pelo SUS.

RESULTADOS

Encontro com os consultórios na rua de BH: Serviço do SUS que acolhe pessoas em situação de rua. As equipes são da Atenção Primária à Saúde (APS). Dentre os trabalhadores, estão os redutores de danos que, em sua trajetória de vida, já viveram nas ruas. Nos encontros da pesquisa eles refletem sobre o não reconhecimento de seus saberes. Convocam-nos a pensar sobre as violências perpetradas contra quem experimentou viver nas ruas.

Encontros com a regional norte de BH: Os pesquisadores chegaram pelo Centro de Saúde. Trabalhadores expressaram angústias, mostraram que nem sempre há acolhimento para quem vive nas ruas e convidaram a um diálogo. Juntos discutimos acessos e barreiras em um fórum da regional que tece redes de possibilidades.

Encontro com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) Contagem: O CAPS AD cuida de quem estabelece relações abusivas com o álcool e outras drogas. Trabalhadores contam que um homem trans com longo percurso pelas redes de cuidado, ensina pintando quadros que expressam olhares que o julgam. Ensina que as flores, pintadas no CAPS AD por usuários e trabalhadores são avanços, convites para olhares mais delicados e cuidadores. No coletivo, o CAPS AD mostra que é possível criar possibilidades de produção de vidas mais dignas.

Encontro com as equipes do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e Projeto Meu Rolê de Contagem: Pulsa um coletivo que cuida de crianças e adolescentes. Conectados a arranjos comunitários, trabalhadores do SUS misturam-se aos mundos dos usuários. Jogam bola nas quadras da cidade, realizam oficinas nas praças, fazem passeios a museus. Nas ações territoriais, os agentes comunitários da APS também participam, reforçam vínculos que transbordam uma multiplicidade de afetos e produzem cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES

Uma pesquisa que propõe valorizar experiências singulares e criar, no coletivo, percursos formativos durante os processos de trabalho, interfere nos arranjos cotidianos de forma inesperada e contribui para decompor microestruturas ancoradas no estigma e na tentativa de definição da vida do outro. In mundo, afetados pelos encontros, os pesquisadores, sejam eles do Observatório, gestores, trabalhadores ou usuários, desafiam certezas e se põem em processo de desterritorialização.

Nessa trilha, os saberes e práticas de cuidado vão assumindo novas conformações, abrem espaço para o “entre”, para conhecimentos delineados na experiência, na escuta de quem vivencia os desafios de um mundo que vulnerabiliza determinados corpos. Nos encontros, novos repertórios de cuidado trazem à cena vidas outras, (des)conhecidas, (des)consideradas. Aos poucos, é possível ver os movimentos das margens e captar que não são marginais. Podem, se concebidas na multiplicidade, se desdobrar em novos caminhos.

REFERÊNCIAS

- (1) Slomp Júnior H, Merhy EE, Rocha M, Baduy RS, Seixas CT, Bortoletto MSS, et al. Contribuições para uma política de escritura em saúde: diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. Athenea Digital [Internet]. 2020;20(3):e2590 [citado 2025 jan 08]. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v20-3-slomp/2052>
- (2) Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MPC, Tallemberg C, Chagas MC, Rocha M, et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. Em: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Coleção Políticas e Cuidado em Saúde. Vol. 1. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Hexis; 2016. p. 22–30.

PREP NA AMÉRICA DO SUL: REFLEXÕES ETNOGRÁFICAS SOBRE DIFERENÇAS, DESIGUALDADES E VULNERABILIDADES

André Luiz Machado das Neves¹

Kris Herik de Oliveira²

INTRODUÇÃO

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) para prevenção ao HIV é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma estratégia fundamental no controle da epidemia de HIV/aids dentro da abordagem de “prevenção combinada”, que combina métodos de prevenção biomédicos, comportamentais e socioestruturais (1,2). A eficácia da PrEP, seja na modalidade oral ou injetável, foi comprovada em extensos ensaios clínicos.

Entre 2019 e 2022, o acesso à PrEP cresceu 1000%, reduzindo infecções globais em 38% no ano de 2022 em comparação com 2010, a mais baixa desde a década de 1980 (2). No entanto, a implementação dessa tecnologia de saúde pública enfrenta desafios estruturais, políticos e culturais em várias regiões, incluindo a América do Sul (3).

Em atenção a esse cenário, está em andamento o projeto de pesquisa PrEP América do Sul (4), uma pesquisa qualitativa de cunho etnográfico em saúde, que busca compreender as experiências de acesso, uso e gestão da PrEP para prevenção ao HIV em países sul-americanos. Trata-se de uma das maiores pesquisas articulando ciências sociais e saúde já empreendidas no Brasil, sendo financiada pelo CNPq e pelo Ministério da Saúde do Brasil (Decit/SECTICS/MS e Dathi/SVSA/MS, processos nº 445070/2023-4 e nº 405770/2024-3).

OBJETIVO

Apresentar o estado atual da PrEP enquanto política de saúde nos treze países/nações que compõem a região da América do Sul. E, a partir de dados etnográficos preliminares, refletir sobre diferenças, desigualdades e vulnerabilidades que marcam a região.

METODOLOGIA

O presente trabalho é resultado preliminar do primeiro ano de atuação do PrEP América do Sul, articulando três eixos: revisão da produção científica global sobre a PrEP, levantamento de políticas públicas na América do Sul e a experiência dos pesquisadores-autores como usuários de PrEP. A coleta dos dados ocorreu durante o ano de 2024.

1 Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas e PrEP América do Sul. E-mail: almachado@uea.edu.br

2 Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e PrEP América do Sul.

O banco de produção científica foi desenvolvido via revisão de escopo, seguindo o protocolo PRISMA-ScR (5), tendo como resultado mais de seis mil referências. O processo incluiu a busca e triagem da produção científica global sobre PrEP e categorização temática.

O banco de políticas públicas foi elaborado em duas etapas, inspirado em Murphy et al. (3). Foram levantados documentos institucionais e governamentais sobre PrEP e, quando indisponíveis, complementados por fontes da sociedade civil. Os documentos foram analisados com foco em normativas e acesso à PrEP.

Por fim, esta produção incorpora a experiência dos pesquisadores como homens gays que usam PrEP em Campinas-SP e Manaus-AM, permitindo articular dados científicos, políticas públicas e vivências cotidianas.

RESULTADOS

Entre os 13 países sul-americanos, 12 aprovam a PrEP oral diária como estratégia de prevenção ao HIV, com exceção da Bolívia. Já a PrEP injetável ainda é incipiente, aprovada apenas no Brasil, Guiana Francesa e Peru. Esse panorama evidencia avanços científicos, mas também desafios na implementação de políticas em uma região marcada por desigualdades sociais e econômicas.

O Brasil é pioneiro na adoção da PrEP, ofertando-a gratuitamente pelo SUS desde 2017, sem restrições populacionais. Já em países como Argentina, Peru, Equador, Paraguai e Uruguai, o acesso é restrito a grupos considerados de alto risco, como homens que fazem sexo com homens, mulheres trans, trabalhadores/as do sexo e casais sorodiferentes.

O Brasil ainda enfrenta dificuldades na expansão da PrEP. Enquanto o Ministério da Saúde busca ampliar a oferta, os serviços encontram limitações para atender à demanda. Em muitas unidades, as filas de espera ultrapassam um mês e, em vários municípios, a PrEP é ofertada apenas em uma unidade de referência, que também atende HIV e outras ISTs, sobrecarregando o sistema e dificultando o acesso.

A experiência dos autores indica que o acesso à PrEP é impactado por barreiras estruturais nos serviços de saúde. A longa espera por consultas e testagens, além das limitações no número de atendimentos, revela obstáculos explícitos que dificultam a busca, o acesso e a permanência.

As desigualdades no acesso à PrEP refletem processos históricos, como a colonização e a neoliberalização, que influenciam as políticas públicas na região. A ausência de políticas na Bolívia e a lenta adoção da PrEP injetável reforçam a necessidade de cooperação regional. Capacitação profissional, engajamento comunitário e educação em saúde são fundamentais para superar essas barreiras.

CONSIDERAÇÕES

As reflexões preliminares sugerem que, apesar do reconhecimento da PrEP como uma ferramenta eficaz na prevenção ao HIV, sua implementação na América do Sul ainda enfrenta desafios

significativos. O Brasil emerge como um “país modelo” para a integração da PrEP em políticas de saúde universais, mas as restrições observadas em outros países da região apontam para desigualdades que demandam atenção.

Recomendam-se iniciativas regionais que promovam o compartilhamento de boas práticas, a ampliação do financiamento e o desenvolvimento de políticas inclusivas, garantindo que a PrEP seja acessível a todos que dela necessitam. Espera-se que este trabalho contribua para o avanço das discussões e reflexões sobre prevenção ao HIV e ofereça subsídios para a formulação de políticas públicas mais inclusivas e eficazes na América do Sul.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: update to WHO implementation guidance [Internet]. Geneva: WHO; 2022 citado 2025 mar 13]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053694>
- (2) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023 [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2023 [citado 2025 mar 13]. 193 p. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023>
- (3) Murphy L, Bowra A, Adams E, Cabello R, Clark JL, Konda K, et al. PrEP policy implementation gaps and opportunities in Latin America and the Caribbean: a scoping review. *Ther Adv Infect Dis*. 2023;10:1–19. DOI: 10.1177/20499361231164030
- (4) PrEP América do Sul. PrEP América do Sul – Início [Internet]. Brasil; 2025 [citado 2025 mar 13]. Disponível em: <https://prepamericadosul.uea.edu.br/>
- (5) Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 out 2;169(7):467–73. DOI: 10.7326/M18-0850

PREVALENCIA DE NECESIDADES PALIATIVAS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES SEGÚN NECPAL CCOMS-ICO (PERÍODO JUNIO-AGOSTO 2024)

Julieta Sala¹
Giuliana Eugenia Colonese
Aixa Ragaini
Leandro Rinaldi
Maia Zarantonello
Micaela Aldana Suarez
Sofia Refi
Constanza Lihue Monetti
Mariano Horacio Caiata
Maria Pilar Mazza

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

Como producto del envejecimiento poblacional, se estima que el 75% de las personas morirá a causa de enfermedades crónicas avanzadas. Los cuidados paliativos comprenden un enfoque para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y sus familias, destinados a aliviar el sufrimiento. Tradicionalmente, esta demanda se ha asociado a aquellos pacientes con enfermedades oncológicas, siendo dificultoso para los equipos de salud la identificación de estas necesidades en pacientes con otras enfermedades crónicas no transmisibles.

En Latinoamérica se estima que menos del 7% de las personas que requieren estos cuidados los reciben (1). El reconocimiento de estos pacientes continúa siendo un desafío para los equipos de salud. Con el objetivo de subsanar estas dificultades, se ha desarrollado la herramienta NECPAL CCOMS-ICO, que ha sido implementada en otras experiencias en Argentina (2) para medir prevalencia de necesidades paliativas en ámbitos hospitalarios.

En nuestra práctica diaria brindamos atención con enfoque paliativo a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. Frente a este escenario y la necesidad de dar respuesta a una demanda que impresiona ser creciente, nos preguntamos cuál es la prevalencia de la necesidad de atención paliativa en nuestro entorno.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de necesidades paliativas en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas que ingresaron al servicio de Clínica Médica de un hospital de agudos de La Plata, provincia de Buenos Aires, a partir de la aplicación de la herramienta NECPAL entre junio y agosto de 2024.

1 Hospital Provincial San Roque de la provincia de Buenos Aires. E-mail: jsala@med.unlp.edu.a

Dentro de los objetivos específicos, se busca caracterizar a la población según datos epidemiológicos y patologías subyacentes.

METODOLOGÍA

Realizamos un estudio con enfoque observacional, descriptivo y transversal, mediante la utilización de la herramienta NECPAL (3) para medir la prevalencia de necesidades paliativas en pacientes internados. El relevamiento de datos se realizó entre junio y agosto de 2024, en el Hospital General de Agudos San Roque de Gonnet, por médicos de tercer y cuarto año de la residencia de Clínica Médica.

Decidimos valorar a los pacientes a las 48hs del ingreso hospitalario. Se excluyeron los que provenían de unidades críticas y de otros servicios.

La unidad de análisis fueron los pacientes que cumplieron criterios de inclusión de NECPAL [enfermedades crónicas avanzadas que lo afecten particularmente] y lo detallado en el párrafo anterior.

La obtención de los datos se realizó bajo los criterios estipulados para la utilización de la herramienta, los mismos fueron relevados por los médicos del equipo tratante, previa firma de un consentimiento informado.

Se consideró NECPAL positivos a aquellos que obtuvieron una respuesta negativa a la pregunta sorpresa [pregunta 1], y al menos otra pregunta [2, 3 ó 4] con respuesta positiva, de acuerdo con los criterios establecidos (3).

RESULTADOS

Durante el período analizado, 307 pacientes fueron internados a cargo del servicio de Clínica Médica con los criterios de inclusión del estudio. De ellos, el 26% [80] presentaba enfermedades crónicas avanzadas. Esto representó un 16% del total de internaciones.

Tras la aplicación de la herramienta NECPAL, se observó que el 71,25% [56] tenía necesidades paliativas. De estos, el 58.9% [33] provienen del área programática.

Se detectó que el 22,8% [13] contaba con seguimiento previo al ingreso por la unidad de Cuidados Paliativos de nuestra institución.

Dentro del grupo NECPAL positivo, la mediana de edad fue de 66 años, oscilando entre 30 y 97 años. El 54,4% [31] fueron mujeres y 44,6% [25] hombres.

La frecuencia de enfermedades crónicas avanzadas (medidas con los parámetros estipulados por la herramienta) presente en los pacientes con necesidades paliativas, tuvieron la siguiente distribución en orden decreciente: enfermedad oncológica [39,2%], enfermedad hepática [14,2%], enfermedades neurológicas [12,5%], demencia [10,7%], enfermedad cardíaca [8,9%], enfermedad pulmonar crónica [7,1%], enfermedad cerebrovascular [7,1%] y enfermedad renal crónica grave [1,7%].

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

Los resultados muestran que siete de cada diez pacientes con enfermedades crónicas avanzadas requirieron atención paliativa según la aplicación de la herramienta NECPAL, lo que no dista de otras experiencias en Argentina³. Si bien la patología subyacente más frecuente fue el cáncer, el 60,7% de los pacientes estaba especialmente afectado por enfermedades crónicas no oncológicas.

No obstante, debe considerarse la subjetividad inherente a la herramienta, así como la dificultad para acceder a estudios complementarios en ciertos contextos asistenciales, lo que puede limitar su aplicabilidad y precisión.

Estos hallazgos destacan la importancia de implementar estrategias sistemáticas de detección precoz, que permitan integrar el enfoque paliativo desde etapas más tempranas, para mejorar la calidad de atención, optimizar los recursos disponibles y aliviar el sufrimiento de los pacientes y sus familias.

REFERENCIAS

- (1) Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica 2020 [Internet]. Bogotá: ALCP; 2020 [citado 2025 abr 15]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/recursos/publicaciones/atlas-de-cuidados-paliativos-de-latinoamerica>
- (2) Tripodoro VA, Rynkiewicz MC, Llanos V, Padova S, De Lellis S, De Simone G. Atención paliativa en personas con enfermedades crónicas avanzadas. *Med (B Aires)*. 2016;76(3):139-47.
- (3) Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios de salud y social [informe]. Barcelona: Institut Català d'Oncologia, Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos; 2013.

PROCESSO AVALIATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O PAPEL DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA QUALIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO LOCAL

Rebeca de Araujo Duarte¹

Paula de Souza Carneiro

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e é responsável por organizar e coordenar as redes de atenção (1). Dentro desse cenário, o responsável técnico de enfermagem ocupa papel estratégico na gestão e qualificação dos processos de trabalho. Este relato de experiência apresenta a atuação do responsável técnico de enfermagem como articulador do processo avaliativo e da implementação dos itens da carteira de serviços da Saúde da Família (2), proposta pela gestão local no município do Rio de Janeiro. A iniciativa surgiu da necessidade de qualificar as práticas assistenciais e fortalecer o cuidado territorial, a partir do investimento em processos de educação permanente e continuada (3). Foram envolvidas 24 unidades de APS e seus respectivos responsáveis técnicos, utilizando metodologias ativas e estratégias participativas (4) como ferramentas de aprendizado e aprimoramento da gestão em saúde. Esta experiência pretende contribuir para o debate sobre a importância da avaliação e do protagonismo dos profissionais de enfermagem na gestão do cuidado e organização dos serviços.

OBJETIVO

Descrever a experiência de implementação de um processo avaliativo participativo conduzido pelos responsáveis técnicos de enfermagem em 24 unidades de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro, visando à qualificação das práticas e à consolidação dos itens da carteira de serviços da Saúde da Família.

DESENVOLVIMENTO

O projeto foi desenvolvido no âmbito da área de planejamento municipal do Rio de Janeiro, envolvendo 24 unidades de APS e seus responsáveis técnicos de enfermagem. A atuação desses profissionais se deu como articuladores entre as equipes e a gestão, visando à organização dos processos de trabalho e ao cumprimento da carteira de serviços da Saúde da Família. Para tal, foram utilizados instrumentos de avaliação em serviço e metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com destaque para rodas de conversa, oficinas e construção coletiva de planos de ação. A partir da análise situacional de cada unidade, foram identificados desafios e potencialidades, o que subsidiou a elaboração de estratégias locais de intervenção. As ferramentas de feedback estruturado e avaliação participativa possibilitaram

1

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. E-mail: enfrebecaduarte@gmail.com

não apenas o monitoramento das ações, mas também a qualificação constante das práticas assistenciais. A experiência também estimulou o protagonismo dos profissionais de enfermagem, fortalecendo sua atuação na gestão local e no cuidado em saúde, além de favorecer a integração entre equipes e a disseminação de boas práticas no território.

A atuação estratégica do responsável técnico também possibilitou a criação de espaços permanentes de diálogo entre os profissionais, fortalecendo a corresponsabilidade nas decisões clínicas e organizacionais. A partir da escuta qualificada das equipes, foram desenvolvidas ações voltadas ao aprimoramento da resolutividade dos atendimentos e à valorização dos saberes locais. A articulação entre avaliação em serviço e educação permanente contribuiu para ampliar a autonomia dos profissionais, consolidando práticas mais críticas, participativas e alinhadas às necessidades do território. O processo também favoreceu o desenvolvimento de lideranças técnicas, fortalecendo a cultura da avaliação como prática cotidiana integrada ao cuidado e à gestão.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A experiência evidenciou a relevância do responsável técnico de enfermagem na mediação entre a gestão municipal e as equipes de APS, promovendo qualificação contínua do cuidado e reorganização dos processos de trabalho. O uso de metodologias ativas e ferramentas participativas se mostrou eficaz para o fortalecimento da gestão compartilhada e da educação permanente em saúde. Como potencialidade, destaca-se a mobilização dos profissionais e a criação de espaços coletivos de aprendizado e decisão. Recomenda-se a ampliação da experiência para outros territórios e o desenvolvimento de instrumentos avaliativos pactuados com os trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Guia para implantação da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
- (3) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Reforma sanitária brasileira: contribuição para a construção de um SUS democrático e de qualidade. Rio de Janeiro: CEBES; 2020.
- (4) Freire P. Pedagogia do oprimido. 66ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2019.

PRODUZINDO PARTILHAS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: REFLETINDO SOBRE FORMAÇÃO TÉCNICA NO WORLD CAFÉ

Andressa Ambrosino Pinto¹

Donizete Vago Daher

Maria Helena Mendonça de Araújo

Karla Santa Cruz Coelho

Enéas Rangel Teixeira

Sidênia Alves Sidrião de Alencar Mendes

Priscila da Silva Domingues

Liana Barbosa Macedo Almeida

Leandro Lourenço da Silva

Josiane Roberta de Menezes

APRESENTAÇÃO

O processo de formação técnica do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um direito instituído em diferentes e complementares documentos, onde também é colocado os modos de operacionalidade dos mesmos, como por exemplo: Curso Introdutório; Curso Técnico; e Ações de Educação Permanente em Saúde (EPS). Assim, entre idas e vindas, a formação técnica do ACS antes do mesmo ingressar nos espaços em saúde, foi sendo defendida para acontecer de forma institucionalizada, unificada e padronizada, fato que tem encontrado dificuldades. Nessa perspectiva, Paulo Freire defende que nenhuma educação é neutra, que todas as formações estão ‘grávidas’ de concepções, premissas e modos de fazê-las que as tornam parte de um projeto, de um ideal de sociedade, quer seus participantes estejam cientes ou não (1). Logo, conscientes de seus direitos e deveres, os ACS vão se construindo em “esperanças”, lutas e conquistas em seus itinerários formativos. E cabe ressaltar que tanto o Programa de Agente Comunitário de Saúde (Pacs), como a ESF têm em comum a figura do ACS como elemento inovador no quadro funcional. Sobre ele recaem expectativas de mediação e facilitação do trabalho de Atenção Básica de Saúde (ABS), daí a importância de aprofundar estudos sobre sua formação e processo de trabalho (2).

OBJETIVO

Analisar a trajetória formativa do ACS, como direito instituído, a partir de seus itinerários formativos (Curso Introdutório, Curso Técnico, ações de EPS).

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, descritiva-exploratória, com aproximação a Pesquisa-ação Participativa

1

Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Instituto de Enfermagem. E-mail: andressaambrosino@gmail.com.

em Saúde (PaPS), originada de uma Tese de Doutorado defendida na UFF em 2023. O cenário foi o município de Macaé-RJ, com a participação de 23 ACS, atuantes em 04 Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Todos concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que teve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CM UFRJ-Macaé, com nº 65479522.9.0000.5699. A dinâmica para a apreensão dos dados foi uma Oficina denominada World Café, com as etapas de dinamização: 1. Divisão dos participantes em 03 grupos, por “mesas de café”; 2. Escolha pelos pares de 03 “Anfitriões” e dos “Viajantes”; 3. Apresentação das questões indutoras pelos “Anfitriões”, que operaram o tempo de discussão (3). 4. Ao final, das rodadas os constructos foram apresentados à assembleia pelos “Anfitriões”. Preservando o sigilo os constructos coletivos foram identificados por ESF, seguida de um número arábico ascendente (ESF1, ESF2). A análise compreensiva-interpretativa foi a que melhor respondeu aos objetivos do estudo, gerando três temáticas.

RESULTADOS

1ª) Curso Introdutório como desafiador espaço formativo: Sobre a possibilidade do Curso Introdutório os ACS, enunciaram: “Ele nos dá a base, o chão para agirmos melhor e com segurança”(ESF1). Assim, eles, reconhecem a importância deste curso, que possibilita “conhecimento crítico, emancipatório, o exercício do diálogo e do trabalho em equipe”(4). 2ª) Entre significados e sentimentos: por uma formação técnica: Quanto a formação técnica, assinalaram que “A gente resolveu falar sobre o Curso Técnico de ACS, que a gente tá fazendo, a gente tá com um sentimento bastante feliz e de esperança porque ele vai trazer conhecimento para a classe, anteriormente a gente se sentia desvalorizado, sem condições de decidir nada” (ESF1). Logo, “a formação dos ACS é tão importante para a ESF, quanto a especialização dos demais profissionais para o atendimento na ESF”(5). 3ª) Educação Permanente: utópica, ou ainda em construção?: O coletivo de ACS, descreveram: “É fundamental! Durante a pandemia não houve nada de capacitação ou curso. A saúde é um ‘órgão vivo’ e requer atualização constante [...]. E essa é a matéria-prima do nosso trabalho. Nada tem sido ofertado” (ESF2). Nesse sentido, os ACS declararam as fragilidades de oferta de EPS, fato, que coaduna com outros achados: “não houve EPS, sobretudo diante do contexto da pandemia, ficamos todos indignados com a não oferta de EPS para nos fundamentar”(6). Reforçamos que tanto o Curso Introdutório, como o Curso Técnico assim como as ações de EPS, são fundamentais para a produção de um cuidado integralizado e resolutivo. Mas, muitas vezes, estes processos formativos são defendidos no âmbito teórico ou de uma forma superficial e bancária, com tímidas reflexões.

CONSIDERAÇÕES

A formação do ACS é reconhecida como um direito já instituído. E esta categoria profissional detém esse conhecimento, que foi expresso ora de forma mais tímida, ora de forma mais consistente na Oficina. Estes, manifestaram de forma coletiva, que o Curso Introdutório, é essencial e imprescindível para calçar o início de sua atuação no contexto das ESF. Reafirmaram coletivamente o sentimento de

felicidade e produção de maior segurança dada pelo Curso Técnico atualmente ofertado pelo Ministério da Saúde. E quanto a EPS, sentem muita falta destas ações nos serviços, e que foi agravada no período pandêmico da Covid-19, estendendo-se aos dias atuais. Assim, entre felicidade, alegrias, perdas e conquistas os ACS expressaram que são capazes de aprender, apreender, fazer e compartilhar durante suas práticas laborais. Todos os profissionais de saúde ao atuarem coletivamente no SUS, ensinam e aprendem por meio do diálogo, da troca e da relação que estabelecem entre si e o outro.

REFERÊNCIAS

- (1) Freire P. Pedagogia do oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
- (2) Bornstein V, David H. Contribuições da formação técnica do ACS para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. Trab Educ Saude [Internet]. 2014 [citado 2025 abr 3];12(1):65-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000100007>
- (3) Pedroso R, et al. Inovar a praxe: integração numa escola de enfermagem promotora da saúde ESEnfC. In: Brito I, organizador. Pesquisa-ação participa na cocriação de instituições de ensino superior promotoras de saúde. Coimbra: Palimage; 2018. p. 55-74.
- (4) Silva M. Conhecer e se reconhecer: rodas de conversa como ferramenta de fortalecimento da formação do profissional do ACS [Trabalho de Conclusão de Curso]. Campina Grande (PB): Universidade Federal de Campina Grande; 2022. 17 f.
- (5) Brasil. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- (6) Galli E, Braga F. O diálogo em Paulo Freire: concepções e avanços para a transformação social. Quaestio. 2017;19(1):45-63. DOI: <https://doi.org/10.22483/2177-5796.2017v19n1p161-180>

PROGRAMA MAIOR CUIDADO: CONTRIBUIÇÕES DO PROJETO PILOTO PARA A INTEGRAÇÃO INTERSETORIAL EM SALVADOR (BA)

Maynne Lacerda Dias Santos¹

Sandra Garrido de Barros

Rachel Luiza Santos Moura

Berenice Temoteo-da-Silva

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A ONU Mulheres-México (2017) projetou que, em 15 anos, a demanda por cuidado infantil cairá 3%, enquanto a de idosos e pessoas com deficiência crescerá 70%. Esse cenário exige a adaptação da oferta de cuidados para uma população envelhecida e vulnerável a doenças crônicas limitantes. (1) No Brasil, a população idosa quase dobrou entre 2000 e 2023, passando de 8,7% para 15,6%, com projeção de 37,8% até 2070 (2), ampliando a demanda por cuidados e exigindo políticas intersetoriais para sua integralidade. Em 2024, o Brasil reconheceu o cuidado como direito essencial com a criação da Política Nacional de Cuidados, mas iniciativas locais exitosas já existiam. Criado em Belo Horizonte (2011), o Programa Maior Cuidado (PMC) oferece cuidado domiciliar a idosos dependentes e semi-dependentes em vulnerabilidade social, reduzindo institucionalização e hospitalização. Para avaliar sua replicabilidade em novos contextos, o Ministério da Saúde firmou um Termo de Execução Descentralizada (TED) com o Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), implementando, desde 2023, um projeto piloto em Salvador (BA) e Contagem (MG). Este trabalho faz parte de uma ampla pesquisa de Avaliação do Processo de Implantação do projeto piloto do PMC (CNPQ), tendo como objetivo específico analisar a integração entre os setores de saúde e assistência social na gestão e execução do programa.

OBJETIVO

Analisar a integração entre os setores de saúde e de assistência social na gestão e execução do Programa Maior Cuidado (PMC) nas cidades de Salvador (BA) e Contagem (MG), no contexto de sua implementação como projeto piloto.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, entre setembro e outubro de 2024, por meio de entrevistas e grupos focais. Em Salvador, o projeto piloto do PMC foi implementado em unidades de saúde e de assistência social do distrito sanitário de Cajazeiras e do distrito Cabula/Beiru; em Contagem, nas regionais Ressaca e Industrial. Com proposta de assistência a 100 pessoas idosas, 50 por município, 25 por território. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com supervisoras e grupos

1 Universidade Federal da Bahia. E-mail: maynnelacerda208@gmail.com.

focais com cuidadores sociais e equipes locais dos CRAS e USF/UBS, incluindo referências técnicas do PMC da saúde e da assistência social. O roteiro das entrevistas e grupos focais continha perguntas sobre o perfil dos profissionais envolvidos, a experiência na prestação do serviço, seu funcionamento e relações entre equipamentos sociais. As entrevistas e grupos focais foram gravados, transcritos e analisados em seu conteúdo. Todos os participantes assinaram termo de consentimento esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva-Universidade Federal da Bahia.

RESULTADOS

Verificou-se que o programa pode ser reproduzido em outros contextos municipais com destaque ao cumprimento do seu objetivo: a prestação do cuidado domiciliar a idosos em situação de vulnerabilidade, apesar das dificuldades vivenciadas. Os relatos sugerem alívio da sobrecarga do cuidado dos familiares, permitindo que se dediquem a outras atividades, especialmente as mulheres. A experiência ampliou a articulação entre as unidades vinculadas ao piloto com a criação de fluxos conjuntos por meio de Grupos de Trabalho intersetoriais. No entanto, há relatos de falhas de comunicação entre as unidades e concentração de demandas em certos setores. O acompanhamento dos idosos e a elaboração dos planos de cuidados foram afetados pelo desconhecimento mútuo dos processos de trabalho da saúde e da assistência. Para os profissionais de saúde, idosos e familiares, antes sem acesso ou com uso fragmentado dos CRAS e UBS, ao participarem do PMC, passaram a utilizá-los de forma contínua, inclusive em casos de descontinuidades do programa. Em contrapartida, a presença do cuidador social no domicílio trouxe à tona demandas invisibilizadas e dificuldades já existentes. A inserção dos cuidadores sociais gerou desafios operacionais, dificultando, em alguns casos, a adaptação à nova dinâmica de trabalho. Os cuidadores sociais possuem vínculo celetista, entretanto, a ausência de adicional de insalubridade e periculosidade é um desafio, considerando a exposição à violência, condições sanitárias precárias e exposição a fluídos corporais. O PMC diferenciou as funções do cuidador de idosos e do cuidador social, este último com uma abordagem ampliada do cuidado, que transcende a esfera privada da saúde e considera os determinantes sociais que incidem sobre a saúde e sobre o envelhecimento.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

O Programa Maior Cuidado (PMC) se revela como uma estratégia efetiva para o cuidado domiciliar de idosos, com grande potencial de replicação em diferentes contextos, desde que respeitadas as especificidades locais. A integração entre saúde e assistência social evidenciou a precarização dos serviços, destacando a necessidade urgente de maior financiamento e fortalecimento dessas áreas a fim de mitigar as fragmentações e desigualdades existentes. Embora a efetividade comprovada do PMC em Belo Horizonte seja indicativo de sua viabilidade, sua implementação em outras localidades exige ajustes às realidades locais.

Fontes de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

REFERÊNCIAS

- (1) Camarano AA. Experiências latino-americanas com relação a cuidados: o caso Uruguai, Chile e México. In: Camarano AA, Pinheiro L, organizadoras. Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2023. p. 317-22.
- (2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População do país vai parar de crescer em 2041 [Internet]. Agência IBGE Notícias. 2024 ago 22 [citado 2025 mar 9]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/4106-populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041>

PROPOSIÇÕES PARA O ENTENDIMENTO DO CUIDADO COMO PRÁTICA ESPECULATIVA DE NOVOS MUNDOS POSSÍVEIS

Mariana Ribeiro Marques¹

INTRODUÇÃO

Este trabalho busca compreender e problematizar a noção de cuidado, privilegiando o seu caráter intrinsecamente relacional. Pretende-se articular discussões sobre produção de conhecimento e práticas de cuidado, considerando outras epistemologias para além da razão instrumental ocidental. Tendo em vista que a produção de conhecimento está intimamente vinculada às relações devido às transformações que opera na realidade, é possível afirmar que os modos de produção de conhecimento em uma sociedade também incidem sobre as formas pelas quais o cuidado é performado nesse contexto.

Na análise da noção de cuidado proposta, sugerimos que a produção de conhecimento sobre o tema não busque apagar as especificidades de análises e narrativas particulares na tentativa de forjar um entendimento universal sobre o termo, mas, pelo contrário, que mantenha tais especificidades, como um conhecimento situado e engajado, tendo em vista que “Todos esses engajamentos com o cuidado trazem contribuições específicas para a sua compreensão e os seus significados, revelando como o termo envolve diferentes relacionalidades, questões e práticas em diferentes contextos” (1). A partir desse ponto de vista, o cuidado também pode ser evocado como o gesto diplomático de negociar e compor com outras agências, tal qual Isabelle Stengers nomeou em sua “proposição cosmopolítica”(2).

OBJETIVO

Nossa aposta é que o encontro com as distintas narrativas que são criadas no contexto do cuidado possa articular cuidado e produção de conhecimento de forma que estejam em relação de co-produção. Nesse sentido, especular sobre as práticas de cuidado é não só contribuir para a transformação dos modos como o compreendemos, mas também para a reformulação das maneiras como o praticamos em nossa sociedade.

DESENVOLVIMENTO

O debate em torno do Antropoceno aponta para a necessidade de revisão e reinvenção das nossas formas de “pensar e de perceber a realidade”(3), na medida em que evidencia uma “crise no próprio pensamento humano” (4). O cuidado aparece como um dos temas centrais nesse debate, visto que se coloca como “obra concreta de manutenção [da vida], com implicações éticas e afetivas”, assim como “política vital em mundos interdependentes” (1).

1 Doutoranda do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (IFF/Fiocruz). Email: marirmarques@gmail.com

Para Sztutman, talvez o sentido da noção de “cosmopolítica” em Stengers seja o de “fazer com que as práticas científicas modernas se abram para um diálogo edificante com outras práticas, que elas sempre julgaram ‘não sérias’, presas à especulação e à imaginação.” (5). Dessa forma, o exercício especulativo que sustenta o fazer científico deve estar à altura das “situações questionantes”(2) no sentido de estar sempre atento às consequências e aos efeitos, prezando “menos por ‘o que é’ do que por ‘o que poderia ser’, pelo elenco de possíveis” (5). Nesse sentido, conhecer é interrogar um determinado estado de coisas para assim “levantar possibilidades” e “elencar mundos possíveis” (5). Prática fundamentalmente especulativa no sentido mesmo de um “raciocínio que se pergunta sobre o que pode se tornar real” (5), abrindo, assim, a possibilidade de imaginarmos outros mundos possíveis.

Não pretendemos, entretanto, celebrar um saber especulativo hipotético em nome de uma mera diversidade de saberes que faria frente a perspectiva científica entendida como redutora. A questão que nos colocamos é a de investigarmos por quais meios o saber científico pode ser validado, não pela via da purificação das variáveis que, segundo Stengers, se sustenta por uma “expertise que se beneficia de meios desmedidos em relação aos outros” (2), mas pela implicação de tal saber no sentido do envolvimento e da “presença legítima ativa, objetora e propositiva, de todos que estão ‘implicados’” (2) em sua produção.

É aqui que colocamos propriamente a questão da produção do cuidado, uma vez que nos perguntamos se isso que Stengers (2) chama de uma “ecologia política” poderia nos servir como uma proposta de produção de cuidado que esteja intimamente atrelada ao modo como o saber é produzido em nosso mundo.

Nesse sentido, nos perguntamos também se as artes (assim como a ciência) poderiam atuar como mediadoras de cuidado, abrindo novas trilhas narrativas, formas de interação e ações que caminhem no sentido de transformações ético-estéticas, sociais e ecológicas para questões comuns, uma vez que concernentes à esfera da relacionalidade intrínseca a qualquer prática de cuidado.

CONSIDERAÇÕES

Pretendemos “ficar” com esses e outros problemas que nos colocam a pensar a partir do que nos provocam as questões atuais de nossa prática, assim como a produção de pensamento transversalizada por uma série de saberes, disciplinas e áreas, questionando, inclusive tais divisões. Será, portanto, a ideia de relacionalidade uma pista teórico-prática possível para pensarmos o cuidado (não só na saúde) como um “estar entre”, como na “diplomacia cosmopolítica” de Stengers? Um verdadeiro “elogio da conectividade” (5) em que a “revelação” de mundos possíveis pela observação e pela experiência científica pode ser atravessada pela criação de outros mundos por meio da imaginação? Assim, pretende-se que o movimento de aproximação teórica com o debate do Antropoceno em distintas esferas possa produzir não só narrativas *sobre* o cuidado como também narrativas *de* cuidado.

REFERÊNCIAS

- (1) Bellacasa MP. O pensamento disruptivo do cuidado. Anu Antro. 2023;38(1). DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.10539>
- (2) Stengers I. A proposição cosmopolítica [Internet]. Rev Inst Estud Bras. 2018;69. DOI: DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-901X.v0i69p442-464>
- (3) Danowski D, Castro EV de, organizadores. Há um mundo por vir? Ensaio sobre os medos e os fins. Florianópolis: Instituto Socioambiental; 2014.
- (4) Taddei R. O Antropoceno exige pensar o cuidado de novas formas. In: Encontros de cultura e saúde: como a antropologia pode ajudar a pensar o SUS hoje. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
- (5) Sztutman R. No limiar entre ciência e ficção: especulação e imaginação para responder ao Antropoceno. In: Marras S, Taddei R, organizadores. Belo Horizonte: Fino Traço; 2022.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM DIÁLOGO SOBRE OS EFEITOS DA DESCENTRALIZAÇÃO MUNICIPALIZADA E DESAFIOS PARA A REGIONALIZAÇÃO NO BRASIL

Felipe Fernandes dos Santos¹

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde têm o objetivo de promover, restaurar e manter a saúde de uma população, sendo compostos por um conjunto de serviços que se comunicam entre si buscando a proteção social. A maneira como esses sistemas de saúde se organizam é fundamental para uma compreensão sobre a Rede de Atenção à Saúde, que engloba além de uma estrutura baseada em tipologias e suas respostas frente aos processos de gestão e organização do serviço, também estabelece uma relação com as políticas públicas dos diferentes segmentos sociais e da saúde.

É central a esse trabalho estabelecer discussões acerca da Rede de Atenção à Saúde, no qual procuramos ampliar o debate sobre os arranjos institucionais que corroboram para um processo federalista (ideia de Rede municipalista) que, em certa medida, contribui com o aumento das desigualdades de acesso a serviços e desigualdades regionais. Em contraponto, pretende-se ampliar a discussão sobre a ideia de rede regionalizada onde Estados centralizados parecem ter maior relação a processos que reduzem desigualdades sociais e regionais. Como veremos, essa perspectiva tem lastro na tradição dawsoniana de organização territorial dos serviços de saúde (1).

Nesses termos, formula-se uma hipótese de que Estados centralizados parecem ter maior influência na redução das desigualdades sociais do que processos descentralizados, sobretudo, descentralizações que estão associados como sinônimos de municipalizações. Ao considerar processos descentralizadores municipalistas, e em contraponto a ideia de liberdade aos municípios associada a ideia de democratização dos serviços e maior participação do controle social, formulamos que exista, na verdade, um estímulo à fragmentação, de redução da capacidade de realizar o bem público a partir das necessidades de uma dada população, enfraquecendo com isso a experiência democrática.

OBJETIVO GERAL

As discussões que serão abrangentes nesse estudo, no que se refere ao debate sobre Rede de Atenção à Saúde e suas dimensões. O trabalho possui como objetivo principal: elaborar fundamentos sobre os processos de descentralização municipalista no Brasil e os desafios para uma regionalização da saúde com a perspectiva de uma coordenação federal.

1

E-mail: felipefernandes.saude@gmail.com

METODOLOGIA

A percurso metodológico a ser utilizado nessa pesquisa converge com a proposta de uma revisão de literatura, onde se pretende realizar uma busca abrangente com autores que conversam sobre as temáticas centrais dessa pesquisa e a utilização de banco de dados e fontes públicas como Lilacs, Medline, Scielo, PEDro e portal de periódicos da Capes.

Ao ser apresentado uma análise da produção bibliográfica, os autores enfatizam a questão da temporalidade nas áreas temáticas, podendo assim fornecer um estado da arte sobre um tópico específico, evidenciando, dessa forma, ideias novas, métodos com maior ou menor evidência na literatura especializada (2).

Com relação à escrita de um artigo de revisão, a leitura aprofundada e intensa de textos a serem utilizados, pode trazer inúmeras contribuições para a identificação da relação existente entre as pesquisas citadas (3).

DESENVOLVIMENTO

O modelo de rede de atenção à saúde é atribuído aos países que constituíram sistemas nacionais de saúde, ou seja, com caráter público e universalizantes, como exemplos os países nórdicos, a Inglaterra e o Canadá. Resgatando a experiência Britânica e o que fundamentou as discussões dos sistemas nacionais, é importante destacar que o conceito de rede tem origem na década de 1920 com a elaboração do Relatório Dawson, resultado de um debate acerca de alterações do sistema de proteção social, após a primeira guerra mundial (1914-1918).

O Relatório Dawson, publicado em 1920, foi o marco da ideia de Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de organização dos sistemas nacionais de saúde, no qual se propôs a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e os custos do tratamento. Centros de saúde primários deveriam resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e funcionar como a porta de entrada e núcleo do sistema, de forma vinculada e com o suporte de centros de saúde secundários e hospitais de ensino (4).

A organização em Rede, elaborada por Dawson, propunha uma resposta em como garantir acesso a uma população, respeitando princípios norteadores que garantisse um cuidado integral, equanime, eficiente e de qualidade, adotando mecanismos de referências e com base em uma regionalização territorializada, com autossuficiência de recursos para atender aos diferentes níveis de complexidade.

A partir desse debate, convém ressaltar que no Brasil, a implantação do SUS ocorreu num contexto marcado por embates sociais e políticos, em razão do processo de redemocratização do país, crises e Reforma Gerencial do Estado, tendo ainda que enfrentar o legado histórico da política de saúde de verticalização das ações com centralização das decisões no governo federal, fato que provocou um processo municipalista que está no cerne da crítica nesta pesquisa; fragmentação entre saúde pública e assistência médica previdenciária e hegemonia do modelo privatista, centrado na atenção médico-hospitalar e na dicotomia entre as ações curativas e preventivas, individual e coletiva (5,6).

Os processos descentralizadores municipalistas tendem a provocar desigualdades sociais, pois provoca, em certa medida, menor capacidade de realização do bem público, não sendo este ente federal municipal autossuficiente na garantia de direitos e na constituição de uma RAS.

As diferentes densidades tecnológicas (fazendo referência a complexidades dos serviços de saúde e concentração de equipamentos e instrumentais médico-hospitalares) existentes nessa rede, bem como as desigualdades regionais, exige uma profunda reflexão sobre a superação de um sistema que ainda se apresenta fragmentado. Esse retrato de um sistema que se pretende cooperativo e municipalizado enfrenta problemas quando ancorados aos elementos constitutivos de rede de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES

Uma importante análise na área da saúde se dá acerca da regionalização e a constituição de rede, suas dimensões técnicas, institucionais e políticas. No que parece ser a melhor estratégia de garantia de acesso a um cuidado integral, o regionalizar se depara com disputas de poder e mediações institucionais que interferem nas decisões que definem os desenhos institucionais das políticas públicas.

As redes regionalizadas a serem construídas no SUS claramente estão neste campo. Tomando como referencial teórico as formulações de Dawson, compreendemos que a construção de uma RAS nestes moldes abriga, no entanto, alguns desafios que podem ser localizados em duas dimensões: técnica e política que, como procuramos elucidar, são de resto indissociáveis.

REFERENCIAS

- (1) Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010;15(5):2307–2316. doi:10.1590/1413-81232010000500006
- (2) Noronha DP, Ferreira SMSP. Revisões de literatura. Em: Campello BS, Condon BV, Kremer JM, organizadores. Fontes de informação para pesquisadores e profissionais. Belo Horizonte, Brasil: Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.
- (3) Motta-Roth D, Hendges GR. Produção textual na universidade. São Paulo, Brasil: Parábola Editorial; 2010.
- (4) Portela GZ. Atenção primária à saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis: Rev Saúde Colet* [Internet]. 2017;27(2):255–276. doi:10.1590/s0103-73312017000200008
- (5) Landim ELAS. Redes de atenção à saúde no contexto da regionalização: análise da integração sistêmica sob o olhar das(os) usuárias(os) do SUS no estado da Bahia [tese]. Salvador, Brasil: Universidade Federal da Bahia; 2018. 229 p.
- (6) Lima LD, Viana ALA, Machado CV, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(11):2881–2892.

REDES DE CULTURA E CUIDADO: PROMOVENDO SAÚDE MENTAL NA FAVELA CIDADE DE DEUS

Cristiane Pereira Soares Martins¹

Mirian Andrade

Bruna Vanessa Dantas Ribeiro

Thatiana Pereira

Lilian Moura da Silva

Anjuli Fahlberg

Joiceane Eugenia Lopes da Silva

Lidiane Santos

Ana Cláudia Araújo

Paul Heritage

INTRODUÇÃO

A favela Cidade de Deus, localizada na Zona Oeste do Rio de Janeiro, revela um perfil similar ao de outras favelas do município, em que a violência, as mazelas e ineficiência do Estado, da violação de direitos humanos, insegurança alimentar, exposição à violências e conflitos dentro da Cidade de Deus, afetam diretamente a saúde mental dos moradores.

Diante disso, compreendendo que a favela também é potência, os próprios moradores se organizam e se ajudam mutuamente. Nesse cenário, os movimentos culturais promovidos pelos próprios moradores da CDD, se estabeleceram como formas de resistência, expressão, acolhimento e protagonismo. Eles guardam aspectos culturais e sociais amplos, que são atravessados pela saúde, em específico a saúde mental, que está presente em cada coletivo, artista e instituição de base comunitária.

Partindo deste pressuposto, o Coletivo de Pesquisa Comunitária Construindo Juntos em parceria com a People's Palace Projects do Brasil articula a implementação do estudo, com apoio do Plano Integrado de Saúde nas Favelas, do projeto 146x Favela da Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz e surge da inspiração da metodologia empregada na pesquisa "Estratégias culturais em Manguinhos", realizada no bairro de Manguinhos entre os anos de 2021 e 2022 (1) e dos dados do relatório "Impactos na Saúde Física e Mental dos Moradores da CDD" da pesquisa intitulada "Impactos da Pandemia de COVID-19 na Cidade de Deus" do Coletivo Construindo Juntos, publicada em 2021 (2).

Em que revelam a situação de saúde mental da população que já era afetada antes da pandemia, sendo agravada ainda mais. A perda da renda e emprego, na maior parte informal, fez com que as pessoas adocessem não somente ao contrair o coronavírus. As pessoas morrem de fome, tiro, negligência, enchentes e de diversas formas que são expostas cotidianamente, como mostram os dados

1 Mestranda em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-RIO, Bolsista FAPERJ nota 10 e codiretora do Coletivo de Pesquisa Construindo Juntos CDD. E-mail: cristiane.martins@tufts.edu

da pesquisa “Construindo Pontes” presentes no relatório “Estudos com moradores das 16 Favelas da Maré”, realizado pela People’s Palace Projects e a Redes de Desenvolvimento da Maré em 2020.

OBJETIVO

O projeto “Redes de cultura e cuidado: Promovendo Saúde mental na CDD” propõe mapear e catalogar organizações e iniciativas liderados por sujeitos individuais ou coletivos da favela Cidade de Deus que desenvolvem estratégias de mobilização social e artístico-cultural e, a partir de uma perspectiva da saúde integral, promovem a saúde mental no território. O projeto tem como objetivo compreender experiências socioculturais, interpretando-as como dispositivos privilegiados de cuidado, inclusão social e estruturação de direitos, e ampliar redes de construção de conhecimento, de ação social e a relação ampliada entre cultura e saúde mental neste território.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada nas pesquisas do CJ, segue o modelo adotado pelo colombiano Fals Borba (3), de Pesquisa-Ação Participativa em que há um envolvimento de todos nas etapas para elaboração de uma pesquisa, ou seja, a construção é coletiva, moradores e pesquisadores da favela constroem juntos o questionário, participam das decisões, da análise e disseminação dos dados (3). As ações têm como objetivo trazer o protagonismo dos moradores, contrapondo “o lugar do negro”, crítica da autora Lélia aos espaços destinados à população negra e periférica (4). Em um segundo plano, pretende promover visibilidade para o saber periférico e, através dos dados gerados, legitimar a relevância do ponto de vista, das vivências e experiências dos moradores de favela.

Nesse sentido, tendo como base a pesquisa ação, serão realizadas as seguintes etapas metodológicas: Mapeamento de iniciativas; Entrevistas com os produtores culturais; Organização e análise das informações coletadas nas entrevistas; Produção de catálogo de iniciativas e Seminário final de construção de redes.

RESULTADOS

A articulação com o apoio à saúde mental se dá principalmente no entendimento das iniciativas culturais como ações que contribuem para a promoção e cuidado em saúde mental das populações em favela. O projeto entende que as experiências socioculturais mantêm estreita ligação com a promoção da saúde integral. O projeto também propõe fortalecer ações em saúde mental associadas à arte e cultura, educação, trabalho, renda, esporte, lazer e demais campos com foco nas favelas.

CONSIDERAÇÕES

O estudo encontra-se em andamento, entretanto os resultados parciais e as literaturas consultadas apontam para a necessidade de reconhecer e valorizar as práticas já existentes que contribuem para a promoção de saúde nos territórios de favela, práticas e saberes orgânicos e ancestrais que perpassam

gerações e complementam o sistema de saúde, os modos próprios de fazer e viver dessas populações, suas tradições e experiências.

REFERÊNCIAS

- (1) Guljor AP, Monnerat S, Heritage P, Amarante P, organizadores. Estratégias culturais em Manguinhos: olhares sobre o cuidado em saúde mental e o protagonismo de moradores de favelas. Rio de Janeiro: Fiocruz; Fundação Getúlio Vargas; Queen Mary University of London; 2022.
- (2) Fahlberg A, Martins C, Costa S, Andrade M, Portela J, Li S. O impacto da pandemia de Covid-19 na Cidade de Deus: o grave estado econômico da comunidade [Internet]. Coletivo de Pesquisa Construindo Juntos; 2021 [citado 2025 maio 5]. Disponível em: <https://www.construindojuntos.com/acervo>
- (3) Borda OF. Aspectos teóricos da pesquisa participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1981. p. 42-62.
- (4) Gonzalez L. Por um feminismo-afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. In: Rios F, Lima M, organizadoras. Rio de Janeiro: Zahar; 2020.

REFLEXIONES METODOLÓGICAS SOBRE EL TRABAJO EN COMUNIDADES: RANCHADA TEÓRICA Y SABERES SILENCIADOS

Abel R. Nassif¹

INTRODUCCIÓN

En el siguiente trabajo se expondrán algunas cuestiones en relación a lo que fue la construcción del marco teórico/metodológico de la investigación “trayectorias vitales a los márgenes de San Miguel de Tucumán - Argentina: Jóvenes y consumo problemático” (2024), realizada como becario del Conicet. En dicho marco, se buscó generar un entrecruzamiento de saberes científicos académicos con los denominados por Esther Diaz (1) como vulgares o de sentido común, propios de la comunidad, sus pobladores y sus experiencias. Desde este enfoque, de combinación de saberes y rescate de aquellos saberes descartados por la ciencia tradicional, surgió la noción de “ranchada teórica”, un espacio de diálogo entre conocimientos nativos y científicos. La ranchada - Palabra proveniente de “rancho” casa precaria de origen campesino - es un término usado por los jóvenes sujetos de la investigación y refiere a un encuentro (convocado o generada de manera espontánea), en donde conviven diversos actores (con diferentes niveles de conflictividad y afectividad), pero con una finalidad determinada, generalmente asociada al tiempo libre, la cual concluye cuando termina la acción. La investigación se enmarcó en lo que Pantoja y Rasco (2) denominaron “epistemología situada”, la cual reconoce la importancia de los contextos locales y las relaciones de poder en la producción de conocimiento.

OBJETIVOS

- Analizar las trayectorias vitales de jóvenes en los márgenes de San Miguel de Tucumán, integrando saberes académicos y populares.
- Proponer metodologías de investigación que rescaten y potencien los conocimientos nativos de la comunidad.

METODOLOGÍA

El estudio fue de carácter cualitativo tomando herramientas de la Antropología, la Psicología y la Salud Colectiva. Se tomó como escenario privilegiado y fuente de conocimiento a los “encuentros” - ya sean en modalidad entrevista, observación participante o simplemente compartir horarios de trabajo y/o tiempo libre - con jóvenes de las periferias del gran San

Miguel de Tucumán y con trabajadores de la salud en territorio durante los años 2017/2023. Entender a nuestro escenario desde el encuentro, insiste en la idea de que hay un saber a conocer, propio de estos sujetos y presta atención a la interacción (ya que se necesitan de al menos dos personas

1 UNT/ UBA (Argentina). E-mail: abelnassif@gmail.com

para que se produzca un encuentro) permitiendo adentrarse en el universo de las relaciones, con sus asimetrías y dinámicas de poder. Articulados en la “ranchada teórica” se incorporaron conceptos nativos - maña, deambular y jugar/divertirse entre otros - que fueron utilizados como herramientas metodológicas en el trabajo de campo y en la elaboración del informe final. Este enfoque permitió procesos denominados por Latorre

(3) como de recuperación de saberes no sabidos y buscó potenciar la capacidad transformadora de los actores.

RESULTADOS

La “Ranchada Teórica” fue el marco general donde se asentaron el trabajo de campo y las articulaciones teórico/prácticas para la elaboración del informe final. Investigar desde la ranchada implicó un posicionamiento ético y estético por parte del investigador y se apoyó en la Epistemología Situada de Pantoja y Rasco (2) y en La epistemología convergente de Enrique Pichon Riviere (4).

En la ranchada aparecieron diversos conceptos extraídos del acervo popular y sus prácticas cotidianas que fueron leídos en clave metodológica para la elaboración del trabajo. A los fines de este resumen se destacan:

a) **La maña:** de varios sentidos en el decir popular, se encuentra asociada a la habilidad para resolver algo de forma singular y creativa, utilizando elementos que no estaban destinados para tal fin (“darse maña”). También puede remitir a conductas estereotipadas y repetitivas asemejándose a un rasgo de carácter (“mañero”).

b) **El/la tóxico/a:** adjetivo para referirse a la pareja en una relación que pasó del “hay química” a “es tóxico/a”. Memes y stickers dan cuenta de este tipo de vínculo y sirve como analogía para pensar los consumos problemáticos, su toxicidad y dependencia química.

c) **El deambular:** andar a la deriva sin un fin determinado, modo de ser y estar en el mundo excluido de lo seriado y lo reglado pero, justamente por esa exclusión, con la capacidad de retomar saberes marginados.

d) **De la cura al cuidado:** cambiar la cura por el cuidado nos vuelve a las prácticas del día a día y posibilita rescatar, y revitalizar sus aspectos saludables. La internalización de las prácticas de cuidado, posibilita ejercerlas en diferentes ámbitos, inclusive en aquellos donde prima el desborde y el descuido.

CONCLUSIONES

Este trabajo subraya la importancia de integrar saberes nativos y académicos en la investigación en Ciencias Sociales y de la Salud, especialmente en contextos donde los saberes locales fueron acallados históricamente. Tanto la ranchada teórica y herramientas como la maña y el deambular fueron una forma de rescatar y potenciar los conocimientos de una comunidad en particular. Lograr un registro que empatee con los saberes propios de los sujetos, implica escindirse de apreciaciones

de carácter valorativo de los acontecimientos y da lugar a lo novedoso y lo creativo, acercando al acto investigativo a la búsqueda de asociaciones que permitan la historización y relación de elementos que se encontraban aislados, recuperando saberes silenciados históricamente. Teniendo en cuenta la instancia de investigación a realizarse en Brasil, se recomienda indagar sobre la convivencia de saberes populares en los ámbitos académicos de este país a fin de compararlos con las producciones académicas de Argentina.

REFERENCIAS

- (1) Díaz E. Metodología de las ciencias sociales. Buenos Aires: Biblos; 1997.
- (2) Redon Pantoja S, Angulo Rasco J. Investigación cualitativa. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores; 2017.
- (3) Latorre M. Represión vs. saber no sabido. Rev El rey está desnudo. España: Digital Press; [citado 2025 jul 10] 2019; (12). Disponible em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://elreyestadesnudo.com.ar/wp-content/uploads/2023/06/7-Represion-vs.-Saber-no-sabido.pdf>
- (4) Pichon-Rivière E. El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión; 2012.

REFLEXÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO ONLINE BASEADA NO PROMOVE-UNIVERSITÁRIOS

Esther de Matos Ireno Marques¹

Karoline Vitoria Ferreira Soares

Paulo César Mendes Silva

Fabiane Rossi dos Santos

INTRODUÇÃO

Dentre os desafios impostos ao estudante do ensino superior pode-se destacar: estabelecer uma rotina de estudo, autocuidado, lazer, lidar com autoridades, falar em público, fazer novas amizades, morar sozinho ou em moradia compartilhada, administrar renda e ficar longe de família/amigos (1). Nesse sentido, o déficit de repertório de habilidades sociais, ainda que abordado na literatura de maneiras distintas, pode ser considerado uma variável relevante na investigação da adaptação acadêmica e bem-estar psicológico de universitários (2).

O Promove-Universitários (3), aplicado e avaliado em nível nacional, tem se mostrado uma intervenção promissora na ampliação de repertórios sociais desta população (2), fortalecendo fatores de proteção ao desempenho acadêmico e à saúde mental.

As intervenções online têm se mostrado uma alternativa eficaz para atender universitários (4), os quais, frequentemente encontram barreiras para buscar apoio presencial. Nesse cenário, programas online oferecem uma solução acessível e flexível, permitindo que os participantes se envolvam no seu próprio ritmo e ambiente (5). Uma lacuna importante na literatura é a escassez de pesquisas que discutam a implementação do programa Promove-Universitários no ambiente virtual.

OBJETIVO

Avaliar os efeitos da aplicação do programa Promove-Universitários em formato online, investigando seu impacto na saúde mental e no repertório de habilidades sociais de universitários de cursos da área de saúde. Além disso, buscou-se explorar a experiência dos participantes com a intervenção por meio de relatos qualitativos e refletir sobre a aplicabilidade do programa.

METODOLOGIA

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, iniciou-se o recrutamento dos participantes através das redes sociais da instituição alvo. Os interessados responderam a um questionário autoaplicável e também a uma entrevista com a terapeuta, ambos realizados de forma

¹ Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de MG, Universidade Federal de Juiz de Fora.
E-mail: esther.marques@ifsudestemg.edu.br

Este trabalho contou com financiamento de bolsa de doutorado da CAPES para a primeira autora.

online, sendo selecionados aqueles com índices clínicos em ansiedade generalizada e/ou ansiedade social e/ou depressão.

Utilizou-se os seguintes instrumentos em pré e pós-intervenção: *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7), *Cognitive and Affective Symptom Orientation* (CASO), Inventário de Habilidades Sociais (IHS-2-Del Prette) e o Questionário de Habilidades Sociais, Comportamentos e Contextos para Universitários (QHC- Universitários).

O grupo de intervenção foi composto por quatro estudantes, os quais participaram de 12 encontros semanais de 1:30hs de duração cada, através do *Google Meet*. As sessões contaram com a presença de um terapeuta e um co-terapeuta, sendo conduzidas de acordo com o manual do programa (3). Para a avaliação qualitativa dos encontros foram utilizados: Protocolo de Observação de Comportamentos - Programa Promove-Universitários (POPRuni), Controle de Tarefas Promove e Questionário de Avaliação da Sessão.

RESULTADOS

Os dados encontrados indicaram uma redução nos escores médios de depressão, ansiedade generalizada e ansiedade social, impactando na mudança de alguns participantes de uma categoria clínica para não clínica e diminuição no relato de sintomas emocionais.

No que se refere ao repertório de habilidades sociais, observou-se que os resultados do QHC-Universitários apontaram para um aumento na frequência média das habilidades sociais de comunicação e afeto (habilidades e comunicação, expressão de sentimentos positivos e opiniões) e enfrentamento (expressão de sentimentos negativos, fazer e receber críticas), assim como uma redução nos escores médios das dificuldades (comportamentos não habilidosos, consequências e sentimentos negativos).

Quanto aos resultados do IHS-2 verificou-se um aumento no escore absoluto médio dos participantes, assim como nos fatores de enfrentamento e autoafirmação com o risco, autoexposição a desconhecidos, situações novas e autocontrole da agressividade. No entanto, apesar de não apresentar uma mudança significativa na classificação no repertório individual de habilidades sociais dos participantes proposta pelo IHS-2, três participantes apresentaram um aumento significativo nos escores. Este dado é corroborado por meio do POPRuni e dos questionários respondidos após a sessão, os quais indicaram que os participantes tiveram benefícios quanto à ampliação dessas habilidades. Alguns relatos dos participantes puderam ser observados no questionário de avaliação da sessão “A cada novo encontro, percebo como a forma de comunicação que eu adoto vem progredindo” e “Tenho aprendido muito nesses encontros e isso é muito importante para mim aprender sempre e mudar o que for possível mudar em mim para melhor”.

CONCLUSÕES

Os resultados indicam que o Promove-Universitários é uma estratégia consistente para ampliar o repertório de habilidades sociais e atenuar o sofrimento psíquico em estudantes de graduação. A experiência demonstrou o potencial do grupo como um rico espaço de troca de experiências, validando, ainda, o papel essencial de mediação feito pelo interventor. A aplicação em formato online possibilitou que os participantes se sentissem mais seguros para interagir, contribuindo para uma maior adesão.

Apesar de muito produtivo, esse formato pode resultar em algumas limitações no que tange tanto aos imprevistos técnicos que podem impactar a fluidez dos encontros, quanto aos desafios relacionados à adaptação do manejo terapêutico para atividades *online*.

Por fim, recomenda-se uma análise do calendário acadêmico vigente antes de escolher datas e horários para os encontros, de modo a minimizar faltas e/ou desistências. Evidencia-se, também, que apesar de efetivo, o Programa não substitui o processo psicoterapêutico.

REFERÊNCIAS

- (1) Ribeiro DC, Bolsoni-Silva AT. Potencialidades e dificuldades interpessoais de universitários: estudo de caracterização. *Acta Comportamentalia*. 2011[citado 2025 mar 06];19(2):205–24. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-81452011000200005
- (2) Oliveira T, Santana FAL, Giovanna BM, Bolsoni-Silva AT. Cultura do cuidado no ensino superior: a universidade, as políticas públicas e o Promove-Universitários. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. 2023[citado 2025 mar 06]:208–27. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/perspectivas/article/view/10439>
- (3) Bolsoni-Silva AT, Fogaça FFS, Martins CGB, Tanaka TF. *Promove-Universitários: Treinamento de habilidades sociais – guia teórico e prático*. Göttingen: Hogrefe; 2020.
- (4) Fogaça FFS, Oliveira AL, Dolcinotti MMCG, Bento DW. Oficina online como modalidade de telessaúde: uma experiência com universitários com ansiedade de desempenho acadêmico. *Research, Society and Development*. 2022 [citado 2025 mar 06];11(12):1–12. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33085>
- (5) Siegmund G, Janzen MR, Gomes WB, Gauer G. Aspectos éticos das intervenções on-line no Brasil: situações e desafios. *Psicologia em Estudo*. 2015[citado 2025 mar 06];20(4):635–46. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/29245>

REPERCUSIONES DE LAS POLÍTICAS DE AJUSTE SOBRE EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD- ATENCIÓN-CUIDADO: UNA MIRADA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Graciela Biagini¹

Susan López y Sonia Spotorno

INTRODUCCIÓN

Desde diciembre de 2023 y a partir de la asunción del gobierno de Javier Milei, las políticas públicas de protección social comenzaron a deteriorarse. La aplicación de políticas de ajuste, neoliberales y conservadoras sin precedentes en Argentina, avanzaron con una fuerte reducción de recursos públicos y destrucción del Estado (1, 2). Los efectos fueron registrados por investigaciones económico - sociales, movimientos sociales de base territorial y análisis periodísticos quienes coinciden, en el deterioro en las condiciones de vida y salud y su estrecha relación con el crecimiento de la pobreza, la indigencia, la desocupación, la disminución de ingresos y el aumento de los servicios públicos.

Para dar cuenta de la situación actual, el grupo de estudio de ALAMES Argentina realizó un relevamiento en dos etapas -setiembre a noviembre/2024 y marzo a mayo/2025 con la finalidad de conocer las condiciones de salud de la población. Para ello se realizó una encuesta a partir de la percepción (3) de los profesionales de ese campo.

Se encuestaron a trabajadores insertos en diferentes niveles de atención, acción social y gestión. El trabajo contó, inicialmente con bases de datos provista por ALAMES Argentina y CICOP (Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires), y luego se amplió por la participación en redes sociales y lugares de trabajo

OBJETIVO

Objetivo general

Analizar las repercusiones de las políticas implementadas a partir de diciembre de 2023, teniendo en cuenta las opiniones y experiencias de profesionales de la salud (2024-25, Argentina).

Objetivos específicos

- Describir cambios observados en las condiciones de salud y nutrición.
- Releva perfil sociodemográfico de los profesionales del campo de la salud.
- Indagar los cambios registrados en la situación laboral de los profesionales.

1 Docente e investigadora, Facultad de Ciencias Sociales-UBA. E- mail: alamesestudios@gmail.com

METODOLOGÍA

Con metodología descriptiva y diseño cuali-cuantitativo, se elaboró una encuesta semiestructurada, con muestra no aleatoria. La unidad de información son profesionales que se desempeñan en el sector de salud, sean del área biomédica o psicosocial.

El relevamiento se realizó en dos períodos. El primero, se llevó a cabo en 2024 con 16 preguntas y el segundo en 2025 con 23 preguntas. La implementación se realizó con Google Forms enviados con carácter confidencial y reservado a integrantes de bases de datos facilitadas por ALAMES Argentina y por CICOP

Se indagaron las siguientes dimensiones:

- Perfil socio-demográfico y ocupacional de los encuestados.
- Percepciones y opiniones en relación a necesidades y demandas de la población en: atención, alimentación, condiciones de vida y trabajo.
- Efectos sobre gestación y crecimiento de los niños.
- Percepción sobre la situación del sistema de salud: oferta de servicios e insumos, modificaciones observadas en los equipos de trabajo donde se desempeñan.

El primer relevamiento contó con una muestra de 146 encuestas. En el caso del segundo no se precisa el tamaño porque recién está iniciando. Se considera que para el XVIII Congreso de ALAMES habrá finalizado y se podrán comparar los resultados.

RESULTADOS

Resumidamente, el primer estudio indagó acerca de los cambios percibidos a partir del segundo trimestre del 2024 en la demanda de atención médica y cuáles consideran los encuestados las razones de esas modificaciones. Se destaca que solamente el 10% sostiene que no registró modificaciones en las consultas.

La mayoría de las opiniones ponen el acento en el Deterioro del contexto socioeconómico, la pérdida del empleo, el aumento de los precios, los ingresos que no alcanzan.

Y en cuestiones más específicas: Demanda de medicamentos, de alimentos, Problemas de salud mental, Vulnerabilidad de infancias, menores de edad y jubilados, remiten a un estado de situación donde se ha agravado la pobreza y la fragilidad social.

El 93% de los consultados estimó que se incrementó la demanda por alimentos en el primer nivel de atención. Sobre la incidencia en menores de 2 años de edad y en gestante se registró que 6 de cada 10 encuestados reconoce significativamente el impacto de la problemática nutricional en este grupo etario. En tanto el 56% tiene información sobre la situación de las mujeres gestantes, destacando que hay pocos controles (23%); y referencian la presencia de ITS; malnutrición o anemia.

Un dato relevante es el aumento de pedido por la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y los abortos voluntarios.

Dentro del 46,5 % que sí tienen conocimiento sobre la situación de los recién nacidos, el 83% sostiene que hay problemas por Bajo Peso al Nacer/prematurez, Nacimientos con patologías.

Finalmente, en cuanto a la situación laboral de los participantes el primer relevamiento, a 7 meses de la gestión del gobierno de Milei, el 17% de los encuestados manifiesta que la disminución de personal, entre despidos y renunciaciones, es cercana al 11%.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que lxs trabajadorxs perciben deterioro en las condiciones generales que atraviesa el sector salud, -recursos humanos e insumos-, un incremento en la carga laboral que pesa sobre la mayoría de ellxs, cuestión que se refleja en la conflictividad en el área de atención.

En los 9 meses que distan entre ambos sondeos, se observó (2) un incremento en el deterioro socioeconómico de todos los sectores sociales y particularmente de la clase media.

La pobreza y la indigencia adquirieron niveles significativos, la concentración de la riqueza se profundizó y el ajuste se focalizó en el campo de la salud y en direcciones que coordinan programas importantes como el de VIH, TBC, Malaria, Chagas, Lucha contra el Cáncer y Salud Mental. También en los destinados a la provisión de medicamentos, tecnología médica e insumos. Los programas de protección y asistencia social (alimentos, colchones, etc.) fueron eliminados. Todas estas decisiones gubernamentales, de recorte y eliminación de políticas de cuidado y atención en salud, guardan correlato con los resultados de la encuesta realizada por ALAMES Argentina.

REFERÊNCIAS

- (1) Observatorio de Desarrollo Humano. Evolución de los principales indicadores sociales al segundo trimestre de 2024. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat; 2024 [citado 2025 maio 10]. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/observatorio-desarrollo-humano-y-habitat>
- (2) Bonfiglio J, Vera J, Salvia A, coord. Deterioro de las condiciones de vida de los hogares en la agudización de un proceso de crisis social y económica. Buenos Aires: Observatorio de la Deuda Social Argentina, Universidad Católica Argentina; 2024 [citado 2025 maio 10]. Disponible en: https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2024/Observatorio-Documento-Estadistico_Pobreza.pdf
- (3) Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: Moscovici S, editor. Psicología social II. Barcelona: Paidós; 1986.

RETOS EN LA ATENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD EN MÉXICO

Nancy Araceli Méndez Romero¹

INTRODUÇÃO

La investigación sobre los problemas de salud mental en personas universitarias son un tema de análisis en México y otros países (1,2). La crisis por el COVID-19 influyó en el incremento del malestar psicológico. Específicamente el grupo de 19 a 24 años presenta diferentes características de vulnerabilidad, ya que en este trayecto de vida es posible la manifestación de algún problema de salud mental (2). También confluyen otros determinantes sociales como el género, la violencia en la comunidad, la familia o el entorno escolar, la inseguridad económica, así como las sobrecargas de trabajo académico durante la formación profesional (3).

Dentro de los padecimientos psicoemocionales con altas prevalencias en México se encuentra la ansiedad y la depresión, estas afecciones son predictoras del comportamiento suicida (CS), expresado en la ideación suicida, su planeación, la manifestación del intento suicida, con el que puede ocurrir la muerte, razón por la cual la identificación temprana es primordial. En México, la tasa de fallecimientos en personas de 18 a 29 años fue de 10.7 muertes por cada 100 000 (4). Como respuesta a estos problemas de salud distintas universidades en México (1,2), han implementado y documentado programas para promocionar el bienestar dirigidos a sus estudiantes (2).

A partir de los resultados de una intervención comunitaria de salud (ICS), el objetivo fue: identificar los retos en la atención de personas universitarias con presencia de síntomas de conducta suicida (CS), ansiedad y depresión.

METODOLOGÍA

Investigación acción participativa la cual recolectó datos cuantitativos y cualitativos durante el 2023-2024. La investigación comprendió tres etapas, primero se obtuvo una línea base con la aplicación de cuestionarios psicológicos que evaluaron ansiedad, depresión y comportamiento suicida (CS), los instrumentos fueron aplicados a estudiantes de cuatro licenciaturas de una universidad estatal en México, posteriormente se implementó una Intervención Comunitaria en Salud (ICS). En la tercera fase se reaplicaron los cuestionarios psicológicos, para comparar las diferencias del pretest posttest. Se utilizó un muestreo no probabilístico e intencional, bajo ciertos criterios: ser estudiante inscrito, rango de 18 a 27 años.

La fase cualitativa consistió en la identificación de estudiantes con CS, a quienes se les contactó para invitarlos/las a recibir una Orientación para el Cuidado de la Salud Mental (OCSM) durante

¹ Programa de Investigadoras e investigadores, Cátedra. Consejo Mexiquense de Ciencia y Tecnología. México. Universidad Mexiquense del Bicentenario. E-mail: nmr2500@yahoo.com.mx

este proceso se recabaron, previa firma del consentimiento informado, las declaraciones personales (5) sobre la conducta suicida.

La información recolectada se procesó con SPSSV25 y Atlas ti.

RESULTADOS

La edad promedio del estudiantado es de 20 años. La ICS benefició a una matrícula de 385 estudiantes y contó con diferentes estrategias de promoción de la salud y prevención del suicidio tales como: capacitación docente, la elaboración de un protocolo de respuesta al comportamiento suicida, tres Ferias de la salud apoyadas por el centro de salud aledaño al campus y un podcast en temas de salud mental donde participaron las/los estudiantes.

El análisis estadístico mostró una prevalencia del 30.1 % en la CS; 28 % depresión y 53.6 % estudiantes con síntomas de ansiedad de moderada a grave. En la segunda medición la prevalencia fue del 32.8%, 25.5% y 36.6% respectivamente. Para determinar el efecto de la ICS se realizó una prueba t para muestras relacionadas, fueron comparados 178 cuestionarios de la CS, 168 de depresión y 157 de ansiedad. La ICS no disminuyó los casos de CS, respecto a la depresión, hubo diferencias en los promedios antes y después, pero no hubo una reducción estadísticamente significativa de síntomas. En la ansiedad, se demostró una disminución de síntomas estadísticamente significativa. Si bien en el CS y la depresión no hubo una disminución significativa de casos con síntomas de moderado a grave, se logró una mayor detección oportuna de estudiantes con CS, contribuyendo con las actividades de prevención, la relevancia de disminuir la ansiedad consiste en que esta sintomatología es un predictor de la CS.

El análisis cualitativo develó que la CS en cinco mujeres participantes es un problema de salud persistente con afectaciones para su bienestar y calidad de vida, razón por la cual la prevención y atención temprana debe ocurrir incluso antes de iniciar los estudios universitarios.

CONCLUSIONES

Bajo el contexto del estudio, se reconoce el papel de la UMB en la promoción de la salud y la prevención del suicidio, identificando seis retos (1-2,6):

1. Mantener la implementación de la ICS
2. Evaluar la ICS para conocer los beneficios a estudiantes
3. Al no contar con un programa de salud universitaria la UMB debe reasignar espacios para las ferias de la salud y ayuda psicológica. Se sugiere transversalizar los temas de salud mental en los programas de estudio
4. Coordinación con el sector salud para la prevención del suicidio y promoción del bienestar integral colectivo

5. Canalización a la atención especializada, el sector sanitario debe garantizar el acceso a los servicios mediante la ampliación de horarios y/o teleconsulta

6. El sector sanitario puede reorientar los servicios al ámbito educativo con enfoque de Atención Primaria. Los centros de salud y su personal requieren un anclaje territorial, involucrando al colectivo universitario, bajo una perspectiva de equidad y acceso a derechos

REFERENCIAS

- (1) López-Ramírez E, Azcaray-Rivera HR, García-Montalvo GO, Martínez-López M, Matías-Pérez D, García-Montalvo IA. Mental health and higher education: confronting suicidal ideation in Mexico.
- (2) Torres-Torija C, Eguíluz-Romo LL. Crisis, emergencias y atención al suicidio. En: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, editor. Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE). México: UNAM; 2019. p.49-56.
- (3) Angulo R. Vulnerabilidad social y vulnerabilidad psicológica: el gran desafío de la salud mental en Latinoamérica ante el COVID-19. Inst Cienc Soc Univ O'Higgins. 2020 [citado 2025 jul 10];14(2):10-6. Disponible em: <https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/418>
- (4) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre): datos nacionales. Comunicado 520/21. México: INEGI; [s.f.]. p.1-5.
- (5) Schwartz HJJ. Sociología cualitativa: método para la reconstrucción de la realidad. México: Trillas; 1984.
- (6) Spinelli H. Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud. Salud Colect. 2020;16:e3360. DOI:10.18294/sc.2020.3360.

Fuente de financiación

Programa de Investigadoras e investigadores COMECYT, México

SABERES E PRÁTICAS POPULARES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO - CONFABULANDO OUTROS MUNDOS PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Claudia Mara Pedrosa¹

Emerson Elias Merhy

INTRODUÇÃO

Os povos tradicionais com suas cosmologias integram práticas e conhecimentos ancestrais que permitem modos diversos de cuidados aos viventes humanos e não humanos. As mulheres Mestras Raizeiras e Benzedeiras assumem em seus territórios ações com impacto na saúde das coletividades, com modelos de cuidado que integram o saber ancestral e o cooperativismo entre espécies.

O diálogo necessário entre os diferentes mundos que compõem as existências se apresenta para a formação em saúde como um desafio a ser trilhado. Durante a epidemia pela Covid-19, no Brasil, ficou evidente a fragilidade dos sistemas “oficiais” para dar sustentação ao sofrimento vivenciado, principalmente o mental, agravado pelas experiências traumáticas, como o luto, o empobrecimento e a desassistência. Na reorganização do modo de andar a vida novos arranjos ganharam ainda mais contorno, durante a pandemia, para dar suporte as pessoas, dentre estes as Mestras Raizeiras Benzedeiras com seus saberes e práticas tradicionais.

Em busca das trilhas destes coletivos para inserir na agenda da formação a importância da descolonização da saúde, a primeira autora deste estudo vivenciou encontros com as Mestras para conversar sobre os saberes tradicionais que ativaram, em espaços distantes, extraordinários e desvinculados dos serviços de saúde, redes vivas que garantiam a sobrevivência pela produção do cuidado.

OBJETIVO

Analisar como a produção do cuidado das Mestras Raizeiras e Benzedeiras tradicionais da região rural de Goiás pode agenciador mudanças na formação dos profissionais de saúde e promover a descolonização do cuidado em saúde

METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa de abordagem cartográfica aconteceu na Chapada dos Veadeiros onde a primeira autora cartografou suas vivências-experiências, nos encontros com três Mestras, em busca de composições ético-afetivas para ativar em sua prática docente, outros repertórios sobre formação de em

1 Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) e Programa de Pós-Graduação Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). pedrosaclaudia@gmail.com

saúde decolonial

A busca pela produção de saúde nestas redes parte da compreensão que a vivência entre as mulheres pode se tornar um “encontro intercessor”, discutido por Emerson Merhy (1) com possibilidades de surgimento de um processo singular com um produto que se faz em ato.

No movimento cartográfico são destacados a heterogeneidade material de redes de atores humanos e não humanos a partir de uma ontologia relacional. São buscados as associações, conexões, vínculos, alianças que produzem realidades nas vivências das Mestras, utilizando o método cartográfico como estratégia metodológica (2).

A abordagem cartográfica possibilita a construção de conhecimentos a partir dos afetos e intercessões vividos no processo de investigação dando visibilidade e dizibilidade por meio da construção de narrativas sobre os tensionamentos e potencialidades vividas nas experiências das mulheres na produção do cuidado (3).

RESULTADOS

As redes comunitárias articuladas pelas Mestras em torno do cuidado com o território habitado, ou seja, a terra, os rios, as plantas, as pessoas, os animais e o clima, perfilam encontros intercessores que garantem modos plurais de existência mediados pela colaboração multiespécies (4). Nos saberes cosmológicos das Mestras a artesanaria do cuidado se sustenta nos recursos que as plantas oferecem, nas crenças religiosas da benzeção, nos rituais preservados pela comunidade, que na força do coletivo que faz a ativação da vida.

Para nós o momento da dança, de arrumar a vizinha para o bailado, de você refazer a barra do vestido, de fazer a comida... Nossa nessa hora, a felicidade, a alegria que dá no coração da gente, faz assim, um momento de querer bem.

Começa a chegar aquele muuundo de menino, que já conheço de ter tratado, tinha um tão fraquinho que os médicos diziam tudo que iria morrer e nós pelejamos, cuidamos dele dando o leite de dendê, a copaíba, tudo que a gente podia ir buscar no mato, a gente usava pra cuidar dele.... e tá lá moção forte, já tem até as filhas que ele e traz aqui pra pedir benção. Então eu penso assim, que só tenho a agradecer a proteção que me dá e sentir essa força (Mestra de 79 anos)

Na organização dos cuidados na comunidade, presença das plantas agenciam uma rede de afetos, amorosidade e solidariedade que tornam as Mestras guardiãs de muitas vidas – daqueles que cuidam e/ou foram cuidados e de todos que descendem dessa vida defendida. Ao buscar a resposta na natureza para garantir retomada de uma vida colocada em suspeita pela medicina tradicional as Raizeiras travam alianças de resistências com as plantas do cerrado, acreditando pela cosmologia ancestral, que na terra (5) há a resposta para os “descuidos da saúde”.

CONSIDERAÇÕES

Em consonância com Ailton Krenak (6), para as Raizeiras os elementos da natureza são seus parentes, seus ancestrais, entes espirituais, e a extensão de seus corpos. Os processos de cura ultrapassam os paradigmas das ciências moderna e estão interconectados numa ampla rede rizomática, onde o que pulsa é a defesa de todas as vidas - das sementes crioulas que reflorestam o cerrado, da árvore que recebe o curativo após doar sua casca medicinal, do menino magrinho que sofre mal incerto. Assim a “produção de mais vidas nas vidas vividas” flui quando mundos diferentes são ativados no encontro intercessor.

O diverso que se apresenta coloca em suspensão as verdades instituídas pelo modelo colonizador e desestabiliza o fazer técnico hegemônico. As Mestras convocam os/as profissionais para desconstruírem seus saberes tidos como verdadeiros que invisibilizam as alianças multiespécies que confabulam mundos diversos em defesa de todas as vidas.

REFERÊNCIAS

- (1) Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. VerSUS: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-37.
- (2) Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2014. 143 p.
- (3) Benet M, Merhy E, Pla M. Devenir cartógrafa. *Athenea Digit.* 2016;16(3):229-43.
- (4) Tsing A. Viver nas ruínas: paisagens multiespécies no antropoceno. Brasília: IEB; Mil Folhas; 2019.
- (5) Santos A. A terra dá, a terra quer. São Paulo: Ubu; Piseagrama; 2023.
- (6) Krenak A, Viveiros de Castro E. Conversa na Rede – Ailton Krenak e Eduardo Viveiros de Castro [vídeo]. Selvagem Ciclo de Estudos; 2023.

SALUD COLECTIVA, GÉNERO Y COLONIALISMO SANITARIO: UNA MIRADA DESDE IRUYA-SALTA, ARGENTINA

Analía Samanta López¹

Anaxsuell Fernando Da Silva²

INTRODUCCIÓN

Las comunidades indígenas en Argentina enfrentan múltiples barreras en el acceso a la salud, derivadas de desigualdades estructurales y de una persistente lógica de colonialismo sanitario. En el caso de Iruya, Salta, estas barreras se reflejan especialmente en la atención de casos de violencia de género. A pesar de la existencia de marcos normativos de protección, persisten obstáculos en la implementación de políticas públicas con enfoque intercultural y de género. Esta investigación busca problematizar las prácticas sanitarias en el hospital local, desde la perspectiva de las mujeres indígenas y del personal de salud, analizando cómo las relaciones de poder, el género y la colonialidad (1) influyen en el acceso a derechos y en la construcción de estrategias de resistencia.

OBJETIVO

Explorar el colonialismo sanitario a través del análisis de las prácticas institucionales en la atención de la violencia de género en el hospital de Iruya, Salta, identificando tensiones, desafíos y estrategias de resistencia desde la perspectiva de las mujeres indígenas y del personal de salud.

METODOLOGÍA

Se adoptó una metodología cualitativa con enfoque etnográfico (2), combinando observación participante y entrevistas semiestructuradas. Se realizaron entrevistas a mujeres indígenas que han acudido al hospital en búsqueda de atención por violencia de género y a trabajadores de la salud del establecimiento. El análisis de los datos se basó en el enfoque decolonial y en la perspectiva de género interseccional, permitiendo identificar cómo las estructuras sanitarias reproducen relaciones de poder que perpetúan desigualdades. También se incorporó una revisión del protocolo de atención de los casos de violencia de género vigente en Argentina, en relación con la atención de la violencia de género en contextos indígenas.

RESULTADOS

Los hallazgos de esta investigación revelan diversas formas de violencia de género que afectan a las mujeres kollas del pueblo de Iruya, atravesadas por género, etnicidad y clase. A través de entrevistas y observación participante, se identificaron dinámicas familiares, comunitarias e institucionales que

1 UNILA-Universidade Federal da Integração Latino-Americana. E-mail: lopez.analia.555@gmail.com

2 UNILA-Universidade Federal da Integração Latino-Americana. E-mail: anaxsuell.silva@unila.edu.br

reproducen desigualdades. Las mujeres mayores tienden a naturalizar la violencia conyugal, mientras que las más jóvenes, con mayor acceso a la educación y a políticas públicas, desarrollan estrategias de resistencia y búsqueda de autonomía.

Se constató que la estructura familiar y comunitaria influye fuertemente en las decisiones de las mujeres, incluyendo el silenciamiento de la violencia sexual, con mayores índices en comparación con la media provincial. La comprensión de la cosmovisión de la mujer iruyana como parte de una comunidad y en constante transformación dificultan una atención respetuosa y culturalmente adecuada.

El personal de salud reconoce las problemáticas, pero advierte limitaciones estructurales y escasa formación en enfoques interculturales y de género. Se observaron tensiones entre las normativas de salud, como el Protocolo Único de Atención Sanitaria ante la Violencia de Género (Res. Min. 0998/18), y las prácticas reales en el hospital. La falta de protocolos escritos, sobrecarga de tareas y ausencia de articulación institucional dificultan el abordaje integral. Aun así, trabajadores/as de salud y agentes de salud, personas de la misma comunidad impulsan iniciativas destacando la importancia de fortalecer redes comunitarias desde una perspectiva intercultural y con enfoque de derechos.

CONSIDERACIONES

El estudio refleja lo que Basile (3) denomina colonialismo sanitario: la imposición de un modelo biomédico occidental que subordina los saberes locales, niega la diversidad cultural y reproduce relaciones coloniales de poder. Esto exige repensar las políticas de salud desde una perspectiva interseccional y decolonial que contemple las particularidades de las comunidades indígenas. Abordar la soberanía sanitaria desde América Latina implica cuestionar la dependencia teórica y política del panamericanismo sanitario y la salud global liberal. Desde esta mirada, se destacan los aportes de los feminismos decoloniales en el campo de la salud. La participación de agentes de salud, personas de la propia comunidad, fue clave para mejorar el acceso a los servicios sanitarios, lo que sugiere la importancia de fortalecer su rol dentro del sistema de salud. Se requieren políticas públicas que no solo reconozcan los derechos de las mujeres indígenas, sino que garanticen su implementación efectiva, promoviendo una atención libre de violencia y discriminación.

REFERENCIA

- (1) Lugones M. Colonialidad y género. Tabula Rasa [Internet]. 2025 [citado 2025 mar 28];(9):73-102. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S179424892008000200006&script=sci_arttext
- (2) Fernando A, Sena N. A terceira margem da antropologia: desafios do trabalho etnográfico entre/nas fronteiras latino-americanas [Internet]. 2024 [citado 2025 abr 28]. Disponible en: https://www.academia.edu/125892137/A_terceira_margem_da_Antropologia_desafios_do_trabalho_etnogr
- (3) Basile G. Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe. Cuad Pens Crit Latinoam [Internet]. 2020 [citado 2025 jan];73:1-6. Disponible en: <https://www.clacso.org/repensar-y-descolonizar-la-teoria-y-politicas-sobre-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-caribe/>

SALUD PÚBLICA EN ZONAS RURALES EXTREMAS ENTRE DESAFÍOS Y REALIDADES

Diana Manrique García¹

Sebastian Medina Gay²

INTRODUCCIÓN

La gestión e implementación, tanto como el “deber ser” de establecimientos de salud en zonas rurales sigue siendo un desafío para la salud pública en Chile, más aún cuando estos dispositivos se emplazan en territorios con características geográficas complejas, atravesados por desigualdades e inequidades sociales.

Este estudio, hace parte de una investigación sobre los procesos de salud-enfermedad en zonas aisladas del sur austral de Chile, se aborda la experiencia de algunos territorios de la provincia de Palena³ y de las zonas próximas, insulares y continentales del sur de Chile; comunas⁴ que se consideran territorios alejados de los servicios e instituciones del estado, zonas de difícil acceso, que se caracterizan, entre otras cosas, por ser comunas pequeñas, distantes de la centralidad Santiaguina⁵, con dispersión geográfica, baja densidad poblacional, alta presencia indígena y ruralidad.

En la actualidad se encuentra en proceso de gestión un hospital comunitario para una de las comunas de la provincia, el cuál se proyecta como un establecimiento que apunta a reducir brechas de acceso e inequidades sociosanitarias presentes en el territorio. Este proceso posibilita algunas de las discusiones sobre el rol de los establecimientos sociosanitarios en estos territorios.

OBJETIVO

Identificar los principales desafíos y tensiones de los establecimientos hospitalarios en zonas rurales, derivadas del proceso de gestión de un establecimiento hospitalario en el Sur Austral.

METODOLOGÍA

Los procesos metodológicos están enmarcados dentro de los cuerpos cualitativos etnográfico y fenomenológico, con el uso de herramientas y técnicas como observación participante, entrevistas semiestructuradas, grupos de discusión integrados por trabajadores de la salud y diversidad de usuaries de los servicios de salud locales. Los insumos fueron analizados e interpretados bajo técnicas de análisis

1 Centro Cielo UST, Chile

2 Universidad de Chile, Chile

3 Provincia situada en el sur austral de Chile, región de los Lagos. Alcanza a 15.301,9 kms² y la componen las comunas de Chaitén, Hualaihué, Futaleufú y Palena.

4 Subdivisiones del territorio que corresponden a la unidad básica de administración local.

5 Santiago de Chile dista 1.000 km de Puerto Montt -capital Región de los Lagos- aproximadamente

de discurso y de contenido, relevando los lugares de enunciación en diálogo con los contenidos semánticos, para comprender desde la narrativa -en sus diversas formas-, las singularidades territoriales, económicas, sociales y sus relaciones con las intervenciones sociosanitarias.

RESULTADOS

La red asistencial de salud de la provincia está conformada por distintos establecimientos de Atención Primaria en Salud, Los Hospitales Comunitarios, como parte de la red, son establecimientos de baja complejidad (tecnológica) que forman parte de la estrategia de APS. Se consideran un punto de contacto cercano y permanente de la población de un territorio con el sistema sanitario. La complejidad determina su capacidad resolutive, incide en su organización, las prestaciones que oferta y especialidades posibles.

Los resultados preliminares relevan distintos elementos ecosociales que tensionan el rol de estos establecimientos en zonas australes. En materia ecosocial y ambiental emergen temas relacionados con el impacto histórico de actividades extractivistas en la zona, el uso de leña como medio de calefacción, las características climáticas y derivadas de la accidentabilidad geográfica que condiciona los desplazamientos.

Lo sociocultural de los establecimientos de salud se percibe como un componente en correspondencia con la diversidad geográfica y humana que lo habita. Se espera que las atenciones incorporadas en el establecimiento consideren las particularidades del proceso de salud- enfermedad de estos grupos poblacionales, destacando la presencia de población perteneciente a pueblos indígenas y personas mayores.

La gobernanza y participación social posiciona la necesidad de vincular permanentemente a las comunidades en las instancias institucionales de salud. La participación se vislumbra más allá de la información o consulta, las perspectivas son de involucramiento y trabajo colaborativo de distintas partes, lo que implica voluntad de las mismas.

Con relación a modelos y sistemas de salud, destaca la necesidad de establecimientos con oferta de prestaciones adaptadas y apropiadas a las necesidades territoriales. Se identifican normativas que regulan las capacidades técnicas y de respuesta de los establecimientos sanitarios, pero se vislumbra la posibilidad de hacer inflexiones en zonas extremas, lo que genera expectativas y tensiones en el campo de las disposiciones tecnológicas biomédicas.

CONSIDERACIONES

Es en el territorio donde se produce y reproduce la vida y sus procesos, si bien las características geográficas físicas son un elemento fundamental para pensar las políticas sanitarias, se deben considerar elementos históricos, sociales, políticos, culturales, económicos y ambientales (2). En ese sentido las comunidades generan expectativas que tensionan los parámetros de costo-eficiencia y costo-

rentabilidad, presentes en la racionalidad de políticas y programas gubernamentales (3), parámetros que no necesariamente se cumplen en territorios rurales debido al bajo número de habitantes. También acontecen procesos asociados a la gobernanza y el modelo centralizado de políticas públicas en Chile, fenómeno muy parecido al habitar en zonas insulares (4) que condicionan los flujos y procesos de vida y muerte.

Establecimientos en territorios con estas características, deben contemplar igualmente modelos con factores diferenciadores respecto a otros hospitales comunitarios, favoreciendo resolutiveidad local e incidiendo en una mejor respuesta a los desafíos epidemiológicos, clínicos, asistenciales, sociales e interculturales derivados del contexto. No se trata de desplazar el foco de promoción de la salud y prevención de enfermedad propio de la APS (5) en la institucionalidad de salud presente en el territorio, más bien desarrollar y/o adecuar modelos y sistemas acordes a la heterogeneidad y multiplicidad de realidades que coexisten en estas zonas extremas.

REFERENCIAS

- (1) Molina Jaramillo AN. Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018;34(1):e00075117 [citado 2025 jun 06]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hhPxKBWddCwZm77JxhPWK9p/?lang=es>
- (2) Ruiz Muñoz I. Racionalidad neoliberal, Estado tecnocrático y subalternidad de la infancia chilena: un desafío de transformación/intervención para el Trabajo Social. *Intervención* [Internet]. 2022;12(1):71–85 [citado 2025 jun 06]. Disponible en: <https://intervencion.uahurtado.cl/index.php/intervencion/article/view/143>
- (3) Román Á. Integración territorial como marginación: obstáculos para las zonas aisladas en Aysén y Magallanes, Chile. *LIDER* [Internet]. 2020;22(37):77–99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32735/s0719-5265202037177>
- (4) Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 1978 sep 6–12; Alma-Ata, URSS [Internet] [citado 2025 jun 06]. Disponible en: <https://medicina.uchile.cl/vinculacion/extension/declaracion-de-alma-ata>

SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS: COMO LIDAR E COMUNICAR AS INCERTEZAS DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO

Tatiana Pereira das Neves Gamarra 1

APRESENTAÇÃO

De acordo com a Cochrane Brazil (1), a Saúde Baseada em Evidências é uma abordagem que usa as ferramentas da Epidemiologia Clínica, da Estatística, da Metodologia Científica, da Informática e dos Sistemas de Informação aplicadas à pesquisa. É o resultado da melhor evidência científica aplicada na prática clínica, que considera os valores do paciente. As informações provenientes de evidências científicas são utilizadas para apoiar a prática clínica, a qualificação do cuidado e a tomada de decisão para a gestão em saúde, levando em conta a segurança nas intervenções e a ética na totalidade das ações. Tal abordagem pode ser considerada a arte de avaliar e reduzir a incerteza na tomada de decisão em Saúde.

Porém, todas as evidências científicas apresentam incertezas de diferentes tipos e muitas vezes não fica claro se a tomada de decisão é realizada considerando tais lacunas do conhecimento científico. Nesse sentido, esse estudo teórico-conceitual busca contribuir por destacar os diversos tipos de incertezas científicas e discutir metodologias reflexivas para lidar e comunicar essas imprecisões que são parte integrante do processo de produção das evidências científicas.

OBJETIVO

Apresentar e discutir duas metodologias reflexivas, a auditoria de sensibilidade e a metarreflexão, para contribuir com o aprimoramento da Saúde Baseada em Evidências na questão da gestão e comunicação dos diferentes tipos de incertezas existentes nas evidências científicas.

DESENVOLVIMENTO

Todas as partes em uma disputa no contexto de evidências científicas conflitantes poderiam, em princípio, utilizar a auditoria de sensibilidade para construir um modelo defensável e plausível. Uma parte contrária poderia usar a abordagem para demonstrar a irrelevância, o viés ou o uso estratégico de uma inferência baseada em modelo para servir à sua própria agenda, produzida pelo «antagonista». O aspecto valioso dessa situação é que todas as partes precisam se envolver com as evidências sugeridas por seus oponentes, em vez de simplesmente descartá-las(2).

Já a metarreflexão conforme Forssén et al. 3 ressalta que como o conhecimento é situado, o contexto da pesquisa deve ser submetido uma exploração estruturada dividida em três partes. O delineamento e o planejamento de um estudo são chamados de “elementos iniciais”: pré-requisitos,

1 Agência Nacional de Saúde Suplementar. E-mail: tatibiom@yahoo.com.br

pressupostos e conhecimento prévio. Os “elementos intermediários” dizem respeito à realização do estudo. A parte final é aquela referente às potenciais consequências do estudo — para os indivíduos, para o cuidado em saúde e para a sociedade.

RESULTADOS

A auditoria de sensibilidade, segundo Lo Piano et al. (2) baseia-se em uma lista de verificação:

- Compare com o uso retórico da matemática – Os resultados e o escopo do modelo são extrapolados além do alcance/configurações de aplicabilidade pretendidos?
- Quais suposições foram feitas? Elas eram explícitas ou implícitas?
- A incerteza no início foi artificialmente restringida para aumentar a certeza do modelo? Ou, inversamente, foi exagerada para, por exemplo, impedir a regulação em um caso de produtos nocivos?
- Encontre suposições sensíveis antes que elas o encontrem – efetue análises robustas de incerteza e sensibilidade antes de publicar os resultados.
- Busque a transparência: Modelos de caixa-preta não funcionam bem em debates públicos.
- Faça os cálculos apropriados - O problema está devidamente identificado ou o modelo aborda o problema «errado» (ou uma definição fechada do que o problema pode ser), em vez de incluir múltiplas perspectivas?

De acordo com Forssén et al. (3) a metarreflexão explicita a situacionalidade do conhecimento e suas consequências, levando a uma maior responsabilidade científica. Questões fundamentais para a pesquisa em saúde podem ser discutidas: Os efeitos colaterais da pesquisa médica, como o aumento dos dilemas éticos na prática médica, o aumento dos custos médicos e um número crescente de pessoas preocupadas e saudáveis, merecem maior atenção. Tais problemas são vinculados à visão de que o método científico purifica a ciência de valores “externos” ou “não epistêmicos”, de que o conhecimento científico é neutro em termos de valor e bom em si mesmo, assim, o conceito de “conhecimento situado” é necessário para fundamentar a autocompreensão da ciência.

CONCLUSÕES

Como a Saúde Baseada em Evidência pode ser considerada a arte de avaliar e reduzir a incerteza na tomada de decisão em Saúde (1) a utilização de metodologias reflexivas como a auditoria de sensibilidade e a metarreflexão podem contribuir para seu aprimoramento, pois, segundo Pereira e Saltelli (4), a incerteza está no centro das discussões sobre qualidade na ciência: sua amplificação ou minimização são práticas- padrão operadas por diferentes atores para apoiar (minimizando incertezas) ou impedir (maximizando-as) a adoção de uma política. Casos famosos de “fabricação” de incertezas são as empresas de tabaco lutando para negar o efeito do fumo na saúde e as batalhas entre a indústria e os reguladores sobre a lei de qualidade de dados, onde a indústria lutou arduamente para amplificar a incerteza a fim de impedir que os reguladores impusessem padrões mais rigorosos.

REFERÊNCIAS

- (1) Cochrane Brazil. Saúde baseada em evidências [Internet]. 2025 [citado 2025 abr 14]. Disponível em: <https://brazil.cochrane.org/sa%C3%BAde-baseada-em-evid%C3%AAncias>
- (2) Lo Piano S, Sheikholeslami R, Puy A, Saltelli A. Unpacking the modelling process via sensitivity auditing. Futures [Internet]. 2022 Dec [citado 2025 abr 14];144:103041. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016328722001410>
- (3) Forssén A, Meland E, Hetlevik I, Strand R. Rethinking scientific responsibility. J Med Ethics [Internet]. 2011 May [citado 2025 abr 14];37(5):299-302. Disponível em: <https://jme.bmj.com/content/37/5/299.long>
- (4) Guimarães Pereira Â, Saltelli A. Post-normal institutional identities: Quality assurance, reflexivity and ethos of care. Futures [Internet]. 2017 Aug [citado 2025 abr 14];91:53-61. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016328717300411>

SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO ASSISTENCIAL POTENCIAL PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: COMPARATIVO ENTRE BRASIL, ESPANHA, PORTUGAL E ITÁLIA

Simone de Pinho Barbos^{a1}

José Ramon Martinez Riera

Tereza Maria Mendes Diniz De Andrade Barroso

Aliete Cunha Oliveira

César Iván Avilés González

Marcos Alex Mendes da Silva

Bruna Dias França,

Kenia Lara da Silva

Guilherme Rhis

Francisco Carlos Félix Lana

INTRODUÇÃO

Sistemas de saúde com acesso universal serão sempre a opção mais humanizada e mais digna de acesso a saúde. Esse tipo de sistema que tem como princípio doutrinário a cobertura estendida a todos os cidadãos, geralmente se organiza a partir da Atenção Primária a Saúde (APS), onde se garante de forma ampla e aberta acesso a todas as pessoas aos serviços e ações de promoção e proteção à saúde, e de prevenção de doenças, tão essenciais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento económico e social sustentável de um país (1). Neste contexto as experiências internacionais, se traduzem em robusta troca e compartilhamento de experiências capazes de ampliar e identificar novas ações e tecnologias de processo para o fortalecimento deste nível de atenção, responsável, muitas das vezes, pela ordenação dos sistemas públicos de saúde universais e pela coordenação do cuidado em saúde.

OBJETIVO

Descrever e comparar o funcionamento, o acesso, a conformação das equipes e os agendamentos relativos as ações e serviços dos centros de saúde primários e identificar a organização, o funcionamento e as tecnologias em saúde de processo desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, promovendo a cooperação tecnológica internacional.

METODOLOGIA

Estudo multicêntrico internacional entre Brasil, Espanha, Portugal e Itália, sobre Sistemas de Saúde universais e APS e Saúde da Família (SF). Trata-se de uma pesquisa de pós-doutorado realizado na Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com outras 5 universidades sendo 2 no Brasil

1 Professora Associada do Curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: simone.pinho@ufjf.br

e outras 3 universidades no exterior com financiamento do Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Para este recorte da pesquisa foram realizadas visitas técnicas a 21 serviços de APS (15 no exterior e 6 no Brasil), utilizando a observação direta participante, totalizando um diário de campo de 420 horas de registros. Como instrumento para coleta de dados foi utilizado um formulário estruturado, para identificação do funcionamento e organização dos serviços de saúde, abordando os atributos essenciais da APS de acesso, integralidade, coordenação da atenção, longitudinalidade, competência comunitária e cultural das equipes e dos serviços e sobre as tecnologias em saúde de processo ofertadas. Este formulário foi baseado e construído a partir do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool – PCATool – Brasil - versão Profissionais - Serviços de saúde - MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica, 2010. Esses achados foram descritos, analisados acerca dos consensos e diferenças e contrastados com as bibliografias de referência e especializadas no tema.

RESULTADOS

Os resultados apontam que os quatro sistemas adotam a SF como modelo assistencial prioritário da APS com algumas diferenças. A clientela adscrita nos países europeus é de 1500 pessoas por equipe, no Brasil está entre 2000 e 3500 pessoas (2-5).

Nos países europeus, a marcação de consultas é feita por aplicativos, e-mail e telefone, presencial se assim a pessoa preferir, facilitando o acesso e humanizando o atendimento. No Brasil, o agendamento ainda é majoritariamente presencial, resultando em filas, desgaste dos usuários, insegurança e frustrações quando não conseguem efetivar a marcação ou realizar procedimentos. Em relação à composição das equipes de SF o Brasil se destaca por possuir na APS equipes mais robustas com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) e equipe multiprofissional e odontológica, enquanto Portugal adota um modelo mais enxuto de equipe com médico e enfermeiro e assistente administrativo (2,3). Na Espanha as equipes são de médicos e enfermeiros e assistentes de saúde, e com dentista e higienista dental até os 14 anos para o conjunto de equipes. Na Itália não há equipe, são unidades de APS com médicos de família e outros profissionais, como enfermeiros e operadores socio sanitários (OSS) sem conformação de equipe multiprofissional, os profissionais especialista estão nos poli ambulatorios no nível especializado da atenção (4,5).

Quanto ao tempo de espera para consultas com especialistas, os países demonstraram variação, tendo o Brasil períodos maiores podendo ultrapassar 12 meses, a Espanha, com intervalos de 90 a 180 dias, chegando até a um ano e no caso de Portugal e Itália com tempos menores, geralmente entre 30, 60 e até 180 dias todos a depender da especialidade (1-5).

CONSIDERAÇÕES

O estudo destaca a organização, o funcionamento dos serviços de saúde, a forma de trabalho das equipes de saúde da família e a importância da cooperação tecnológica para tornar os sistemas

de saúde mais ágeis, resolutivos, humanísticos, garantindo respostas mais resolutivas às demandas da população, fortalecendo a APS e promovendo melhorias nos padrões de vida e saúde. O trabalho promove um canal para novas pesquisa acerca da organização e funcionamento de sistemas de saúde ancorados na APS e na Saúde da Família de outras nações ampliando a cooperação e a inovação tecnológica e a troca de experiências.

REFERENCIAS

- (1) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Edição brasileira. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 [citado 2015 maio 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- (3) Portugal. Diário da República. Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto de 2022 [citado 2025 maio 10]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- (4) Espanha. Boletín Oficial del Estado. Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que se publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. Boletín Oficial del Estado. 7 mayo 2019;109(Sec. III):48652.
- (5) Italia. Decreto n. 77, de 23 maggio 2022. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 22 giugno 2022;144.

SAÚDE E AGROECOLOGIA COM POVOS DE TERREIRO: INTEGRAÇÃO ENTRE PRÁTICAS TRADICIONAIS E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

Francyslane Vitória da Silva¹

Pamela Arruda Vasconcellos

André Luiz Dutra Fenner Juliana Chagas de Souza

Maria dos Reis de Jesus Mesquita. Gislei Siqueira Knierim

Jaqueline Cristina Mendes Bonifácio Bonne

Juarez Alves Martins

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A interseção entre agroecologia, plantas medicinais e religiões de matriz africana apresenta um campo inovador para a promoção da saúde e da sustentabilidade ambiental. Povos de terreiro historicamente utilizam práticas agroecológicas e medicinas naturais para fortalecer o bem-estar comunitário, em consonância com seus modos de vida, valores espirituais e tradições ancestrais (1). A introdução de novas culturas medicinais e técnicas de cultivo sustentável fortalece esses modos de vida e amplia a capacidade de cuidado e resistência dos territórios tradicionais (2). No entanto, essas práticas ainda são pouco reconhecidas pelas políticas públicas de saúde e meio ambiente. A promoção da saúde em territórios de matriz africana exige uma abordagem que respeite os saberes tradicionais e os integre às políticas institucionais (3). O Programa de Promoção da Saúde, Ambiente e Trabalho (PSAT/Fiocruz Brasília) desenvolve ações voltadas à valorização da cultura e ao fortalecimento da autonomia comunitária, associando práticas integrativas à preservação ambiental.

OBJETIVO

Analisar como a aproximação entre práticas tradicionais dos povos de terreiro e os princípios da agroecologia contribui para a promoção da saúde comunitária e para a preservação ambiental, respeitando os valores ancestrais e fortalecendo o diálogo entre saberes diversos.

METODOLOGIA

A pesquisa adotou abordagem qualitativa e foi realizada por meio de participação e observação direta durante o 3º Cortejo de Ogum, evento promovido por comunidades de matriz africana no Distrito Federal (4). A interação com os participantes e as vivências compartilhadas durante o evento permitiram captar percepções e práticas relacionadas ao cuidado com a saúde, à utilização de plantas medicinais e ao manejo ambiental. Não foram aplicados instrumentos formais de coleta de dados, pois o foco foi a escuta sensível e o respeito aos modos próprios de expressão da comunidade, compreendendo o evento como espaço legítimo de produção de saberes (4).

1

Fundação Oswaldo Cruz Brasília, Brasil. E-mail: francyslane.silva@fiocruz.br

RESULTADOS

O principal resultado foi o estreitamento de laços entre a comunidade de terreiro e os agentes da pesquisa, possibilitando a construção de parcerias e ações conjuntas em momentos futuros. A vivência no Cortejo de Ogum evidenciou que a promoção da saúde, nesses territórios, é fortemente enraizada em práticas ancestrais e comunitárias, desafiando a centralidade dos espaços biomédicos. A experiência reforçou a importância de reconhecer os terreiros como espaços de cuidado integral, onde saúde é produzida em diálogo com a espiritualidade, a natureza e os saberes tradicionais (5,6).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

A interação com a comunidade de terreiro revelou o potencial transformador da escuta e do reconhecimento dos saberes ancestrais na construção de uma saúde coletiva plural e inclusiva (6). A aproximação entre academia e território demonstrou que práticas de cuidado não se restringem ao modelo biomédico, podendo emergir de contextos diversos e enraizados na cultura. Fortalecer essas conexões é fundamental para ampliar as formas de promoção da saúde e consolidar políticas públicas que respeitem as especificidades dos territórios tradicionais.

REFERÊNCIAS

- (1) Altieri MA, Nicholls CI. Agroecology: challenges and opportunities for farming in the Anthropocene. *Sustain Agric Rev.* 2020;41(1):1–24. DOI: <https://doi.org/10.7764/ijanr.v47i3.2281>
- (2) Oliveira RS, Almeida AS. Orixás e cura: a medicina dos terreiros e os saberes tradicionais. *Rev Bras Trad Cult.* 2019;3(2):55–73.
- (3) Brasil. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2009.
- (4) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo, Brasil: Hucitec; 2014.
- (5) Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2017.
- (6) Santos M, Ferreira JP. A relação entre plantas medicinais e espiritualidade: um estudo etnobotânico em comunidades afro-brasileiras. *Ethnobotany J.* 2021;19(4):125–143.

SAÚDE EM COMUNIDADES: AÇÕES DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

Lais Sette Gomes¹

Lucas Alves da Silva

Evellyn Lais Lopes de Sousa Martin

Rhuan Diego Cisne Barbosa

Gilmara Pereira Caetano

Mayara Pereira da Silva

Roberto Teixeira de Lima

José da Paz Oliveira Alvarenga

Maria Aparecida Bezerra

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve promover acessibilidade através de atividades para resolução de problemas relacionados às necessidades de saúde dos usuários. Para que essas atividades sejam realizadas é preciso que os atributos sejam desenvolvidos no processo de trabalho dos profissionais; os quais de acordo com Starfield (2002), classificam-se em: atributos essenciais - atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação - e atributos derivados - orientação familiar e comunitária e competência cultural (1).

No que se refere ao trabalho dos profissionais, considera-se que a interprofissionalidade é imprescindível para que o cuidado prestado aos usuários seja integralizado, de acordo com os princípios do SUS. Outro fator importante para a oferta do cuidado é a educação em saúde, necessária para a promoção de práticas de cuidado e autogestão da saúde, sendo fonte para disseminação de conhecimentos de promoção e prevenção em saúde (2,3).

OBJETIVO

A partir das vivências dentro do projeto de extensão: “Promoção da Saúde em Comunidades com ênfase na Estratégia Saúde da Família, uma ação interdisciplinar e interprofissional” durante os anos de 2023 a 2025, é proposto a discussão da interdisciplinaridade e interprofissionalidade entre alunos da graduação no contexto da APS por meio de experiências em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de João Pessoa, através de atividades de educação em saúde para a comunidade desse território.

1 Graduanda em enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E.-mail: lais.sette@academico.ufpb.br

METODOLOGIA

A execução das atividades do projeto iniciou em outubro de 2023, através de ações de educação em saúde, sob responsabilidade dos extensionistas, por meio da realização de salas de espera, atendimentos interprofissionais com residentes e *Graduanda em enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. lais.sette@academico.ufpb.br extensionistas e formação de grupos coletivos na USF. A definição dos temas abordados nas ações de educação em saúde foram realizadas por meio da adequação aos meses coloridos, como: outubro rosa e novembro azul; seguindo-se, assim, o calendário de campanha estabelecido pelo Ministério da Saúde. Além disso, surgiu a necessidade de se trabalhar a alimentação através do Guia Alimentar para a População Brasileira e a atividade física como propulsores de saúde e bem estar através de grupos coletivos na USF, disparados no ano de 2024 pela necessidade dos usuários de saúde da comunidade, em vista da quantidade de usuários com disfunções metabólicas. Atualmente, a extensão “Saúde em Comunidades” é composta por alunos de graduação de enfermagem, fisioterapia, biomedicina e nutrição, os quais reúnem-se periodicamente para discussão das atividades e do impacto das ações para a população atendida.

RESULTADOS

Considerando a proposta de vivenciar e entender a educação em saúde pelo modelo de ação interprofissional, diversos materiais e discussões foram disparadas guiadas por esse objetivo. Através da participação na campanha do Outubro Rosa, proposta pela unidade, foi possível visualizar a receptividade da comunidade à educação em saúde, assim como esse modelo de atuação é estratégico na construção de uma prática interprofissional. Assim, tendo em vista essa potência foi adotado o formato de rodas de conversa. Com isso, notou-se maior participação e troca tanto entre usuários quanto entre discentes e profissionais da unidade, fortalecendo o processo interprofissional e promovendo mais participação popular no processo educativo (2,3).

Quanto aos atendimentos, foram realizados na própria USF, no período segundo semestre de 2024, mediante prévio agendamento ou encaminhamento dos ACS, contando com atuação de residentes e discentes de fisioterapia e nutrição. Os atendimentos se deram por meio do acolhimento e escuta ativa dos usuários, visando à construção do vínculo e o processo de cuidado centrado na pessoa. E, por meio das demandas visualizadas nos atendimentos, tanto individuais quanto interprofissionais, e partindo de discussões entre a equipe, foram formados grupos coletivos com usuárias da unidade em 2025. O objetivo do grupo é discutir o processo de educação em saúde, considerando a alimentação e atividade física. Inicialmente, foi apresentado às usuárias as temáticas e alinhamento das expectativas com o grupo. Partindo disso, os encontros aconteceram semanalmente, sendo embasados no Guia Alimentar para a População Brasileira, no intuito de promoção de melhores hábitos alimentares associados à proposta de atividade física diante da realidade das usuárias (4).

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que a experiência de práticas extensionistas na USF, dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), demonstra a importância da extensão universitária na formação de futuros profissionais de saúde. Através dessa experiência, os estudantes tiveram a chance de aplicar seus conhecimentos teóricos na prática, aprender com suas vivências diárias e contribuir significativamente no processo de saúde da população local. Isso não apenas enriqueceu a formação profissional de cada aluno, mas também proporcionou crescimento no sentido de enxergar e entender as potencialidades de outras formações. Através da USF e do contato com os profissionais da equipe da USF, a vivência da realidade da comunidade, compreendendo suas necessidades e desafios e com a discussão e planejamento de atividades para proporcionar maior qualidade assistencial, fortaleceu-se o entendimento da importância da interprofissionalidade, dentro do contexto da APS.

REFERÊNCIAS:

- (1) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 727 p.
- (2) Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Agreli HLF, Miranda Neto MVM. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. Rev Clin Med. 2016;1(2):1-9. Disponível em: https://neipc.ufes.br/sites/neipc.ufes.br/files/field/anexo/peduzzi_et_al._trabalho_em_equipe_pratica_e_eip.pdf
- (3) Besen C, Netto M, Ros M, Silva F, Silva C, Pires M. A estratégia de saúde da família como objeto de educação em saúde. Saúde Soc. 2007;16(1):57-68. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2007.v16n1/57-68/pt>.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 156 p.

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E A PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL NO ADOLESCER: TENSÕES, DISPUTAS E PERMANÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE MUNICÍPIOS PAULISTAS

Valéria Monteiro Mendes¹

Jamile Silva Guimarães²

Macarena Urrestarazu Devincenzi³

Gabriela Junqueira Calazans⁴

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A produção da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) de Adolescentes e Jovens (A&J) segue como um desafio a ser enfrentado no âmbito da Atenção Básica (AB) considerando o conjunto de conquistas pelo reconhecimento deste segmento como sujeitos de direitos (1). Assim, a composição do cuidado de A&J requer a constituição de modos de pensar-agir que reconheçam as intersecções entre marcadores sociais e desafios colocados pela pandemia da IST/Aids, a qual somaram-se a da Covid-19 e de sofrimento mental, especialmente entre A&J marginalizados social e economicamente (2). Soma-se a isso, evidenciando os múltiplos elementos que concorrem para a invenção viva das políticas no cotidiano, os desmontes/atravessamentos sofridos pela AB, incluindo o modelo de gestão por organizações sociais de saúde (OSS), que amplifica precarizações e desconexões entre as equipes e destas com o vivido nos territórios e o recrudescimento do conservadorismo que tem contribuído para retrocessos nas políticas/ações de prevenção de HIV/Aids e de SSR, afetando principalmente A&J (3). Partindo do pressuposto de que o cuidado em SSR de A&J requer a tessitura/sustentação de ações mais coerentes com a diversidade de experiências dos/nos territórios, traremos uma investigação sobre o cuidado produzido na AB e que integra uma pesquisa mais ampla sobre prevenção integral realizada entre 2019-2024.

1 Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo – SP. Email: valeriamm@alumni.usp.br

2 Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – BH.

3 Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo – SP

4 Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo – SP Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo, São Paulo – SP

OBJETIVO

Compreender o cuidado em SSR produzido em Unidades de Básica de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) dos municípios de São Paulo, Santos e Sorocaba e que são referências para escolas de ensino médio nas quais foi desenvolvido um projeto de prevenção integral para A&J entre 2019-2024, com vistas ao entendimento sobre se os direitos sexuais e reprodutivos deste segmento têm sido respeitados, promovidos e garantidos.

METODOLOGIA

Estudo de base etnográfica, composto por métodos mistos, fundamentado pelo quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 73 trabalhadoras/es de 6 serviços (UBS e USF) de São Paulo [4], Santos [1] e Sorocaba [1], bem como observação do cotidiano do trabalho e de outros serviços dos territórios (Associações e ONGs) que desenvolvem ações/atividades para A&J. A análise, de base compreensivo-interpretativa, seguiu os referenciais teórico-conceituais do Processo de Trabalho em Saúde e da Integralidade e seus eixos qualificadores – necessidades, finalidades, articulações, e interações com vistas à compressão do cuidado em SSR voltado a A&J (2).

RESULTADOS

Segundo as/os entrevistadas/os, as necessidades de SSR mais frequentes de A&J são a busca por métodos contraceptivos, testes de gravidez e pré-natal (moças) e exames/tratamentos para IST (rapazes), além de demanda por cuidados por A&J trans. Perdura um olhar restrito para a contracepção, ampla recomendação do uso de implante subdérmico, responsabilização de jovens e famílias pobres pela falta de educação para a sexualidade. Percebe-se algum reconhecimento de necessidades em função de gênero e identidade de gênero, havendo relatos de preconceitos nas famílias e pouco acolhimento para partilhas do vivido por A&J. Quanto às suas finalidades, trabalhadoras/es enfatizam a prevenção de gestações focada em informações biomédicas e alertas aos jovens e na ampliação do uso do implante subdérmico e/ou DIU. Tais finalidades se dão por Articulações entre Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), enfermeiras/os e médicas/os para criar demanda/ofertar/inserir o implante, especialmente em territórios lidos como muito “vulneráveis”. Identificamos ainda desconhecimento e desarticulação na oferta de cuidado para afirmação de gênero; baixa articulação com serviços voltados a A&J e “educação bancária” [4] no Grupo de Planejamento Familiar que não favorece a participação de usuárias/os e suas interações com profissionais e outras/os usuárias/os. Quanto às Interações entre trabalhadoras/es e A&J, as ações não privilegiam o apoio/mediação para ampliação da autonomia e reflexividade sobre a sexualidade, predominando uma postura biologizante-generalizante-impositiva-moralizadora, com atribuição de sentidos de irresponsabilidade às jovens e produção de ações pouco dialógicas, com centralidade do trabalho para o uso de implante pelas jovens.

CONCLUSÕES

Das distintas linhas de força que atravessam a produção do cuidado em SSR para/com A&J, percebem-se efeitos dos sucessivos desmontes/ataques à AB, focados em parametrização e processos de trabalho distantes do viver, que favorecem a continuidade de ações marcadas pelo componente biomédico/generalizações com pouco adensamento para os processos que condicionam/interferem na produção da saúde em suas intersecções com gênero, orientação sexual, raça, etnia, desigualdades, violências e modos de viver no adolescer. Soma-se a isso, as disputas de projetos e tensões que têm contribuído para o espraiamento de uma onda conservadora, no bojo de ofensivas em diferentes frentes contra um conjunto de direitos, atingindo as múltiplas dimensões que envolvem a tessitura e sustentabilidade de ações em SSR para/com A&J para um cuidado mais coerente, participativo e interseccional no cotidiano da AB, levando a que os/as A&J sigam experienciando este âmbito da atenção como um não-lugar de cuidados vivos.

REFERÊNCIAS

- (1) Ayres JRCM, et al. Atención integral a la salud de adolescentes y jóvenes desde la perspectiva de profesionales de atención primaria, San Pablo, Brasil. Salud Colect [Internet]. 2025 [citado 2025 mar 3];21:1-15. Disponível em: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/5419>
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 2025 mar 3]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>
- (3) Facchini R, Sívori H. Conservadorismo, direitos, moralidades e violência: situando um conjunto de reflexões a partir da Antropologia. Cad Pagu [Internet]. 2017 [citado 2025 mar 3];(50). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/tCztrwD9pHz5YTnSqkfmPn/?format=pdf&lang=pt>
- (4) Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

“SINERGIA VITAL” LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA GENERALISTA NEURALTERAPÉUTICA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD: UNA EXPERIENCIA DE ALEGREMIA Y AMISTOSOFÍA

Cintia Altamirano Raminger¹

Jorge Lucero

INTRODUCCIÓN

Trabajar en el Primer Nivel de Atención del sistema público de salud, desde la Medicina General, implica ser con otrxs por un mundo mejor. Con la certeza de que la salud es un derecho humano, caminamos 40 años de historia interrelacionándonos con movimientos fundamentales de nuestra identidad: MSP -movimiento mundial de salud de los pueblos-, y LAICRIMPO –movimiento de laicxs y cristianxs por la salud popular-. Compartimos el sentir la salud como proceso dinámico de las potencialidades humanas y sus relaciones con la naturaleza, la familia y la comunidad. Nos posicionamos también desde el deseo y la justicia social como manifiesto político de nuestro ser-estar-habitar los territorios. Estas redes con la amistosofía latinoamericana y la alegremia, hicieron posible la apertura de un espacio terapéutico integrativo en un centro de salud municipal de Pinamar en la provincia de Buenos Aires, en los últimos meses del año 2021. Para 2022, el acceso superaba su capacidad de respuesta. Las personas cocreadoras de este espacio nos preguntamos: ¿Cuáles son los aportes que ofrece la Medicina Neuralterapéutica a la expresión de la Medicina General en el acompañamiento de personas en el Primer Nivel de Atención público de Pinamar, entre julio 2022 y junio 2024? ¿Cuáles de dichos aportes pueden reconocerse en las vivencias de médicxs y consultantes al cabo de dos años de sinergia terapéutica?

OBJETIVOS

General: reconocer los aportes que la Medicina Neuralterapéutica ofrece al ejercicio de la Medicina General en su acompañamiento terapéutico a personas del Centro de Salud Ostende de Pinamar, al cabo de dos años de su creación como escenario terapéutico. Entre los específicos, identificar las características de las personas que lo transitaron, las expresiones de sus necesidades terapéuticas y las valoraciones de sus vivencias, a fin de recuperar las significancias de esta sinergia terapéutica.

METODOLOGÍA

Desde un abordaje cuantitativo sistematizamos 329 consultas y recorrimos 127 discursos. Procesamos con estadística descriptiva los datos digitales producidos en cada consulta del consultorio de Medicina General Neuralterapéutica. También recuperamos observaciones, anécdotas y discursos

1 Secretaría de Salud de Pinamar, Comité de Docencia, investigación y Desarrollo Profesional. E-mail: csaltamiranoraminger@gmail.com

expresados por consultantes, terapeutas y rotantes del consultorio en el transcurso de los dos años sistematizados, explorando interpretativamente sus contenidos. Los principales rasgos seleccionados para esta descripción y exploración fueron: cantidad de consultas totales; cantidad y perfiles de personas consultantes; principales motivos de consulta según limitación para el disfrute de la vida diaria [síntomas que limitan degenerativamente, que duelen y/o que recurren]; cantidad de consultas promedio por consultante para lograr auto y heteropercepción de ‘mejoría’; expresiones de consultantes –registradas en la historia clínica literalmente desde sus discursos- pre y post inicio de las consultas; reflexiones de terapeutas; identificación del concepto de sinergia en dichos discursos.

RESULTADOS

Encontramos que el 79% de personas consultantes fueron mujeres adultas medias y se presentaron con síntomas que limitaban el disfrute de la vida diaria en el 47,7%: “me siento muy mal” “me caigo de nada” “picos de presión” “abusos que se repiten”. Los encuentros de la Medicina Generalista Neuralterapéutica son prolongado. Las personas llegaban referenciadas por el boca en boca porque “no me dan respuestas con los tratamientos que me dan” “me dijeron que vos me podés ayudar” “a mi prima le hizo tan bien, yo también quiero sentirme bien” “me recomendaron que la vea a usted doctora, ya no doy más”. Se ofrece una escucha atenta a la historia de vida de cada consultante, luego el recorrido físico de percepción de colores, calores, humedades, turgencias, retracciones, rigideces. Y entonces, se identifican las zonas donde inyectar pequeñas dosis de procaína diluída para impulsar al proceso de AutoEcoOrganización. Emergen memorias, recuerdos, llantos, risas, silencios, alivios, calma.

“Estoy feliz con lo que has hecho conmigo” “alivio y alegría” “mejor que nunca” “pude reír con alegría, con todo el cuerpo”

Las crisis normativas y no normativas son vulneradores que pueden desencadenar desregulaciones, y emergen las percepciones de enfermedades limitantes. A las palabras cargadas de historias que duelen, limitan, se repiten, se le suman las lágrimas, arrugas, ojeras, flexuras, silencios, movimientos lentos, rigideces. Brazos cruzando el vientre, dientes apretados, temblores, miradas deslustradas. Y en el entre esperanzador de un alivio posible, los conocimientos – actitudes – habilidades que la residencia de Medicina General nos brindó, y nos sigue brindando en cada encuentro, se ponen a jugar con la práctica profundamente transformadora de la Medicina Neuralterapéutica.

CONCLUSIONES

Intentamos significar la sinergia terapéutica vital como transformación del “ahora no doy más” al “pude reír con alegría, con todo el cuerpo”. Nos queda la hermosa duda de quién aporta a quién, puesto que al revelar las expresiones de sus necesidades terapéuticas y las valoraciones de sus vivencias, nos encontramos con una sinergia ya no sólo terapéutica sino vital. Encontramos que la amistosofoía, ese cuidado amigo, desencadenó la posibilidad de Ser integrales en este consultorio de manera protegida

y celebrada. Logramos establecer este sinérgico consultorio como contexto significativo de aprendizaje para residentes de Medicina General y estudiantes de grado de medicina. Así mismo, les Generalistas logramos la acreditación y apertura de la Diplomatura de Posgrado en Medicina Neuralterapéutica en la Universidad Nacional de Mar del Plata. Es nuestro compromiso multiplicar estas realidades, nutriéndolas de la sinergia vital de esta Medicina General.

REFERENCIAS

- (1) Altamirano Raminger C. ¿Desiguales en la inaccesibilidad? Identidades del ser generalista. Aproximación cualitativa a los elementos identitarios vinculados a la especialidad Medicina General como fenómeno de una identidad colectiva. En: Hermann J, Montenegro D, editores. La clínica y la gestión de la Medicina General: el trabajo clínico y la gestión en situaciones de dificultad. [lugar desconocido]: Nuevos Tiempos; 2019. p. 23-44.
- (2) Guerrero Arias P. Corazonar el sentido de las epistemologías dominantes desde las sabidurías insurgentes, para construir sentidos otros de la existencia (primera parte). Calle14 Rev Investig Campo Arte. 2010;4(5):80-94. DOI: <https://doi.org/10.17163/soph.n8.2010.05>
- (3) Machiavelli R. ¿Qué es la neuralterapia? Ava Reuma Salamanca. 2005;8(1):15.
- (4) Sereno CA, Schenkel E. Un abordaje teórico para la integración de enfoques cuali-cuantitativos y cuantitativos como estrategia metodológica. Huellas. 2024;28(1):32-4. DOI: <https://doi.org/10.19137/huellas-2024-2803>
- (5) Payán de la Roche JC. ¿Qué es eso de la Terapia Neural? Colomb Cienc Tecnol. 1995;13:20-4.

SOBRE ADIAR O FIM DO MUNDO: EXPERIÊNCIA DE REINVENTAR ESPAÇOS DE FAZER CIÊNCIA

Bianca Moraes Assucena¹

Tatiana Wargas de Faria Baptista

André Luís de Oliveira Mendonça

INTRODUÇÃO

O autor indígena Ailton Krenak, durante a pandemia do Covid 19 escreveu o livro “Ideias para Adiar o Fim do Mundo” que nos apresenta como possibilidade a narrativa de contar histórias, nos convocando a repensar nosso lugar nesse mundo e nossa relação com a natureza, como forma de adiar o fim.

Nos provocamos a pensar qual o lugar da ciência na sociedade. Talvez não seja demais dizer que até hoje temos dificuldade em olhar para a Ciência que é da vida, que está no dia a dia. Em valorizar outros tipos de conhecimentos, como a arte, poesia, música, saberes populares, enquanto conhecimentos que podem ser expressados também dentro da Academia. Nossas histórias e vivências são quem somos e dão ritmo às nossas escritas, quer onde quer que estejamos, e isso não é conhecimento?

Contaremos a experiência de disciplinas que nos convidam a nos exercer em nossa subjetividade, a partir e no convívio em coletividade. Saber Samba e Erguer a Escrita são disciplinas que acontecem de forma eletiva no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social/ UERJ. A primeira é online e a segunda é presencial, sendo esta uma parceria IMS e IFF/Fiocruz. Ambas contam com professores convidados, além dos docentes responsáveis das instituições referidas. Podemos dizer que esses espaços são movimentos de reexistência possíveis e de resistência para docentes e discente.

OBJETIVO

Propomos abordar sobre espaços de reinvenção da ciência como proposição para nos repensar enquanto pesquisadores, docentes e discentes, em uma academia científica tão ritualizada na forma de condução de suas pesquisas.

METODOLOGIA

Contar a história de vivência de espaços flexíveis, afetuosos, comprometidos com a crítica e com a circularidade dos saberes é um privilégio. Espaços preenchidos de gentes de distintos lugares, movidas pela curiosidade, intensidade, necessidade de acolhida e afetos, assim tem sido as disciplinas Saber Samba e Erguer a Escrita no IMS/UERJ. A primeira disciplina este ano, 2025, será sua sexta versão, e a segunda disciplina está na quarta versão.

1 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. E-mail: Moraes_bia@yahoo.com.br

Aqui contaremos afetações a partir das disciplinas, de forma descritiva a partir do que nos mobilizou e marcou. Krenak diz que os povos indígenas sempre buscaram aprender e trocar entre si, que a ciência sempre existiu e sempre foi produzida nas culturas de vida em sociabilidade e comunitária. É ciência da vida. Enquanto práxis podemos dizer que a mobilização pelos afetos fez com que essas disciplinas fossem mobilizadoras e enriquecedoras de subjetividades (1).

RESULTADOS

“Vamos aproveitar a nossa capacidade crítica e criativa para construir paraquedas coloridos. Vamos pensar no espaço não como um lugar confinado, mas como o cosmos onde a gente pode despencar em paraquedas coloridos” (1).

A produção de conhecimento é relacional, histórica e contingencial. Ciência é interação, intersubjetiva, construção, uma prática social (2, 3).

Promover disciplinas como espaços de interação e produção do novo, é provocar ranhuras na lógica positivista e hegemônica de produção da Ciência. Abrimos paraquedas coloridos nos lançando em reinvenção de novas formas de pensar, escutar e construir conhecimento.

Saber Samba são três docentes, um do IMS e outros dois que são alunos e também sambistas. Trazer o samba como pauta de disciplina de um curso de pós graduação é mobilizador e ao mesmo tempo agregador de pessoas que se colocam em ofertas a partir da interação. Cantamos, lemos, conversamos e trabalhos com propostas temáticas sobre sambistas e o papel cultural do samba na nossa sociedade.

Erguer a Escrita falamos de nossas emoções, dificuldades no ato de escrever, medos e travas, conversamos no bosque, cantamos e dançamos, lemos e discutimos textos de pessoas insurgentes, colorimos a sala em dinâmicas, fizemos poesia, escrevemos bilhetes. Ofertamos nossa criatividade ao coletivo em cada encontro.

Nas disciplinas sempre acontece uma Saraula e alunos mobilizados pelas histórias e afetos fazem desses espaços extremamente potentes e produtores de narrativas a partir de novas linguagens, destacamos as seguintes ofertas: sambas, poemas, raps, podcasts, cartas, esquete e bordados. Um potencial de extrapolação e revelação de cada um.

Tem sido uma experiência em promover uma ética amorosa e respeitosa enquanto combustível para a ação de esperar novos mundos.

CONCLUSÕES

Vamos voltar a conversar! Aquilo que nos move em nossas pesquisas é só nosso, é inovador sempre e importante. Somos colocados em uma ciência dura, onde não deveríamos colocar nossos afetos, emoções, sentimentos, mas ao contrário, com as disciplinas “Saber Samba” e “Erguer a Escrita” temos rompido, aos poucos, com o pragmatismo da ciência neutra, dura e isenta.

Precisamos nos reinventar enquanto pesquisadores, pessoas da ciência, reinventando o fazer ciência e provocando nossas imaginações sobre o que estamos fazendo e qual conhecimento queremos construir. Qual imagem que fazemos da ciência? Essa pergunta abre um leque de conversas.

Adiamos o fim do Mundo quando abrimos nossos paraquedas coloridos para repensar novas formas de construir conhecimento, contando nossas experiências e convocando outros a estarem conosco. Venham!

REFERÊNCIAS

- (1) Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2020. 102 p.
- (2) Mattos RA. Ciência, metodologia e o trabalho científico (ou tentando escapar dos horrores metodológicos). In: Baptista TWF, Mattos RA, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 29-81.
- (3) Spink MJ, Menegon VM. A pesquisa como prática discursiva superando os horrores metodológicos. In: Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. São Paulo: Cortez; 1999. p. 42-70.

TÍANÁLISIS DE LA RED DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN LA ZONA SUR DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Ana Leonor Alli ¹

Mauro Iuvaro

INTRODUCCIÓN

Nos propusimos realizar un estudio que analice la red de salud mental comunitaria en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, constituida por una multiplicidad de nodos: efectores de salud, dispositivos intermedios y organizaciones comunitarias.

El equipo de investigación forma parte del Hospital Nacional de Salud Mental Laura Bonaparte. Las líneas teóricas que recorren el trabajo parten de las concepciones de salud mental comunitaria, caracterizando el entramado de agentes y el tipo de vínculos que se generan, cómo se sitúan en el territorio y las alternativas de intervención que se proponen como abordajes de la salud (1)

Se concibe una teoría de redes en políticas de salud poniendo el foco en los distintos niveles que pueden asumir las articulaciones entre nodos al interior de la red, los propósitos por los que articulan y la necesidad de considerar estructuras multicéntricas en la red (2).

Algunas conceptualizaciones hacen hincapié en el lugar, en tanto espacio constituido por localidades atravesadas por intercambios simbólicos y cargadas de identidades en constante construcción; que se complementan con aspectos de las redes comunitarias y agentes en el territorio (3).

OBJETIVO

Los objetivos de la investigación son: analizar la conformación de la red de salud mental en el sur de la ciudad de Buenos Aires ; identificar el grado de densidad de la red de salud mental constituida por efectores de salud, dispositivos intermedios y comunitarios en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires y detectar la variación en la modalidad de actividades, objetivos sanitarios y estrategias de intervención de los nodos de la red.

METODOLOGÍA

En la investigación partimos desde un diseño descriptivo, de tipo cualitativo y de corte transversal. Se utilizó el concepto “nodo” como un servicio de salud o unidad de funcionamiento constituido por elementos individuales que pueden representar dispositivos y/o instituciones que forman una red con distintos niveles de articulación y tipos de vínculos. Se tomaron en cuenta para el análisis 3 tipos de nodos: aquellos pertenecientes al sistema de salud, los dispositivos intermedios,

1 Hospital Laura Bonaparte (CABA- Argentina). E-mail: licanaalli@gmail.com

Fuente(s) de financiación: PICTO 2021-8 -Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología - CONICET

constituidos con el objetivo de reemplazar la atención hospitalaria por otra de base comunitaria y las organizaciones propias de la comunidad.

Para la investigación realizamos una triangulación de técnicas metodológicas; el corpus principal del trabajo está compuesto por 23 entrevistas semi-estructuradas a profesionales-referentes, de 19 nodos de la red. En paralelo, fuimos recopilando material documental informativo de los nodos con los que trabajaríamos para conocer el marco institucional y sumamos la observación como elemento clave para comprender los contextos en los que trabajaban las y los entrevistados.

RESULTADOS

Como parte de la primera instancia del trabajo logramos sistematizar seis grupos de nodos, teniendo en cuenta tanto las actividades como sus articulaciones. Los nodos pertenecientes a la red de efectores de salud están compuestos por tres hospitales monovalentes, dos hospitales generales, seis Centros de Salud y Acción Comunitaria del primer nivel de atención, dos programas de asistencia especializada y varios dispositivos intermedios. Como relevamiento general detectamos 281 nuevos nodos, distribuidos entre efectores de salud, organizaciones comunitarias y dispositivos intermedios.

En cuanto a los principales objetivos de articulación de los nodos observamos que llevan actividades con los servicios de salud de los hospitales generales y especializados de la red; dos tercios del trabajo con los nodos fue con motivos de referencia y contrarreferencia siguiéndole la gestión conjunta y en mucho menor medida el aporte a las actividades conjuntas. Nos parece que este dato toma mayor relevancia cuando lo comparamos con el tipo de trabajo articulado con las organizaciones comunitarias, que asume mayores niveles de compromiso a partir de asociarse y/o cooperar para el aporte de actividades y gestión conjunta de proyectos. Estas actividades van desde la promoción de talleres de cuidado, formación, participación en mesas de salud, promoción a la participación por parte de vecinos y vecinas de los barrios en bibliotecas populares, recepción de las demandas por parte de organizaciones barriales. Mientras que la cooperación y asociación suponen la existencia de un problema en común y la puesta en marcha de una operación conjunta por los nodos, que incluso puede asumir la forma de acuerdos para compartir recursos, la colaboración sólo implica una ayuda espontánea, no es sistemática.

CONCLUSIONES

La red tiene múltiples dimensiones en cuanto a forma y contenidos; desde articulaciones intersectoriales a intrainstitucionales, con motivos de referencia y contrarreferencia, gestión conjunta de proyectos, con diferentes grados de compromiso.

La calidad de articulación entre los nodos mejora cuando involucra organizaciones comunitarias, y es menor si sólo involucra efectores de salud, aunque sea mayor el grado de interacciones entre ellos.

Los procesos de salud se potencian cuando se articulan intersectorialmente; las organizaciones

barriales son agentes de salud no formalizados.

En general, existe un desconocimiento de las modalidades de funcionamiento entre hospitales y centros de salud. Esto se agudiza en los hospitales monovalentes.

Son pocos los proyectos de asociación institucionalizados entre los nodos de la red. Los dispositivos intermedios que se logran sostener en el tiempo, son aquellos creados a través de convenios intersectoriales.

REFERENCIAS

- (1) Montero M. Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós; 2004.
- (2) Rovere M. Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario, Argentina: Ediciones Lazarte; 1999.
- (3) Uvalles R. Gestión de redes institucionales. Convergencia. Revista de Ciencias Sociales. 2009;16:41–72. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.

TRANSFORMANDO EL MONOVALENTE. LOGROS Y DESAFÍOS PENDIENTES EN 5 AÑOS DE GESTIÓN

Maria Rosa Riva Roure¹

Maria Isabel Hartfiel²

*Pensar en salud es constituirnos en actores sociales
que podamos poner en la agenda las prioridades del amor,
el trabajo y la lucha por una sociedad más justa.*

Mario Testa (Pensar en Salud)

INTRODUCCIÓN

La gestión iniciada en marzo de 2020 en el Hospital Esteves, se propuso profundizar un proceso de transformación institucional impostergable, basándose en los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental (1). Esta plantea la implementación de prácticas de salud mental con base en la comunidad, centrada en una perspectiva de derechos y sostiene que estas acciones deben desarrollarse en el primer y segundo nivel y el cierre paulatino de la internación prolongada en instituciones psiquiátricas de tercer nivel (2)

El proceso se enmarca en una serie de decisiones políticas llevadas a cabo por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, junto a la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos y Violencias: la aprobación de los Planes de Adecuación de los Hospitales Monovalentes, la creación del Programa Buenos Aires “Libre de Manicomios” y el cierre de las admisiones en los sectores de larga estadía en todos los monovalentes provinciales.

El objetivo del Plan de Adecuación del Hospital Esteves, es transformar el modo de atención de la salud mental hacia la salud comunitaria, en el marco de una red provincial de atención, pensada desde la interdisciplina; la intersectorialidad y centrada en los y las usuarias de salud mental y sus derechos. En 5 años este proceso se ha desencadenado y ha logrado concretar muchos de sus propósitos, ha encontrado también dificultades y tiene aún muchos desafíos pendientes. Este trabajo intenta dar cuenta sintéticamente de ese proceso en una de sus instituciones monovalentes situada en el enclave territorial del conurbano bonaerense, el Hospital Neuropsiquiátrico de mujeres J Esteves.

OBJETIVO

Describir el proceso de transformación institucional de un hospital psiquiátrico de la Provincia de Buenos Aires hacia el trabajo comunitario con perspectiva de derechos

1 Directora ejecutiva Hospital Esteves. E-mail: mariarosariva@yahoo.com.ar

2 Directora Asociada Hospital Esteves. E-mail: mariselhar@gmail.com

Identificar indicadores cuantitativos y cualitativos del proceso de transformación institucional y las implicancias que ha tenido sobre usuarios y trabajadores

DESARROLLO

Sostienen Rotelli y Mauri “Si el objeto en vez de ser la enfermedad deviene la existencia-sufrimiento de los pacientes y su relación con el cuerpo social, entonces desinstitucionalización será el proceso crítico-práctico para la reorientación de todos los elementos constitutivos de la institución hacia ese objetivo bien distinto” (3). Sobre este proceso crítico/práctico intentaremos dar cuenta, rescatando algunos indicadores cuantitativos y cualitativos destacados y desafíos pendientes del proceso.

Indicadores cuantitativos:

-Disminución del 49% de las personas internadas en larga estadía, 267 mujeres menos en estos sectores.

En diciembre de 2019 en los sectores de larga estadía se alojaban 543 mujeres, a diciembre de 2024 276 mujeres

-Cierre de 5 salas de internación prolongada, apertura de 2 centros de día especializados en personas con discapacidad y adultos mayores.

Estos centros dinamizan la vida cotidiana de mujeres internadas, mejoran sus habilidades y proyectan su vida hacia la comunidad

-Disminución del sobrepeso, el sedentarismo y el tabaquismo en las mujeres internadas en áreas de larga estadía

El estímulo a través de los centros de día, el Crear (espacio que desarrolla acciones artísticas, expresivas, recreativas y educativas), el polo laboral, entre otros, estimulan a las mujeres internadas y redundan en una mejora indicadores clínicos.

-Agilización y ampliación en la documentación y de beneficios sociales en las mujeres internadas.

-Incremento de equipos de trabajo comunitario y nuevas modalidades de apoyo. De 2 a 5 equipos.

Se incorpora un equipo de apoyo a familias y personas que se externalizan en forma autónoma con necesidad de bajo nivel de apoyo y otro equipo que coordina casas de mayores apoyos con cuidados 24 hs.

-Nuevos proyectos laborales

Hoy funcionan 3 proyectos en el centro comunitario y 4 en el hospital.

Indicadores cualitativos:

-Implicancias sobre las mujeres internadas: Puede observarse la disminución de mujeres circulando sin propósito, la participación en actividades propuestas en los centros de día y el CREAR,

en los proyectos laborales, en actividades con acompañantes, el incremento en el deseo de vivir afuera de la institución tal como otras compañeras lo han hecho.

-Implicancia sobre los trabajadores: Los múltiples movimientos producidos han permitido en su mayoría mejoras en el interés por la tarea, en el objetivo de trabajo y la perspectiva con la que observa y trabaja con las mujeres. La conformación de equipos de trabajo interdisciplinario que buscan resolver situaciones complejas ampliando los límites disciplinares.

CONCLUSIONES

La transformación institucional implica un proceso social complejo, abierto y de construcción colectiva. Necesariamente debe estar pensada desde un sujeto integral y la comunidad que lo aloja y requiere trabajo interdisciplinario e intersectorial. Propone constituirse en un proceso crítico y consciente para modificar las actuales prácticas, centradas en el sujeto y pensadas en un proyecto individual de acompañamiento, rehabilitación y asistencia en la externación. Este proceso está en marcha, no solo como desafío de la gestión sino como propósito del que se han apropiado equipos de trabajadores en los distintos sectores.

El proceso es complejo e involucra desafíos que aún están pendientes: evitar la cronificación de personas en sectores de internación aguda, transformar las obsoletas estructuras edilicias en lugares adaptados a los nuevos propósitos, generar espacios de reflexión que faciliten la transformación frente a los nuevos desafíos de la salud mental, entre otros. En la dirección de estos desafíos trabajamos hoy.

Superar el manicomio no es solo dejar las estructuras físicas sino superar “el conjunto de saberes y prácticas científicas, sociales, legislativas y jurídicas que fundamentan la existencia de un lugar de aislamiento, segregación y patologización de la experiencia humana” (4).

REFERENCIAS

- (1) República Argentina. Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657. Buenos Aires: Congreso de la Nación; 2010.
- (2) Bang, C. (2021) “Abordajes comunitarios en salud mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral”. Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 12(2), 778-804. DOI: <https://doi.org/10.21501/22161201.3616>
- (3) Rotelli F, Mauri D, De Leonardis O (1987) Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los «países avanzados») Revista Asociación Esp. Neuropsiquiatría. 1987;2(2).
- (4) Amarante P (2019) Superar el Manicomio. Buenos Aires: Editorial Topia.

TRIAGEM E AVALIAÇÃO DA SAÚDE FÍSICA ENTRE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Carlos Alberto dos Santos Treichel¹

Ana Laura Salomé Lourencetti

Bruno Marinho da Silva

Thaiane Bruna da Cruz Diomedice

Vilanice Alves de Araújo Puschel

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Indivíduos com transtornos mentais apresentam maior risco de desenvolver condições crônicas como diabetes e hipertensão, em comparação com a população geral¹. No entanto, muitos desses casos permanecem não diagnosticados ou não tratados, em grande parte porque esses indivíduos frequentemente enfrentam barreiras de acesso aos serviços da atenção primária à saúde (1). Isso contribui para a negligência no cuidado com a saúde física, agravando o quadro clínico e comprometendo a qualidade de vida dessas pessoas¹. Diante desse cenário, sínteses de evidências têm recomendado a implementação de rotinas sistemáticas de triagem e avaliação da saúde física dentro dos próprios serviços especializados em saúde mental (2). Essa abordagem visa ampliar o cuidado integral, permitindo a identificação precoce de condições clínicas que exijam encaminhamento e acompanhamento em outros pontos da rede de atenção à saúde. Ao integrar a avaliação física ao cuidado em saúde mental, promove-se uma resposta mais coordenada e eficaz às múltiplas necessidades desses pacientes, contribuindo para a equidade e a integralidade no sistema de saúde.

OBJETIVO

Determinar a conformidade da prática atual em um Centro de Atenção Psicossocial com as melhores recomendações em relação a triagem e avaliação de saúde física entre pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, através de critérios estabelecidos em uma síntese de evidência.

METODOLOGIA

Estudo descritivo transversal de base documental, realizado através da análise de prontuários dos 278 usuários vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial do tipo II em um município paulista entre outubro e dezembro de 2024. O critério de inclusão foi ter pelo menos um registro de atendimento em saúde mental nos 6 meses que antecederam as coletas. Não ser maior de idade foi considerado um critério de exclusão. As variáveis estudadas compreenderam oito critérios de auditoria determinados por uma síntese de evidências², a saber: realização de exame físico na admissão; histórico completo

¹ Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. E-mail: treichel@usp.br

de comportamentos de saúde; monitoramento de efeitos colaterais de antipsicóticos; exames físicos regulares; documentação de exames de sangue; documentação de eletrocardiograma; registro do Índice de Massa Corporal (IMC). Foi utilizada análise estatística descritiva com estimativas das frequências absoluta e relativa para cada uma das variáveis estudadas. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, tendo recebido dispensa do uso de TCLE.

RESULTADOS

Os resultados evidenciaram baixa aderência às práticas recomendadas. Apenas 9% dos prontuários apresentavam registro da realização de exame físico no momento da admissão. A coleta de um histórico completo de comportamentos relacionados à saúde, como hábitos alimentares, consumo de substâncias e atividade física, foi observada em apenas 4,3% dos casos. O monitoramento de efeitos colaterais decorrentes do uso de antipsicóticos, prática essencial para prevenir agravos à saúde física, foi documentado em 20,3% dos prontuários dos usuários que faziam uso desse tipo de medicação. A realização de exames físicos regulares foi identificada em apenas 1,1% dos usuários, enquanto a documentação de exames laboratoriais (exames de sangue) ocorreu em 1,4% dos casos. O registro de eletrocardiograma esteve presente em 0,7% dos prontuários analisados, e nenhum usuário (0%) teve o Índice de Massa Corporal (IMC) registrado de forma sistemática. Esses achados apontam para importantes lacunas na avaliação e monitoramento da saúde física de pessoas em acompanhamento em serviços especializados, indicando a necessidade de estratégias que integrem o cuidado físico e mental de forma mais efetiva.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES

Os resultados evidenciam uma expressiva lacuna entre a prática atual e as recomendações baseadas em evidências para o cuidado com a saúde física de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. A baixa frequência de registros relacionados à triagem e ao monitoramento de condições físicas reforça a necessidade de incorporação sistemática dessas ações nos serviços especializados em saúde mental. A integração efetiva entre os cuidados físicos e mentais é essencial para promover atenção integral, reduzir desigualdades em saúde e melhorar os desfechos clínicos dessa população. Estratégias institucionais, como capacitação de equipes e protocolos de cuidado integrados, são fundamentais para reverter esse cenário.

REFERÊNCIAS

- (1) Thornicroft G. Desigualdades na saúde física e doença mental: o escândalo da mortalidade prematura. *British Journal of Psychiatry*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press; 2011;199(6):441–442.
- (2) Tosh G, Clifton AV, Xia J, White MM. Monitoramento da atenção à saúde física para pessoas com transtorno mental grave. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2014 jan 17;2014(1):CD008298. DOI:10.1002/14651858.CD008298.pub3.

UNIVERSALIZACIÓN DE LA APS EN CHILE: UNA POLÍTICA NEOLIBERAL QUE REPRODUCE INEQUIDADES

Camilo Bass del Campo¹

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

La Universalización de la Atención Primaria de Salud (APS-U) en Chile ha sido presentada como una política transformadora para garantizar el acceso equitativo a la salud. Sin embargo, tras un análisis crítico, se revela que esta reforma no solo perpetúa las desigualdades estructurales del sistema de salud chileno, sino que también refuerza la mercantilización de la salud, alineándose con la lógica capitalista. El modelo de APS-U establece un subsidio cruzado hacia las aseguradoras privadas, desvirtuando el principio de la salud como derecho y consolidando un modelo de negocio basado en la segmentación del riesgo y la transferencia de recursos públicos al sector privado. Esto se enmarca en una tendencia más amplia de neoliberalización de las políticas sociales en América Latina, donde se promueve la lógica del mercado incluso en ámbitos fundamentales como la salud. En este contexto, la APS-U se convierte en un mecanismo de privatización encubierta, promoviendo la competencia entre prestadores públicos y privados, en detrimento de un enfoque de salud colectiva y de solidaridad social (1).

OBJETIVO

Evaluar críticamente los efectos de la APS-U en Chile, con énfasis en su rol como mecanismo de privatización encubierta y su impacto en la equidad, el acceso y la calidad de la atención en salud. El análisis se enfoca en cómo esta política se alinea con los intereses del capital, priorizando el mercado y la rentabilidad financiera por sobre el bienestar de las personas, especialmente de las comunidades más vulnerables.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis documental basado en informes oficiales, evaluaciones gubernamentales y literatura académica. Se examinaron cuatro dimensiones clave: financiamiento y administración, acceso e integralidad, talento humano y participación comunitaria. El enfoque metodológico se centró en identificar las contradicciones entre el discurso oficial y la realidad de la APS-U, utilizando un marco teórico crítico que aborda la influencia del capitalismo en las políticas de salud. El estudio incluyó un análisis comparativo con experiencias internacionales que evidencian cómo la privatización de los servicios de salud tiende a profundizar las desigualdades en vez de reducirlas (2,3).

1 Escuela de Salud Pública (Universidad de Chile). E-mail: camilobass@yahoo.com

RESULTADOS

1. **Financiamiento y Administración:** La APS-U establece un subsidio cruzado hacia aseguradoras privadas, lo que refuerza la lógica capitalista al privatizar beneficios y socializar riesgos. Esta estrategia genera una distribución inequitativa de recursos, dejando a las comunas más pobres con menos financiamiento y profundizando las desigualdades sociales. La corrupción municipal que administra la atención primaria, también debilita la capacidad de respuesta del sistema, perpetuando un modelo segmentado e inequitativo que no garantiza atención de calidad para toda la población (4).

2. **Acceso e Integralidad:** Aunque la APS-U busca aumentar la inscripción de usuarios/as, no asegura un acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud. La cobertura efectiva permanece en un 50%, por debajo del 65% recomendado, lo que perpetúa un acceso desigual a la atención sanitaria y limita la efectividad del sistema en garantizar la salud para todos los ciudadanos.

3. **Talento Humano:** La estrategia no aborda la precarización laboral ni la inestabilidad de los trabajadores del sector salud, lo que ha generado sobrecarga laboral y afectado la calidad de la atención. Las condiciones laborales complejas tienen un impacto negativo en el desempeño de los profesionales de salud, limitando la efectividad del sistema en general (5).

4. **Participación Comunitaria:** La participación en la APS-U sigue siendo consultiva y no vinculante, lo que refuerza un modelo tecnocrático y excluyente. No existe una cogestión real en la toma de decisiones, y las decisiones tomadas responden más a intereses institucionales que a las demandas y necesidades de las comunidades vulnerables, limitando el impacto de las políticas en la salud colectiva (6).

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES

La APS-U en Chile, más que ser una política progresista, actúa como una herramienta de consolidación del capitalismo en el sector salud. Su implementación prioriza el mercado sobre el derecho a la salud, socavando los principios de equidad y justicia social. Es urgente replantear esta política desde una perspectiva crítica, eliminando los subsidios al sector privado y fortaleciendo un sistema público, universal y verdaderamente equitativo, que coloque la vida y la salud de las personas por sobre los intereses del capital. Además, se requiere un enfoque decolonial en la salud, que reconozca y respete los saberes y prácticas de las comunidades, promoviendo un modelo de atención basado en la justicia social y la solidaridad. La lucha por un sistema de salud no mercantilizado en Chile es parte de un esfuerzo mayor en América Latina por resistir las políticas neoliberales y construir alternativas basadas en el bien común y la equidad social.

Fuente(s) de Financiación: No contó con financiación externa.

REFERENCIAS

- (1) Fleury S. Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90. Nueva Soc. 1998 [citado 2025 jul 20];(156):72-94. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/politica-social-exclusion-y-equidad-en-america-latina-en-los-90/>
- (2) Bass C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿Contradictorios o complementarios? Medwave. 2012;12(11):e5571. DOI:10.5867/medwave.2012.11.5571.
- (3) Bass C. Atención Primaria Fuerte, historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile. Cuad Med Soc. 2018 [citado 2025 jul 20];58(3):137-41. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/317/291>
- (4) Comisión Nacional de Productividad. Eficiencia en la gestión de atención primaria de salud (APS). Santiago de Chile: Comisión Nacional de Productividad; 2022.
- (5) Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? BMJ Open. 2018;8(6):e021161. DOI:10.1136/bmjopen-2017-021161.
- (6) Feo Istúriz O, Feo Acevedo C, Jiménez P. Pensamiento contrahegemónico en salud. Rev Cubana Salud. 2014 [citado 2025 jul 12];38(4). Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/187>

VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE A PARTIR DA FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA MAIS SAÚDE COM AGENTE

Shirlei Galarça Salort¹

Luciana Barcellos Teixeira

Daniela Riva Knauth,

Karla Frichembruder

Tatiane Rambo dos Santos

Fabiana Schneider Pires

INTRODUÇÃO

Este relato apresenta a experiência formativa dos cursos técnicos de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias (ACE), oferecidos no âmbito do Programa Mais Saúde com Agente, realizado através da parceria entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Esses cursos representam modelos de políticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde, estruturando a formação de profissionais essenciais para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta pedagógica dos cursos se baseou nos princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e na Educação Popular em Saúde (EPS), promovendo uma abordagem inovadora na capacitação de agentes de saúde distribuídos por todo o Brasil. A formação dos Agentes de Saúde é voltada para a qualificação do cuidado na Atenção Primária, capacitando os profissionais para o diagnóstico das condições de saúde da população, implementação de ações de promoção e prevenção à saúde e desenvolvimento de uma abordagem interdisciplinar.

OBJETIVO

Apresenta os resultados da formação técnica dos cursos do Programa Mais Saúde, utilizados como qualificação do cuidado e valorização da atenção primária em saúde em todo o território nacional, e as estratégias de ensino adotadas para uma formação ampla dos agentes comunitários, profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

O modelo de ensino utilizou metodologias ativas, ensino a distância (EaD) e atividades presenciais, visando um processo de ensino-aprendizagem personalizado e eficaz. Além disso, buscou-

¹ Coordenadora da Secretaria Acadêmica do Curso de ACE do Programa Mais Saúde com Agente na UFRGS, Bibliotecária-chefe da Faculdade de Medicina da UFRGS e Doutoranda em Comunicação do PPGCOM/UFRGS. E-mail: shirlei.salort@ufrgs.br

se estimular a participação da comunidade na formulação e execução de políticas públicas, abrangendo as dimensões sanitária, ambiental e socioeducacional. A parte de educação à distância foi estruturada para garantir uma comunicação bidirecional e uma aprendizagem autônoma, com o apoio de tutores capacitados. Os cursos também possuíram uma parte prática focada na atuação dos agentes de saúde em seus territórios de atuação, sob o acompanhamento e supervisão de um profissional de saúde com graduação, o preceptor. Alguns desafios se destacaram ao longo do processo de ensino-aprendizagem na modalidade híbrida, dentre eles: a garantia do acesso à internet e a tecnologias adequadas em todo o território nacional. O Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) reuniu recursos como fóruns de discussão, videoaulas, bibliotecas virtuais, ferramentas de avaliação, entre outros. Além dos tutores, o papel do preceptor foi fundamental para a aprendizagem prática, acompanhando as atividades desenvolvidas nos territórios.

RESULTADOS

Na primeira etapa do curso foram disponibilizadas 200.000 vagas e obteve-se mais de 236.000 inscritos. Ao final dessa primeira edição os cursos tiveram mais de 140.000 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e mais de 39.000 Agentes de Combate às Endemias (ACEs) formados. A estratégia pedagógica adotada contou com uma estrutura robusta de tutoria e preceptoria, acompanhada por supervisores e coordenadores regionais. Para organizar e padronizar as atividades, foram utilizadas ferramentas essenciais, como o Guia do Tutor (1) e o Guia do Preceptor (2). Além disso, houve o uso de diversos canais de comunicação, incluindo o site e as mídias sociais. Plataformas como YouTube, com transmissões ao vivo, e Facebook e Instagram, com orientações essenciais, foram fundamentais para informar estudantes, tutores e preceptores ao longo dos cursos. O acompanhamento do desempenho dos estudantes foi realizado por meio de plataformas informatizadas, permitindo acesso em tempo real às atividades acadêmicas individuais. Pesquisas de qualidade conduzidas ao longo do processo apontaram que a atuação dos tutores e preceptores teve um impacto positivo significativo, refletindo-se em um índice de aproveitamento superior a 90% nos cursos.

CONCLUSÃO

As estratégias de ensino adotadas pelo Programa Mais Saúde com Agente demonstraram a importância e viabilidade de capacitações nacionais, em larga escala e com qualidade, apesar dos inúmeros desafios estruturais envolvidos. O monitoramento das atividades dos estudantes, com o uso de estratégias anti-evasão e a interação contínua com tutores e preceptores foram determinantes para o sucesso do programa. Tais elementos reforçam a importância das formações técnicas como estratégia de fortalecimento e valorização da Atenção Primária à Saúde, e evidenciam o impacto positivo da qualificação dos profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde do Brasil.

REFERÊNCIAS

- (1) Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Guia do tutor: cursos Técnico em Agente Comunitário de Saúde e Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2021 [citado 2025 mar 10]. Disponível em: https://maissaudecomagente.ufrgs.br/saude/wp-content/uploads/2022/08/Guia_Tutor.pdf
- (2) Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Guia do preceptor: cursos Técnico em Agente Comunitário de Saúde e Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2021 [citado 2025 mar 10]. Disponível em: https://maissaudecomagente.ufrgs.br/saude/wp-content/uploads/2022/08/Guia_Preceptor.pdf

VOZES NEGRAS – CULTURA E SABER DOS POVOS TRADICIONAIS E POVOS ORIGINÁRIOS

Cleusa Albilia de Almeida¹

Natally Fernanda de Almeida²

Acimar da Costa Magalhães³

Cristóvão Domingos de Almeida⁴

INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta os objetivos do projeto “Vozes Negras”, que busca criar um espaço de aprendizado e valorização da cultura e do saber dos povos tradicionais e indígenas. A iniciativa reconhece e celebra as contribuições das comunidades quilombolas, indígenas e negras, promovendo uma educação antirracista e inclusiva. Por meio de palestras, oficinas, debates, exposições culturais e projetos interdisciplinares, o projeto sensibiliza os estudantes para questões raciais e fortalece a pluralidade de vozes e experiências.

Os alunos são incentivados a participar ativamente, pesquisando temas relevantes, compartilhando suas perspectivas e engajando-se em discussões que desafiem preconceitos e promovam a equidade. O projeto conta com a presença de líderes comunitários e acadêmicos, que enriquecem as reflexões com seus saberes ancestrais.

Em 2024, durante o mês de novembro, foram realizadas diversas intervenções sobre diversidade, alinhadas às leis que garantem o ensino da cultura afro-brasileira e indígena nos espaços educativos. O projeto segue promovendo ações que ampliam o diálogo sobre a ancestralidade e a inclusão da pauta afrocentrada.

OBJETIVO DO TRABALHO

O projeto “Vozes Negras” tem como objetivo valorizar e difundir a cultura e o saber dos povos tradicionais e indígenas nos espaços educativos. Busca promover a inclusão, o respeito à ancestralidade e a educação antirracista por meio de atividades pedagógicas, debates e vivências culturais. Além disso, incentiva o protagonismo estudantil e o diálogo com lideranças quilombolas e indígenas, fortalecendo a identidade, a equidade e o reconhecimento das contribuições históricas desses povos.

1 Docente no IFMT - campus São Vicente. E-mail: albilialmeida@ifmt.edu.br

2 Mestranda do Programa de Pós-Graduação ECCO – UFMT.

3 Doutorando do do Programa de Pós-Graduação ECCO – UFMT.

4 Docente na Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT.

METODOLOGIA

A metodologia do projeto “Vozes Negras” fundamenta-se na abordagem de observação-participação, permitindo uma compreensão aprofundada das dinâmicas socioculturais no ambiente escolar. Durante o mês de novembro de 2024, foram realizadas oficinas, palestras e workshops, abrangendo instrumentos de fanfarra, dança afro, pintura indígena, sustentabilidade, escrita criativa e outras práticas que promovem a valorização da ancestralidade e do conhecimento tradicional.

Inspirada em Minayo (1), a metodologia de observação-participante possibilita a imersão na realidade das comunidades quilombolas, indígenas e negras, garantindo um diálogo contínuo entre pesquisadores, educadores e lideranças. Essa interação permite não apenas a identificação de práticas educativas que promovem a diversidade, mas também a construção de um espaço de reflexão crítica sobre identidade e inclusão.

Em 2024, a Mostra Cultural reuniu mais de 400 participantes, incluindo estudantes, pesquisadores, produtores rurais e comunidades indígenas. Para a culminância em fevereiro, está sendo planejado um Luau com referências quilombolas, rodas de capoeira, instrumentos tradicionais e iluminação com tochas, fortalecendo a presença dos povos originários e tradicionais no campus São Vicente e seu entorno.

RESULTADOS

O projeto “Vozes Negras” apresentou resultados significativos na valorização da cultura e do saber dos povos tradicionais e indígenas, promovendo a inclusão e a conscientização sobre identidade étnico-racial. Com atividades alinhadas às Leis nº 10.639/2003 e nº 11.645/2008 (2,3), o projeto fortaleceu a implementação do ensino da história e cultura afro-brasileira e indígena no IFMT São Vicente.

As oficinas pedagógicas foram essenciais para estimular o protagonismo estudantil e a troca de saberes, permitindo que educadores, estudantes e comunidades tradicionais interagissem ativamente. Seguindo Gatti (4), essas oficinas favoreceram uma aprendizagem significativa e coletiva, fortalecendo narrativas e experiências ancestrais.

Entre os destaques, o Clube de Leitura proporcionou reflexões sobre a escrivência de Conceição Evaristo, enquanto o Cine Debate estimulou análises críticas sobre identidade, racismo e desigualdades por meio dos filmes *Medida Provisória* e *Dr. Luís Gama*. Além disso, 20 oficinas temáticas abordaram práticas culturais e artísticas afro-indígenas, como capoeira, dança afro, poesia slam, pintura corporal indígena e tecidos Kente.

Com ampla participação da comunidade acadêmica e externa, o projeto consolidou-se como um espaço de resistência e celebração da diversidade, promovendo o respeito à ancestralidade e à identidade dos povos originários e quilombolas.

CONSIDERAÇÕES

O projeto “Vozes Negras” reafirma a importância da valorização das identidades, culturas e saberes dos povos tradicionais e indígenas na construção de uma sociedade mais justa e inclusiva. Ao promover a diversidade por meio da educação e da cultura, fortalece-se o respeito às narrativas historicamente marginalizadas e o reconhecimento das contribuições dessas populações.

As atividades realizadas ao longo de novembro de 2024 demonstraram êxito na sensibilização da comunidade acadêmica, evidenciado pelo engajamento de professores, estudantes e lideranças quilombolas e indígenas. A abordagem de observação-participação permitiu identificar o impacto positivo das ações, consolidando um espaço de aprendizado e troca.

Diante desses resultados, o projeto pretende manter e expandir atividades afrocentradas, garantindo que a cultura e a ancestralidade afro-brasileira e indígena continuem sendo ampliadas e valorizadas, reconhecendo sua relevância para a formação sociocultural do Mato Grosso.

REFERÊNCIAS

- (1) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
- (2) Brasil. Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira”, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2003 jan 10 [citado 2024 out 12]; seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.639.htm
- (3) Brasil. Lei nº 11.645, de 10 de março de 2008. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2008 mar 11 [citado 2024 out 12]; seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11645.htm
- (4) Gatti BA. Construção da pesquisa em educação. Brasília (DF): Editora Plano; 2003.



Realização

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Patrocínio

OPAS
Organização Pan-Americana de Saúde
Departamento de Saúde

FAPERJ
Fundação Coordenação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro


CAPES

 **CNPq**

 Sindicato dos
Trabalhadores
da Fiocruz

 **ENSP**

 **FIOCRUZ**

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO