

ISSN 1982-8829, 2023. VOL. 17, N.03. PUBLICADO EM 2025.

# TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

VOL 17

Nº 03

FOTO: RADILSON CARLOS GOMES

EDITORAS

ANGELA DE OLIVEIRA CARNEIROA

LUIZA TACIANA RODRIGUES DE MOURA



REORGANIZAÇÃO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE PARA  
ACOLHIMENTO AOS  
USUÁRIOS EM TEMPOS  
DE PANDEMIA

QUALIDADE DE VIDA E  
SATISFAÇÃO SOBRE  
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS  
DE CUIDADORES DE  
PACIENTES COM  
NECESSIDADES ESPECIAIS

PERCEPÇÃO DOS  
TRABALHADORES DA  
SAÚDE SOBRE O PAPEL E A  
RELEVÂNCIA DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A  
PRODUÇÃO DO CUIDADO

TEMPUS  
actas  
de saúde coletiva



EDITORA

ECOS



© 2024 Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

## REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

### Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça  
Elmira L. M. S. Simeão  
Maria Fátima de Sousa  
José da Paz Oliveira Alvarenga

### Coordenação Institucional

Laboratório ECoS

Unidade de Tecnologia da Informação e  
Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde  
Pública – UTICS/NESP/UnB

### Equipe Técnica de TI

Rogério Pritke  
João Paulo Fernandes da Silva

### Revisão de Citações e Referências

Luana Dias da Costa  
Josivania Silva Farias

### Revisão

Luana Dias da Costa

### Diagramação e Publicação

Elmira L. M. S. Simeão  
Mônica Peres

### Editores Científicos

*Angela de Oliveira Carneiro*  
*Luiza Taciana Rodrigues de Moura*

### Editores Consultivos

Elmira L. M. S. Simeão  
Mônica Peres

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:

Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública  
SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil

CEP 70847-510

Tel.: (55++61) 3340-6863

Fax: (55++61) 3349-9884

E-mail: uticsnesp@unb.br

---

### Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

---

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão, Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga - v. 17, n.03. - Brasília : Editora Ecos, 2023. / Organizadores / Angela de Oliveira Carneiro, Luiza Taciana Rodrigues de Moura

Trimestral

Obra publicada em 2025 para atualização da coleção  
ISSN 1982-8829

1. Saúde pública 2. Agentes Comunitários de Saúde - Periódicos. I. Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. ECoS

---

CDU 614(051)(817.4)



## CONSELHO EDITORIAL

### Coordenação Editorial

Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília, Brasil

Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil

Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

### Editores Científicos

Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília, Brasil

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de Brasília, Brasil

Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

### Conselho Consultivo

Jairnilson Silva Paim, Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

### Comissão Científica - Editores Associados

Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)

Aurora Cuevas Cerveró - Universidade Complutense de Madrid (UCM)

Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva (UFBA)

Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás (UFG)

José da Paz Oliveira Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Josivania Silva Farias - Universidade de Brasília (UnB)

Lise Renaud - *Faculté de Communication* - Université du Québec à Montréal (Canadá)

Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília

Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública - Lisboa/Portugal

Rackynelly Alves Sarmento - Instituto Federal da Paraíba (IFPB)

Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de Brasília (UnB)

Ximena Pamela Diaz Bermudez - Universidade de Brasília (UnB)

# SUMÁRIO

**Expediente**

**Editorial**

## ARTIGOS ORIGINAIS

Reorganização da Atenção Primária à Saúde para acolhimento aos usuários em tempos de pandemia

Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o papel e a relevância da Atenção Primária à Saúde para a produção do cuidado

Qualidade de vida e satisfação sobre serviços especializados de cuidadores de pacientes com necessidades especiais

Interseccionalidade e Trabalho Multiprofissional em Saúde

Atuação de Enfermeiros da Atenção Básica em Saúde da Mulher Em Municípios de Pernambuco

Perfil da Gerência e das Ações de Planejamento nos Distritos Sanitários do Município de Natal/RN

Avaliação da Assistência Farmacêutica de um Hospital Público Especializado em Hematologia: Resultados e Contribuição aos Estudos Avaliativos em Saúde

## ARTIGOS DE REVISÃO

Características da Ciberviolência entre Parceiros Íntimos Jovens: Uma Revisão de Escopo

Redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde: economia em saúde?

Estratégias para condicionamento comportamental durante atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

Oficina Mapa Inteligente com os Agentes de Combate às Endemias no Litoral do Paraná: Estratégias de Reconhecimento do Território nas Ações de Controle Vetorial

## **TEMAS LIVRES E TRABALHO INTERPROFISSIONAL NO CUIDADO EM SAÚDE**

*Angela de Oliveira Carneiro*

*Luiza Taciana Rodrigues de Moura*

Esse número da revista enfoca a atuação interprofissional para a produção do cuidado em saúde, são distintos olhares que convidam o leitor a compreender como as tecnologias do cuidado em saúde podem ampliar estratégias de atenção voltadas às necessidades dos usuários no âmbito da atenção primária, serviços especializados e hospitalares. O cuidado individualizado exige que os trabalhadores estejam atentos às interferências das mudanças sociais, políticas e tecnológicas no processo de saúde e doença.

### **Artigos originais**

Os artigos apresentam temáticas inerentes à produção do cuidado em saúde, a maioria destes demonstram os desafios, bem como as estratégias de superação, para a atuação da equipe de profissionais na Atenção Primária e hospitalar. Dois artigos ampliam o olhar desse cuidado na perspectiva dos usuários. As discussões tratam de aspectos relativos ao planejamento e avaliação na gestão e gerência dos serviços, e analisam os processos de trabalhos e intervenções específicas relacionadas à saúde da mulher, COVID-19, entre outros. Os manuscritos apontam aspectos relevantes para a implementação do SUS principalmente na Atenção primária em Saúde.

### **Artigos de revisão**

Os artigos de revisão estão em consonância com os artigos originais, e discutem desafios para a gestão dos serviços e para o cuidado às pessoas com deficiências. Além desses, destacamos um artigo que traz uma revisão de escopo sobre a influência da tecnologia nas relações sociais, ao analisar a produção científica sobre as características da ciberviolência entre parceiros íntimos jovens e adolescentes, chama a atenção para o uso das redes sociais na produção de novas formas de violência e nos efeitos negativos na saúde física e mental com maiores riscos de transtornos mentais entre as vítimas de abuso.

### **Relato de Experiência**

A experiência com a utilização do mapa inteligente, no âmbito da Vigilância em Saúde retrata novas formas de organização do território pelos Agentes de Endemias.

Esperamos que as temáticas apresentadas nesse volume tragam reflexões para subsidiar o planejamento e o desenvolvimento de estratégias que fortaleçam a produção de um cuidar em saúde, no âmbito do SUS, voltado para as necessidades atuais da população.

# **A Reorganização da Atenção Primária à Saúde para acolhimento aos usuários em tempos de pandemia**

*The Reorganization of Primary Health Care for user embracement in times of pandemics*

*La Reorganización de la Atención Primaria de Salud para acogimiento de los usuarios en tiempos de pandemias*

Juliana Barros de Farias Vilar  
Ana Suerda Leonor Gomes Leal  
Analucia de Lucena Torres  
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa  
Ardigleusa Alves Coêlho

## **RESUMO**

A disseminação da COVID-19 demandou mudanças na organização dos serviços de saúde e fez a Atenção Primária à Saúde desempenhar um papel fundamental no enfrentamento da pandemia. Objetivou-se identificar a reorganização da atenção primária à saúde para acolhimento aos usuários em tempos de pandemia em um município brasileiro. Pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, realizada de março a maio de 2022, por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família. A análise temática permitiu a identificação da reorganização da atenção primária para acolhimento ao usuário com COVID-19; oferta de ações no combate a COVID-19 e uso de Tecnologias de Informação e Comunicação. Destaca-se o papel da Atenção Primária à saúde no enfrentamento da pandemia, contudo não houve padronização na organização dos serviços da APS no município estudado; implementação da gestão do cuidado, com uso de tecnologias leves, como orientação e educação em saúde, até as duras, como o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação. No entanto, várias dessas mudanças só foram possíveis devido ao esforço dos profissionais em organizar o serviço com intuito de acolher os usuários. Recomenda-se investimentos estruturantes em insumos e equipamentos para o trabalho, além de adequação da estrutura física das unidades de saúde do município para melhor acolhimento ao usuário.

**Palavras-chave:** Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, COVID-19

## **ABSTRACT**

The spread of COVID-19 has necessitated changes in the organization of health services and has made primary health care play a key role in addressing the pandemic. The objective was to identify the reorganization of primary health care for user embracement in times of pandemic in a Brazilian municipality. Descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, conducted from March to May 2022, through semi-structured interviews with 15 nurses working in the Family Health Strategy. The thematic analysis allowed the identification of the reorganization of primary care to welcome users with COVID-19; offering actions in the fight against

COVID-19 and use of Information and Communication Technologies. The role of Primary Health Care coping with the pandemic is highlighted, however there was no standardization in the organization of PHC services in the municipality studied; implementation of care management, with the use of light technologies, such as guidance and health education, even the harsh ones, such as the use of Information and Communication Technologies, however, several of these changes were only possible due to the effort of professionals to organize the service in order to welcome users. Structuring investments in inputs and equipment for work are recommended, in addition to adapting the physical structure of the health units of the municipality for better user embracement.

**Key-words:** User embracement, Primary Health Care, COVID-19

## RESUMEN

La propagación de COVID-19 ha requerido cambios en la organización de los servicios de salud y ha hecho que la atención primaria de la salud desempeñe un papel clave para abordar la pandemia. El objetivo fue identificar la reorganización de la atención primaria de salud para acogimiento de usuarios en tiempos de pandemia en un municipio brasileño. Investigación descriptiva y exploratoria, con abordaje cualitativo, realizada de marzo a mayo de 2022, a través de entrevistas semiestructuradas con 15 enfermeros que actúan en la Estrategia Salud de la Familia. El análisis temático permitió identificar la reorganización de la atención primaria para acoger a los usuarios con COVID-19; ofreciendo acciones en la lucha contra el COVID-19 y el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Se destaca el papel de la Atención Primaria de la Salud frente a la pandemia, sin embargo, no hubo estandarización en la organización de los servicios de atención primaria de Saúde en el municipio estudiado; implementación de la gestión de la atención, con el uso de tecnologías ligera, como la orientación y la educación en salud, incluso las duras, como el uso de Tecnologías de Información y Comunicación. Sin embargo, varios de estos cambios solo fueron posibles debido al esfuerzo de los profesionales para organizar el servicio con el fin de acoger a los usuarios. Se recomiendan estructurar inversiones en insumos y equipos para el trabajo, además de adecuar la estructura física de las unidades de salud del municipio para acoger mejor al usuario.

**Palabras clave:** Acogimiento, Atención Primaria de la Salud, COVID-19

## INTRODUÇÃO

O advento da pandemia da COVID-19<sup>1</sup>, tem levado os sistemas de saúde a experienciarem uma fase incomum, não prevista no processo de cuidado cotidiano<sup>1,2</sup>. A rápida disseminação da COVID-19 fomentou inúmeros debates sobre os modos de organizar as práticas de saúde e as estratégias adotadas por profissionais e usuários para o seu enfrentamento<sup>3</sup>, uma vez que, o aumento expressivo na quantidade de pessoas a serem atendidas em um curto intervalo de tempo expõe fragilidades dos

serviços e dos profissionais, o que demandou uma reestruturação dos estabelecimentos e uma nova organização dos processos de trabalho<sup>4</sup>.

A APS, enquanto ordenadora do cuidado no SUS e responsável pela resolutividade nos processos de cuidado nos territórios, teve que reorganizar seu processo de trabalho para o enfrentamento da pandemia e para o acompanhamento longitudinal da população não acometida pela doença, a exemplo das gestantes, crianças, pessoas com doenças crônicas, que seguem necessitando de cuidados<sup>2</sup>. Conseqüentemente, vem desempenhando um papel fundamental, colaborando para a triagem, orientação, encaminhamento, vigilância epidemiológica e monitoramento dos usuários, alcançando resultados promissores que são destaque em âmbito internacional<sup>5</sup>.

É nesse contexto, que o acolhimento constitui uma estratégia importante para mudança na organização e funcionamento dos serviços de saúde, tendo como base o atendimento de todas as pessoas que buscam os serviços<sup>6</sup>, a partir de uma escuta qualificada e buscando oferecer atenção integral e resolutiva, garantindo a continuidade da assistência pelo acionamento de redes internas e externas ao serviço, de acordo com as necessidades do usuário<sup>7</sup>.

Com esse propósito, algumas estratégias foram adotadas pela APS para o enfrentamento da pandemia e para o acolhimento aos usuários, a exemplo da telemedicina e da educação em saúde. A primeira estratégia mostrou-se uma ferramenta eficaz ao reduzir o contato físico e presencial entre profissionais e usuários infectados, assim como para garantir a continuidade da assistência às pessoas que necessitam de atendimento regular e a segunda, também foi relevante no combate à disseminação das *fake news* sobre a doença, sobretudo através do uso de aplicativos de mensagens e telefone<sup>3</sup>.

Neste contexto, objetivou identificar a reorganização da atenção primária à saúde para acolhimento aos usuários em tempos de pandemia em um município brasileiro.

## **METODOLOGIA**

Este artigo é um recorte da pesquisa “Acolhimento na atenção básica no contexto da pandemia”, trabalho de conclusão de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. O estudo original se caracteriza como descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Cabedelo, Paraíba, que buscou identificar a reorganização da atenção primária à saúde para acolhimento aos usuários no referido município em tempos de pandemia.

O estudo foi realizado nos meses de março a maio de 2022 e envolveu enfermeiras da ESF, com pelo menos 6 meses de atuação e que estavam inseridas em uma equipe completa, com todos os profissionais que compõem a equipe mínima. Assim, do quantitativo de 22 enfermeiras que atuavam nas 22 equipes de saúde da família, 15 participaram do estudo, seis não atenderam aos critérios de inclusão e uma recusou-se a participar.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual, guiada por um roteiro semiestruturado, contendo variáveis para caracterização dos participantes e questões abertas sobre a temática do estudo. Ao aceitarem participar voluntariamente da pesquisa foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A enfermeiras foram contatadas pessoalmente ou por telefone para agendamento da entrevista. As entrevistas foram realizadas presencialmente no local de trabalho das entrevistadas, em uma sala privativa e sem a presença de outras pessoas, mediante gravação de áudio, utilizando um dispositivo de gravação digital, porém antes do início da entrevista foi solicitada a autorização para gravação de voz.

Após o final da coleta de dados, os depoimentos das enfermeiras foram transcritos na íntegra e submetido à análise de conteúdo, modalidade temática, proposta por Bardin (2021), emergindo dos relatos três categorias: reorganização da APS para acolhimento ao usuário com COVID-19; oferta de ações no combate a COVID-19; Uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's). As participantes foram identificadas com nomes de flores na apresentação dos resultados de modo a assegurar o anonimato e o sigilo dos dados coletados.

A pesquisa foi aprovada pelo CEP/CCS/UFPB (CAAE: 53495221.0.0000.5188) e durante a sua execução foram respeitados os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, segundo recomendado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pandemia acarretou mudanças no processo de trabalho na APS, com a adoção de estratégias para o enfrentamento da pandemia. A análise dos depoimentos dos enfermeiros permitiu a identificação das categorias: reorganização da APS para acolhimento ao usuário com COVID -19; ações ofertadas no combate a COVID-19 e adoção de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's).

As 15 participantes do estudo foram do sexo feminino, a maioria delas tem mais de 40 anos de idade e concluiu a graduação há mais de 20 anos. No que diz respeito ao grau de escolaridade, 13 (86,6%) possuem como maior titulação a especialização, 6,7% (1) possuem Mestrado e 6,7% (1) doutorado. Com relação ao tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família do município de Cabedelo-PB, a maior parte delas possui entre 11 e 20 anos de atuação na cidade.

### Reorganização da APS para acolhimento ao usuário com Covid-19

Dentre as principais mudanças adotadas durante esse período de pandemia, uma que merece destaque nas falas das participantes é o atendimento de pacientes sem suspeita de COVID em horários distintos dos que estavam com suspeita da infecção, conforme se observa a seguir:

*A gente agendava esses pacientes para o final do expediente, para não haver aglomeração com os pacientes não COVID. (Amarílis)*

*[...] o paciente com COVID era agendado em outro horário. (Amor-perfeito)*

*Tinham os atendimentos, que não era de COVID então a médica iniciava com esses atendimentos. Primeiro aqueles pacientes que não estavam com suspeita. Aí os profissionais faziam, realizavam esse atendimento para liberar e, por último, ficavam esses pacientes com suspeita COVID. (Calêndula)*

Outra mudança foi à adequação da estrutura física através do distanciamento social com o afastamento das cadeiras, a utilização de tendas nas áreas externas aos serviços para que os usuários pudessem aguardar o atendimento em um espaço maior, aberto e ventilado, evitando assim aglomerações e, conseqüentemente, o risco

de contaminação, a disponibilização de insumos e materiais, como a dispensação de máscaras extras para os que não estivessem de máscara, a disponibilização do álcool a 70%, entre outros, que se observa a seguir:

*A gente praticamente fez uma revolução na unidade né, porque a gente tinha que manter aquele distanciamento, a gente procurou já identificar os locais que eles podiam ficar, abriu mais uma sala, maior, específica para aquilo para que eles pudessem também ficar lá. Enfim, foi toda uma adaptação bem diferente. (Botão de ouro)*

*[...] a gente fez o distanciamento das cadeiras, a gente deixou máscaras de reserva lá na frente para os pacientes que não trouxessem máscara, disponibilizou álcool gel e sempre a nossa fala foi essa para ter os cuidados e depois de um tempo eles colocaram uma tenda aqui na frente aí ficou melhor. (Amor-perfeito)*

*Então se colocou uma tenda no lado externo da unidade, se redistribuiu as cadeiras com a distância que era indicada de 1,5 a 2 metros [...] Álcool, máscara, distanciamento. (Gérbera)*

Alguns serviços optaram pela renovação das receitas de medicamentos de uso contínuo sem a necessidade de uma consulta presencial no intuito de evitar a exposição dos usuários e dos profissionais, conforme fala a seguir:

*A estratégia foi a seguinte, as receitas controladas vinham deixar, o médico fazia e só vinham pegar para não estar dentro da unidade na contaminação e os casos de urgência viriam. (Íris)*

Em alguns serviços foi elaborado um formulário próprio para facilitar a identificação e o direcionamento dos usuários com síndrome gripal ao chegar ao serviço:

*[...] depois que eles chegavam aqui, eu os agentes de saúde e o pessoal da recepção fazia, preenchia o formulário que a gente mesmo confeccionou porque a gente não recebeu nada da Secretaria de Saúde, nem da Atenção Básica, com toda a sintomatologia deles, a gente colocava como prioridade aqueles que estavam com sintomas de COVID, já passava pela triagem, já verificava todos os sinais vitais, passava por uma consulta médica ou comigo, enfermeira e aí a gente direcionava a questão do tratamento, realização de exame ou a solicitação do exame quando a gente ainda não estava fazendo aqui, mas foi mais ou menos dessa forma. (Gérbera)*

As diferentes estratégias adotadas pelas equipes no intuito de organizar o seu modo de trabalho corroboram com o estudo de Geraldo *et al.*<sup>8</sup>, quando afirmam que em um país com realidades tão distintas como é o caso do Brasil, não houve uma única forma de organizar a rede de cuidados. Cada lugar desenvolveu um processo de reorganização do trabalho das equipes da APS, implementando estratégias de cuidado de acordo com sua necessidade e a realidade de cada local.

O distanciamento social e o isolamento dos infectados pelo coronavírus e seus contatos foram as principais medidas adotadas para retardar a disseminação da doença, especialmente no momento em que não havia tratamento efetivo nem vacina disponível, de modo que o sistema de saúde pudesse responder ao aumento da demanda por leitos de internação, evitando um colapso<sup>9,10</sup>.

De acordo com Daumas *et al.*<sup>9</sup>, a capacidade do sistema de saúde em evitar mortes não depende apenas da quantidade de leitos disponíveis, mas também da organização da rede de atenção em garantir o acesso oportuno, a manutenção do cuidado para outros agravos e o atendimento as urgências e emergências de qualquer natureza.

Nesse sentido, o acolhimento deve funcionar não somente como política estabelecida de organização de processo de trabalho na APS, mas também como reorientadora, organizando a rede de serviços de modo a torná-la acolhedora, resolutiva e eficiente<sup>11</sup>.

### **Oferta de ações no combate a COVID 19**

Algumas ações foram implementadas na APS durante o período pandêmico para o combate ao coronavírus no município em estudo, a exemplo da testagem da população para a doença, conforme verificamos nas falas a seguir:

*A gente fez alguns mutirões para fazer os testes rápidos de COVID, fizemos em três locais diferentes [...] (Camélia)*

*[...] eu fazia os testes lá na frente, conforme ia dando positivo e tivesse com os sintomas, o médico já ia atendendo e medicando [...] (Copo-de-leite)*

Em todas as unidades de saúde pesquisadas era realizada a testagem rápida para a COVID 19. Inicialmente foram realizados testes rápidos para observar a presença de anticorpos para a doença através do sangue, que era coletado por meio de punção digital, e em seguida passou a ser utilizado um teste rápido que identificava a presença do antígeno na nasofaringe dos infectados, o qual era coletado através de um *swab* nasal. Apesar de serem de tipos diferentes, ambos davam o resultado para a doença em aproximadamente 15 minutos após a coleta do material.

Na visão de Avelar *et al.*<sup>12</sup>, a testagem é uma importante ferramenta para conter a disseminação da doença entre a população. No início, esperava-se testar todos os casos suspeitos da doença e os contactantes dos casos confirmados, no entanto

devido à insuficiência dos testes no Brasil, priorizou-se a testagem apenas dos casos mais graves.

Outra importante ação implementada durante esse período foi à educação em saúde. As equipes passaram a orientar a população sobre a doença e a importância do isolamento dos infectados e do distanciamento social, sobre a necessidade da utilização de máscaras, esclarecimento quanto aos serviços ofertados pela APS durante esse período, além do combate as “fake news” que estavam sendo amplamente propagadas durante esse período, conforme expresso:

*Em alguns momentos também a gente fez uma sala de espera, então muitas vezes essa fala acontecia na tenda ou na recepção, a equipe, a gente fez um rodízio na minha equipe [...] era mais assim mesmo uma conversa, a orientação. (Crisântemo)*

*[...] a questão do diálogo, a questão de conversar com o pessoal ali fora [...]*  
(Cravo)

*[...] a gente ainda utilizou também roda de conversas com esses pacientes para esclarecer a questão da importância do uso de máscara, do uso do isolamento quando ele está com COVID [...] Alguns pacientes queriam receber medicação como cloroquina e a médica sabia que não fazia efeito, não mas eu vi na televisão que tem que ter cloroquina. (Antúrio)*

Para Daumas *et. al.*<sup>9</sup>, uma APS forte, organizada e com profissionais qualificados e em quantidade suficiente contribui para diminuição da incidência da COVID 19 na população adscrita. Através de um trabalho comunitário é possível reduzir a propagação da doença, acompanhar os casos considerados leves, apoiar as comunidades nesse período de distanciamento, identificando as situações de vulnerabilidade, garantindo o acesso aos serviços de saúde e os encaminhamentos nas fases mais críticas da doença.

Ao aprofundar um dos seus atributos que é o da orientação familiar e comunitária, a APS pode ampliar a capacidade de resposta local reduzindo a disseminação da doença e também amenizando os efeitos sociais e econômicos das medidas de distanciamento social<sup>9</sup>.

### **Uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC's)**

Em meio à pandemia, inúmeros países optaram pela utilização do teleatendimento com o objetivo de proteger os profissionais, evitando o contato direto deles com os usuários que estavam em quarentena, e com aqueles que estavam com suspeita da doença. No Brasil, essa prática foi regulamentada através da Lei nº 13.989 de 15 de abril de 2020 e da Portaria nº 467 de 20 de março de 2020, a qual ganhou

importância por se concretizar como uma excelente estratégia para garantir o acesso à assistência em saúde<sup>13,14</sup>.

Já os riscos de transmissão da doença nos serviços de saúde somados aos elevados custos da implantação das normas de biossegurança justificam a larga utilização das ferramentas de teleatendimento e todo o aporte financeiro necessário para implementá-las<sup>9</sup>.

No município estudado observou-se o uso das TIC's durante o período pandêmico para a realização de teleconsultas, conforme exposto a seguir:

*O que aconteceu algumas vezes foi a teleconsulta e quando havia um paciente que estava realmente impossibilitado de vir até a unidade, a doutora fazia uma chamada de vídeo. (Amarilis)*

*[...] muitas vezes a visita foi feita pelo celular, uma tele consulta justamente para nem a gente está expondo os pacientes nem a gente se expor. (Amor-perfeito)*

*Olhe, teleconsulta aqui teve assim uma ou outra paciente que estava muito ruim em casa, então a médica fez do próprio celular dela ,assim uma chamada de vídeo já aconteceu mais de uma vez aconteceu, de fazer uma chamada de vídeo e atender o paciente dessa forma. (Calêndula)*

As TIC's também foram utilizadas para o monitoramento dos casos através de ligações telefônicas, assim como para troca de informações entre os profissionais e usuários por meio de aplicativos de mensagens, conforme expresso nos relatos:

*A gente utilizou muito o WhatsApp, para monitorar os pacientes e até os próprios ACS. Eles por via do WhatsApp criaram grupos e passava as informações para os grupos e assim, com relação às famílias eles falavam individual com cada família... Mesmo a pandemia tendo diminuído, eles continuaram a fazer as visitas né, mas o WhatsApp não deixaram. Até hoje os pacientes perguntam e eles respondem pelo WhatsApp, agora tudo voltou ao normal, as visitas voltou ao normal, mas o WhatsApp ficou, permaneceu. (Copo-de-leite)*

*[...] como os agentes de saúde não estavam podendo, naquele momento crítico fazer as visitas, os pacientes ligavam pra eles e aqui na comunidade eles têm grupos de WhatsApp, os moradores junto com os agentes de saúde. Então eles se comunicavam e os pacientes vinham e eram acolhidos aqui tanto por nós quanto pelos agentes de saúde. (Azaléia)*

*Quando os pacientes eram atendidos com covid, nós mantínhamos contato com eles pelo WhatsApp para saber como é que eles estavam, se estavam melhor, se os contatos domiciliares apresentavam sintomas e se, apresentassem sintomas, voltassem a unidade para o tratamento. (Antúrio)*

Na assistência aos usuários com suspeita de COVID, ao utilizar o teleatendimento, os profissionais da APS podem orientá-los quanto ao isolamento e ao reconhecimento dos sinais de alerta, monitorá-los quanto à evolução clínica, identificando os que não podem ficar apenas em assistência domiciliar, realizando

videoconsultas para os casos mais complexos e encaminhando para as unidades de referência ao identificar sinais de gravidade. Isso reduz a demanda e a transmissão da doença nos serviços de saúde, assim como permite a concentração dos recursos para o atendimento dos casos mais graves<sup>9</sup>.

O teleatendimento ainda foi utilizado para assistência a usuários portadores de outros agravos, os quais necessitavam de uma consulta, mas não podiam ir à unidade de saúde, especialmente nos períodos mais críticos onde havia um maior risco de transmissibilidade da doença, priorizando-se o atendimento presencial apenas para os casos mais urgentes e necessários de acordo com as falas:

*Fizemos uso, era como eu te falei, ou por telefone ou por WhatsApp, a gente entrava em contato para saber como ele está e caso fosse preciso mandava a receita pelo WhatsApp o que o médico prescrevia. (Botão de ouro)*

Segundo Daumas *et al.*<sup>9,14</sup>, através do teleatendimento é possível atender as demandas por medicamentos de uso contínuo e realizar avaliação clínica dos portadores de outros agravos que estejam estáveis. Desta forma, o atendimento presencial seria priorizado para pessoas com queixas agudas de doenças não respiratórias e agudização de doenças crônicas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi possível perceber ao final do estudo o papel fundamental da APS no enfrentamento da pandemia, mesmo não tendo sido reconhecida como tal. Por ser um espaço privilegiado, devido a aproximação do território onde as pessoas vivem, foi possível aumentar a capacidade de resolutividade e através da orientação familiar e comunitária, que é um dos atributos da APS, contribuir para a diminuição da disseminação da doença.

Várias modificações foram realizadas para permitir o acolhimento dos usuários e algumas tecnologias foram adotadas para a implantação da gestão do cuidado, desde tecnologias leves, a exemplo da orientação e da educação em saúde, até as tecnologias duras, através do teleatendimento. Cada serviço implementou mudanças de acordo com a sua realidade local, especialmente no início da pandemia quando a doença ainda era pouco conhecida.

Dentre as principais estratégias adotadas nesse período, destacam-se: o atendimento dos infectados em horários distintos; a adequação da estrutura física para permitir o distanciamento social; a disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), insumos e materiais como álcool a 70% e máscaras; a elaboração de formulários para direcionar o atendimento dos usuários na chegada ao serviço; a oferta de ações, a exemplo da testagem da população para a doença; a educação em saúde e a orientação realizada pelos profissionais para esclarecimentos sobre a infecção; a utilização das TIC's, especialmente para teleatendimento não só dos pacientes com COVID, como também daqueles que não podiam comparecer a unidade para evitar a exposição; dentre outras.

No entanto, é importante destacar que o empenho dos profissionais foi significativo para a realização das adequações nos serviços durante esse período. Um exemplo foi a utilização dos seus telefones particulares para realização de teleconsulta, para monitoramento dos infectados e também para a educação em saúde. Ademais, é importante salientar que mesmo após o período crítico da pandemia, as equipes permaneceram utilizando essas tecnologias, especialmente os aplicativos de mensagens para troca de informações com os usuários, o que consequentemente exige a necessidade de mais investimentos nessa área. Assim, recomenda-se investimentos em uma rede de telefonia e internet de boa qualidade, além de insumos, equipamentos para o trabalho e na adequação da estrutura física das unidades.

### **Limitações do estudo**

Uma das limitações do estudo se refere ao fato de apenas os enfermeiros, dentre todos os profissionais da APS, terem participado da pesquisa. Portanto, sugere-se a realização de pesquisas futuras com outras categorias profissionais para analisar a realidade do acolhimento nos serviços da APS, particularmente no contexto estudado.

## **REFERÊNCIAS**

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Considerações operacionais para a gestão de casos da COVID-19 nos serviços de saúde e na comunidade: orientação provisória. 19 de março de 2020. Disponível em <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF\\_operations-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>.

2. Nunciaroni AT, Cunha FTS, Vargas LA, Corrêa V de AF. New Coronavirus: (Re)thinking the care process in Primary Health and Nursing. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020;73:e20200256. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0256>.
3. Cabral ER de M, Bonfada D, Melo MC de, Cesar ID, Oliveira REM de, Bastos TF, Bonfada D, Machado LO, Rolim ACA, Zago ACW. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia COVID-19. IAJMH [Internet]. 11 de abril de 2020 [citado em 16 de abril de 2023];3:1-12. Disponível em: <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/87>.
4. Tobase L, Cardoso SH, Rodrigues RTF, Peres HHC. Empathic listening: welcoming strategy for nursing Professional in coping with with the coronavirus pandemic. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021;74:e20200721. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0721>.
5. Belfort IKP, Costa VC, Monteiro SCM. Acolhimento na estratégia saúde da família durante a pandemia da Covid-19. APS [Internet]. 1º de abril de 2021 [citado 16º de abril de 2023];3(1):03-8. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/139>.
6. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 1999Apr;15(2):345–53. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>.
7. BRASIL Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
8. Geraldo SM, Farias SJM de, Sousa F de OS. A atuação da Atenção Primária no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. RSD [Internet]. 15 de julho de 2021 [citado em 16 de abril de 2023];10(8):e42010817359. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17359>.
9. Daumas RP, Silva GA e, Tasca R, Leite I da C, Brasil P, Greco DB, et al..O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020;36(6):e00104120. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>.
10. Silva WR de S, Duarte PO, Felipe DA, Sousa F de OS. A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. Trab educ saúde [Internet]. 2021Jan;19:e00330161. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00330>.
11. Martins BEP, Passos CS. Desafios à prática do acolhimento na Atenção Primária em Saúde no Brasil. Revise [Internet]. 2º de abril de 2021 [citado 17º de abril de 2023];2(fluxocontínuo). Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revise/article/view/1710>.
12. Avelar FG de, Emmerick ICM, Muzy J, Campos MR. Complications of Covid-19: developments for the Unified Health System. Physis [Internet]. 2021;31(1):e310133. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310133>.

13. Lopes WP, Ichioka L, Amaral VM, Morceli G, Carvalho MN de. Busca por modelos de organização do trabalho nos atendimentos primários de saúde do Brasil e de países internacionais no enfrentamento da Covid-19. R. Saúde Públ. Paraná [Internet]. Dezembro de 2020 [citado em 16 de abril de 2023]; 3(2):134-145. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/414/183>.
14. Rios DRS, Fidalgo CL. Teleatendimento em tempos da Covid-19: uma estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários atendidos na Atenção Primária à Saúde, no município de Salvador-BA. Rev. APS [Internet]. Julho de 2021[citado em 16 de abril de 2023]; 24(3): 555-70. Disponível em: < <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.32613>>.

# **Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o papel e a relevância da Atenção Primária à Saúde para a produção do cuidado**

*Perception of health workers about the role and relevance of Primary Health Care for the  
production of care*

*Percepción de los trabajadores de la salud sobre el papel y la relevancia de la Atención  
Primaria de Salud para la producción del cuidado*

*Tarciso Feijó da Silva*

*Tatiana Cabral da Silva Ramos*

*Roberta Georgia Sousa dos Santos*

*Magda Guimarães de Araújo Faria*

*Pedro Henrique Souza Silva*

*Ismael Fabricio Vaz*

*Helena Maria Scherlowski Leal David*

## **RESUMO**

Objetivo: identificar a partir da percepção dos trabalhadores da saúde o papel e a relevância da Atenção Primária à Saúde para a produção do cuidado. Metodologia: estudo qualitativo delineado pela entrevista narrativa, desenvolvido com 17 trabalhadores de uma unidade de Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro, cuja análise foi delineada pelo software Atlas Ti®. Resultados: os achados indicam que a percepção dos trabalhadores da saúde sobre o papel e a relevância da Atenção Primária à Saúde está pautada em tê-la como a porta de entrada e coordenadora do cuidado, ser um ponto para promoção do cuidado em saúde, ter capacidade de absorver diferentes tipos de demandas e possuir ações e serviços abrangentes, que contribuem para a integralidade e resolutividade da atenção em saúde. Conclusão: faz-se necessário o fortalecimento da compreensão dos trabalhadores da saúde sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde, da sua importância para a produção de cuidado e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Equipe Multiprofissional; Integralidade em Saúde; Cuidado Centrado no Paciente.

## **ABSTRACT**

Objective: to identify from the perception of health workers the role and relevance of Primary Health Care for the production of care. Methodology: qualitative study outlined by narrative interview, developed with 17 workers from a Primary Health Care unit in the city of Rio de Janeiro, whose analysis was outlined by the Atlas Ti® software. Results: the findings indicate that the perception of health workers about the role and relevance of Primary Health Care is based on having it as the gateway and care coordinator, being a point for promoting health care, having ability to absorb different types of demands and have comprehensive actions and services, which contribute to the completeness and resolution of health care. Conclusion: it is necessary to strengthen the understanding of health workers about the role of Primary Health Care in the Health Care Network, its importance for the production of care and improvement of people's quality of life.

**Keywords:** Primary Health Care; Multiprofessional Team; Integrality in Health; Patient Centered Care.

## **RESUMEN**

Objetivo: identificar, a partir de la percepción de los trabajadores de la salud, el papel y la relevancia de la Atención Primaria de Salud para la producción del cuidado. Metodología: estudio cualitativo perfilado por entrevista

narrativa, desarrollado con 17 trabajadores de una unidad de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Rio de Janeiro, cuyo análisis fue perfilado por el software Atlas Ti®. Resultados: los hallazgos indican que la percepción de los trabajadores de la salud sobre el papel y la relevancia de la Atención Primaria de Salud se basa en tenerla como puerta de entrada y coordinadora de la atención, ser un punto para promover la atención en salud, tener capacidad para absorber diferentes tipos de demandas y tener acciones y servicios integrales, que contribuyan a la integralidad y resolución de la atención en salud. Conclusión: es necesario fortalecer la comprensión de los trabajadores de la salud sobre el papel de la Atención Primaria de Salud en la Red de Atención a la Salud, su importancia para la producción del cuidado y la mejora de la calidad de vida de las personas.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Equipo Multiprofesional; Integralidad en Salud; Atención centrada en el paciente.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) são equivalentes e representam um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, que devem ser desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integradas e gestão qualificada<sup>1</sup>.

Na história da APS estão registrados ciclos de desenvolvimento que culminaram na construção de diferentes políticas públicas, que orientam a atenção à saúde, e no modelo de organização do cuidado conhecido como Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>2</sup>. Para a efetivação da RAS, reconhece-se como responsabilidade da APS: atuação como porta de entrada preferencial; garantia do acesso às ações de saúde de cunho preventivo; reconhecimento e entendimento das reais necessidades de saúde das pessoas, família e comunidade; busca de integração com os outros equipamentos de saúde e setores da sociedade para o alcance da integralidade do cuidado e resolutividade dos problemas identificados<sup>3,4</sup>.

As Equipes de Saúde da Família (eSF) têm sido adotadas no cenário nacional como principal modalidade de organização do trabalho na APS. A composição multiprofissional das equipes objetiva a integração, a capilarização do cuidado, o contato permanente com as famílias assistidas e o reconhecimento das necessidades de saúde<sup>1,5</sup>.

No entanto, nas últimas décadas, a APS tem enfrentado enormes desafios como ordenadora e coordenadora do cuidado, já, que assegurar boas condições de saúde para a população e qualidade de vida envolve múltiplos aspectos que perpassam pela luta cotidiana pela manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Na atualidade os trabalhadores da APS, mesmo diante das tentativas de desmantelamento dos serviços, além do desafio de atuar com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, são atravessados por outras demandas de cunho intersectorial, tais como: violência, ações para redução das

desigualdades sociais e diminuição da pobreza extrema e que visam a busca por melhores condições de vida.<sup>6,7</sup>

Não obstante, observa-se que apesar do discurso normativo que aponta a APS como ponto central e unidade reguladora do cuidado na RAS<sup>1</sup>, na prática identifica-se limitação ou dificuldade de compreensão dos profissionais quanto aos objetivos da APS e seu papel na RAS<sup>5</sup>. Isto, justifica-se, por um lado pela postura imediatista dos profissionais que não dialoga com a realidade vivenciada pelas pessoas e não viabiliza a construção de vínculo; e por outro lado pelo tensionamento que as próprias políticas públicas de saúde impõem sobre os processos de trabalho ao ditarem condutas pautadas na prescrição e na medicalização<sup>8,9</sup>.

É relevante salientar que o advento da pandemia de Covid-19 contribuiu para interrupção de ações propositivas, colaborativas e solidárias e a construção de processos, ações e fluxos que vinham sendo realizadas nas diferentes regiões do Brasil, entre profissionais-profissionais e profissionais-usuários, na tentativa de contribuir para uma APS forte e implicada com os determinantes e condicionantes da saúde e a realidade vivenciada pelas pessoas<sup>5</sup>.

Neste sentido, o objetivo deste artigo é identificar a partir da percepção dos trabalhadores da saúde o papel e a relevância da Atenção Primária à Saúde para a produção do cuidado.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo qualitativo com caráter descritivo e exploratório que foi realizado em uma unidade de APS do Município do Rio de Janeiro com três equipes de saúde da família (eSF), uma equipe de saúde bucal (eSB) e uma equipe núcleo de apoio saúde da família Atenção Básica (eNasf-AB).

Na ocasião do estudo as eSF eram compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar de vigilância em saúde e cinco agentes comunitários de saúde, a eSB por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário e a eNasf-AB por um psicólogo, um nutricionista, um fisioterapeuta e um educador físico. A eSB atuava de forma integrada às três eSF e a eNasf-AB na perspectiva do apoio matricial. Além das equipes descritas, atuavam no cenário um gerente, dois administrativos, um farmacêutico e um auxiliar de serviços gerais. Cabe ressaltar que duas eSF contavam com apenas quatro agentes comunitários de saúde devido afastamento por doença e que quase todos os profissionais

cumpriam carga horária de 40 horas semanais, com exceção de uma das eSF que possuíam dois médicos de 20 horas.

A escolha do cenário ocorreu pelo fato da unidade possuir tempo de inserção e atuação territorial superior há 17 anos, ter 100% de cobertura de APS, sendo responsável por 9093 usuários e a maioria dos profissionais atuarem há mais de três anos. A estrutura física comporta uma recepção, uma sala de imunização, uma sala de curativo/procedimentos, um pequeno expurgo, uma sala de esterilização, três consultórios de atendimento para as equipes, um consultório para atenção em saúde bucal, um consultório extra, uma sala administrativa, uma sala de agentes comunitários de saúde, um corredor central de espera para atendimento e um corredor lateralizado utilizado para grupo/ações de promoção da saúde.

Dos 37 trabalhadores da saúde que atuavam na unidade, participaram da pesquisa 17, a saber: um médico (MED), três enfermeiros (ENF), um técnico de enfermagem (TECENF), um auxiliar de vigilância em saúde (AVS), quatro agentes comunitários de saúde (ACS), um cirurgião dentista (CD), um gerente (GERENTE), dois administrativos (ADM), um farmacêutico (FARM), um educador físico (NASF-EF) e um auxiliar de serviços gerais (ASG). Estes foram selecionados por estarem vinculados à unidade de APS por mais de três anos e terem disponibilidade de participação.

A coleta de dados foi realizada em dia e horário previamente agendados, sendo um questionário com perguntas fechadas para levantamento do perfil sociodemográfico dos participantes e a técnica da entrevista narrativa. Neste tipo de técnica o pesquisador convida e encoraja o entrevistado a contar uma história sobre um evento, um acontecimento ou sobre o objeto que se pretende investigar, que é apresentado dentro do contexto do entrevistado, que considera os pontos que lhe parecem relevantes para a abordagem do assunto<sup>10</sup>. Uma pergunta inicial foi disparada na perspectiva de produzir provocações e orientar o discurso: Na sua percepção qual o papel e a relevância da Atenção Primária à Saúde para a produção do cuidado? O tempo médio de resposta dos participantes foi de 30 minutos, sendo as entrevistas gravadas em dispositivo eletrônico, para posterior transcrição.

Para a análise e interpretação dos dados optou-se pela análise de conteúdo<sup>11</sup> e os recursos do software Atlas Ti® versão 7.1.8, desenvolvido para análise de dados qualitativos.

Os dados foram digitados no programa Microsoft Word, em um único documento, e inseridos no Atlas Ti®, chamados de *primary documents*, constituindo uma *Hermeneutic Unit* a qual foi denominada Pesquisa Projeto APS. Em seguida, foi realizada uma leitura flutuante com o objetivo de examinar, investigar e analisar o *primary document*. Fez-se a codificação do

*primary document*, transformando dados brutos das entrevistas em informação passível de análise. Para tanto, foram criados códigos para a interpretação que permitiram selecionar no conteúdo o que era relevante para a pesquisa. A codificação compreende três estágios. O primeiro é a escolha das unidades de sentido e de contexto. No Atlas Ti®, a unidade de sentido denomina-se *quotes*, já as unidades de contexto são unidades de compreensão para codificar a unidade de sentido. O segundo estágio da codificação, que busca conceder um nome, código ou conceito à unidade de sentido selecionada, é o referencial teórico essencial para a codificação. Quando um conceito admite diferentes formas de expressão, é necessária a criação de vários códigos para contemplar sua diversidade, parte-se para a categorização. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos por diferenciação que são, em seguida, reagrupados com critérios pré-definidos. No Atlas Ti®, as categorias são chamadas de *families*.

Quanto aos aspectos éticos foram obedecidos os termos das resoluções 416/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo teve anuência e aprovação dos comitês de ética em pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde local, sob nº 3.035.782 e 3.103.928.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dos 17 participantes, 14 foram do gênero feminino e 3 do masculino. A faixa etária predominante foi a de 20 a 30 anos (10), seguida de 30 a 40 anos (6) e 40 a 50 anos (1). Com relação à formação acadêmica, 8 possuíam nível médio completo, 8 nível superior e apenas a trabalhadora ASG possuía nível fundamental incompleto.

Dos participantes com nível superior completo, com exceção do profissional médico, todos possuíam especialização lato-sensu em saúde da família ou nos moldes de residência em saúde da família. Destes, uma profissional enfermeira e a gerente (graduada em enfermagem) possuíam mestrado em saúde pública.

Da análise e categorização dos dados resultaram quatro categorias temáticas, a saber: “APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado em saúde”, “APS como promotora do cuidado em saúde”, “implicações dos profissionais para garantia da APS abrangente” e “tipologias de ações/serviços ofertados e APS abrangente”.

### **APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado em saúde**

A APS é a porta preferencial de entrada para a RAS e tem como uma de suas prerrogativas a ordenação do cuidado das pessoas e famílias a partir da análise da situação de saúde, dos riscos e das vulnerabilidades aos quais estão expostos. A literatura aponta que uma porta de entrada difusa entre os diferentes pontos na RAS, com concentração de demandas que deveriam ter a APS como referência para a produção do cuidado está relacionada diretamente à fragilização do trabalho multiprofissional e não valorização da APS como lócus capaz de resolver os problemas do cotidiano das pessoas e territórios<sup>12</sup>.

Os discursos dos profissionais reafirmam o papel da APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado na RAS. Identifica-se a preocupação dos mesmos em garantir não só o acesso, mas em contribuir para a compreensão dos usuários sobre a finalidade e relevância do equipamento de saúde para o território. Observa-se implicação dos profissionais com os determinantes e condicionantes da saúde ao realizarem o direcionamento dos usuários para os outros pontos da RAS, seja pela preocupação com as condições de saúde e a dificuldade de circulação devido ao baixo poder aquisitivo das pessoas, seja pelo compromisso na busca coletiva de resposta diante das necessidades de saúde identificadas. Estas situações acabam por fragilizar a continuidade do cuidado e a acessibilidade aos diferentes pontos da RAS.

*Esta unidade é por definição a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Aqui na comunidade é um ponto de refúgio, digamos assim. Por que apesar dos hospitais de emergências de porta aberta, inclusive tem um até perto, a população entende isso aqui como um acolhimento para qualquer problema de saúde, seja ele de urgência grave, emergência grave quanto de um resfriado qualquer. (MED).*

*Eu acho que a unidade tem muita importância porque muitas pessoas aqui não têm condição de se locomover, de ir para lugares mais distantes porque são populações que têm muita dificuldade financeira (ADM1).*

*Principalmente gostam da parte da farmácia, que tem os remédios perto de casa que antigamente não tinham. Vacina antigamente não tinha aqui, então meus filhos eu vacinava em outra unidade, tinha que pegar ônibus, tinha que gastar dinheiro de passagem, que é o que muitos alegam aqui, se faltar vacina aqui eles ficam esperando vir porque, às vezes, muitos não têm o dinheiro da passagem para ir em outro posto (ACS1).*

*Mas assim, eu acho de extrema importância a unidade ser próxima de casa, não tem necessidade de você pegar condução para ir, a comodidade (ACS2).*

*O papel desta unidade aqui é fundamental, porque aqui, a comunidade só tem de referência um hospital que fica não fica muito próximo. Então se uma pessoa está com algum sintoma, está com alguma doença, está se sentindo mal ela vem aqui e recebe um pré-atendimento no posto, ela aqui já consegue resolver alguma coisa, mesmo que seja uma dor de cabeça, algo simples, mas ela não vai precisar ter que se deslocar lá para o hospital (AVS).*

*A partir do momento que o paciente precisa de um especialista, a gente encaminha através do Sistema de Regulação de Vagas, a gente tenta marcar o mais próximo daqui, porque muitos que moram aqui não querem sair daqui, tem uma certa dificuldade para ir em outros lugares (ENF1).*

*Muitos falam eu quero marcar um ginecologista, porque quero fazer o preventivo, aí eu falo olha eu não sou ginecologista, sou enfermeira, mas eu coleteo preventivo, aí eu realizo a coleta do preventivo, se caso vier a ter alguma alteração no seu preventivo a gente encaminha para o ginecologista (ENF1).*

*Os pacientes precisam muito daqui. Porque se tirarem isso aqui, a vacinação por exemplo, nem sei. Se você não correr atrás do paciente, o paciente não vem (ACS3).*

*Quando a gente não pode resolver, a gente encaminha para atendimento eletivo na atenção terciária, ou via urgência, chama a ambulância, a pessoa vai para urgência (MED).*

*A Atenção Primária estrategicamente desempenha um papel muito importante para essa comunidade porque não tem outros equipamentos de saúde aqui perto para eles acessarem (CD).*

*Aqui é o postinho mesmo, como eles falam quando eles vêm, até com muita frequência, às vezes, sem muita necessidade, mas eles têm isso aqui como um porto seguro de atendimento da saúde (FARM).*

*Por ser próximo de casa, valorizam a presença da unidade por isso e por essa questão de muita necessidade no território de infraestrutura (GERENTE).*

*É muito grande o papel desta unidade. Se não tivesse isso aqui, eu acredito que o pessoal ia ter muita dificuldade para conseguir atendimento em outros lugares, porque tem, tem lugares que são de acesso macro. Não tem Saúde da Família (NASF-EF).*

A localização da unidade de saúde emerge como principal fator capaz de fortalecer a APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado. A facilidade de locomoção sem o dispêndio financeiro com o custeio de passagens, foi vista como um ponto positivo e garantidor de acesso, uma vez que por se tratar de uma população economicamente vulnerável, muitos usuários podem deixar de buscar os serviços de saúde ou manter a continuidade dos cuidados, pelo fato do trânsito para outros pontos da RAS contribuir para o aumento das despesas.

As falas dos participantes corroboram para a compreensão de que a comunidade enxerga a unidade de APS como o principal ponto de atenção e acolhida e que a buscam diante de diferentes tipos de demandas. Identifica-se, que quando diante de problemas que não podem ser solucionados pela equipe multiprofissional, face à necessidade de atenção especializada, que os casos são encaminhados via Sistema de Regulação de Vagas municipal.

Um estudo realizado em cinco municípios de pequeno porte da região amazônica, que analisou acessibilidade geográfica dos serviços da APS, considerando o local de moradia dos usuários, o transporte, a distância, o tempo de viagem e os custos revelou que é comum as pessoas concentrarem a execução de atividades como a ida ao banco, ao mercado e a unidade de APS. No entanto, observou-se dificuldade de acesso, acolhimento e até mesmo agendamento de consultas, o que implica em ações específicas que sejam capazes de captar as especificidades do território que podem contribuir para fragilizar o papel da APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado<sup>13</sup>.

A desigualdade social tem sido vista como um fator que influencia no processo saúde/doença, assim como na utilização que as pessoas fazem dos serviços de saúde. Uma pesquisa realizada com profissionais de duas equipes de APS do município do Rio de Janeiro

observou que a desigualdade social, caracterizada por moradias irregulares, falta de saneamento básico, presença de criminalidade e tráfico de drogas traz a exigência de uma APS forte, que seja capaz de ordenar práticas de cuidado com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, o que nem sempre é possível pelo atropelo causado por outras demandas de cuidado emergentes que ditam formas distintas de organização do cuidado e funcionamento da APS<sup>14</sup>.

Assim, a escolha da APS como primeiro contato pelos usuários para atenção às suas demandas está diretamente relacionada à capacidade do serviço de reconhecer o perfil das pessoas e do território, os determinantes e condicionantes que estão implicados com o processo saúde-doença, os fatores que orientam a busca da população para atendimento, assim como, a busca de estratégias por parte da equipe multiprofissional para regulação de fluxos e processos que perpassam pela garantia do acesso, da atenção e que contribuam para a ordenação do cuidado em saúde.

### **APS como promotora do cuidado em saúde**

Os profissionais da APS são responsáveis pelas principais estratégias promotoras do cuidado em saúde, tais como, autocuidado, construção de vínculo, detecção precoce, rastreamento de doenças, identificação de possíveis riscos e vulnerabilidades, assim como planejamento de ações que sejam capazes de abarcar aspectos individuais e coletivos do cuidado em saúde<sup>15</sup>.

A multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade foram questões que apareceram como pontos importantes na pesquisa. O fato de existirem profissionais de diferentes formações e a oferta de linhas de cuidado, enriquece o serviço prestado, conseguindo englobar diferentes demandas, não apenas com o foco na doença e medicalização. No momento em que atividades físicas e de artesanato, por exemplo, são oferecidas, é possível proporcionar aos usuários uma inserção social e sentimento de pertencimento à comunidade e sociedade, como é o caso de muitos idosos que têm a unidade de APS como um lugar acolhedor e de convívio social.

*O papel desta unidade é manter o bem-estar das pessoas. É cuidar dessas pessoas. Nós temos grupos informativos. Os grupos ajudam idosos com atividades coletivas, crochê. Tem grupos contra o tabagismo para cuidar. Eu penso que esta unidade existe para prevenir. A unidade faz atendimento para prevenir a depressão, a tuberculose, a diabetes e a hipertensão arterial (ADM1).*

*A unidade atua prevenindo as doenças mais graves, cuidar desses que não são tão graves e zelar pela saúde em si para não chegar num estágio muito grave, para não ir para o hospital (ADM2).*

*Aqui nós temos diversos grupos. A gente tinha por exemplo aqui o grupo do fuxico, era do artesanato. Então tinha idosas que ficavam em casa sem fazer nada e muitas das vezes até entediada. Às vezes, na maioria das vezes, o grupo também tinha muita gente de saúde mental e a gente acabava mostrando para eles que eles tinham uma outra saída, para ficar bem, não necessariamente só o uso da medicação. Tem a academia carioca com a educadora física. A unidade oferece também o grupo do tabagismo que é uma orientação, tivemos diversos*

*usuários que pararam de fumar (ACS2).*

*A finalidade aqui, creio que é prover o bem-estar da população desse local de forma geral. Bem-estar de saúde mental, física e orientação psicológica (AVS).*

*Porque não é apenas a consulta que estava marcada com o acompanhamento, mas também o Agente Comunitário de Saúde S que vai, acompanha, visualiza a casa, traz o problema para gente, a gente discute o problema, vai ver qual a intervenção que a gente vai fazer a partir disso, então isso vai trazer melhorias para eles de qualidade de vida (ENF1).*

*Aqui a gente tem a linha de cuidado, ele se insere em alguma linha de cuidado, tem os procedimentos que a gente realiza que é curativo, imunização, coleta de exame e eletrocardiograma. A gente tem as atividades de ginástica com o educador físico que faz a atividade, são dois dias na semana (ENF1).*

*Essa clínica da família existe para promover a saúde, antes a gente não tinha isso. Foi um ganho para a comunidade (TECENF).*

*Hoje a gente está aqui com 90 e poucos por cento das vacinas em dia porque a gente consegue acompanhar, consegue orientar, dizer da importância. O paciente, ele é conhecido. Ele é uma pessoa que não é igual na Unidade de Pronto Atendimento que é só mais uma. Aqui você tem um vínculo com a sua equipe (TECENF).*

*Se tirar a clínica da família, as doenças vêm, porque essa comunidade, ela é pequena, mas tem muito esgoto entupido, as crianças ficam no valão, você tem que ficar brigando, sai daí menino, vou falar para sua mãe, entende? Se tirar hipertensão, muito idoso acamado precisa dos remédios, se tirar daqui isso aqui vai ser o caos. Por que nós trabalhamos para prevenção. Nós temos que cuidar antes que eles fiquem doentes para não serem encaminhados. É prevenção. (ACS3)*

*Atendemos hipertensão, diabetes, glaucoma, menstruação, pré-natal, problemas menstruais, problemas ginecológicos, saúde do homem. Todo acompanhamento de pressão, diabetes, exame de sangue de rotina, até acompanhamento de puericultura, de primeira infância, atestado para a escola, tudo é aqui. Não que a gente seja 100% resolutivo em tudo, mas a gente consegue atender a uma boa quantidade das demandas da população (MED).*

*Todos os profissionais contribuem muito para a clínica da família. O Agente Comunitário de Saúde vai até a casa do paciente, faz algumas visitas (ASG)*

*Fazemos a orientação da escovação também, porque eu acho que isso que você tem que debater, bater muito em cima, olha é 10% comigo, 90% com vocês depois em casa porque não adianta nada eu tratar tudo e vocês continuarem comendo bala, doce e chiclete porque vai arrancar as obturações todas que eu fiz (CD).*

*Apesar da Atenção Primária ter esse intuito de prevenção, de não deixar que o problema chegue ainda é muito difícil na cabeça da população aceitar que você pode prevenir muitas coisas. O que é que leva eles a terem dor de cabeça, o que eles podem fazer para não terem dor de cabeça (FARM).*

*É um pouco complicado fazer prevenção por esse sucateamento da Atenção Primária que a gente vive. Nosso papel é prevenir, não é só tomar o remédio (GERENTE).*

*O que eu acho importantíssimo aqui é o vínculo. Uma coisa que eu acho importante é o vínculo que as pessoas têm, que os profissionais têm com os pacientes e vice-versa. Você acha que não, mas a gente aprende muito com a população. A gente aprende muito como lidar, como cuidar (NASF-EF).*

*É a promoção do cuidado. O cuidar da saúde e a promoção do cuidado. Todos trabalham em conjunto para promover a saúde do usuário, com grupos educacionais e com consulta mesmo regulares, escutando (ACS4).*

Os participantes destacaram a relevância da problematização com os usuários e comunidade sobre a produção do cuidado na APS com foco na promoção da saúde. Os ACS como mediadores de informações entre o território e o profissional de nível superior, possibilita

que determinadas situações e necessidades de saúde cheguem mais rápido ao conhecimento da equipe. Isso viabiliza a discussão dos problemas que podem afetar a saúde das pessoas e a busca de intervenções, com foco que avança para além do tratamento da queixa principal ou da doença em si, dirigindo um olhar também para os fatores condicionantes e determinantes da saúde como por exemplo, o saneamento, o cuidado com o lixo, o tratamento da água e a educação em saúde.

A percepção sobre como o estabelecimento do vínculo com o usuário é importante para a corresponsabilização com o cuidado em saúde também pode ser observada. Dentro da unidade de saúde o paciente é conhecido pelo nome, e não apenas por um número de leito como em uma unidade de pronto atendimento ou hospitalar. Apesar de na APS, as atividades também seguirem um rito, protocolos e fluxos, observa-se potência nos encontros e ações humanizadas capazes de contribuir para adesão às terapêuticas não farmacológicas, que se associam à mudança de estilo de vida. O conhecimento de aspectos individualizantes e ao mesmo tempo globais relacionados ao indivíduo, família, comunidade, assim como os fatores sociais e econômicos que dialogam diretamente com as necessidades de saúde são relevantes para a garantia do planejamento e desenvolvimento de medidas efetivas que contribuem para que a APS cumpra seu papel como promotora do cuidado em saúde.

A prevenção e o manejo dos casos de tuberculose, doença mundialmente considerada como problema de saúde pública e que no Brasil tem tratamento exclusivo vinculado ao SUS, é um exemplo de ação que reafirma o papel da APS como promotora da saúde. A ação de prevenção pode e deve envolver qualquer profissional de saúde e diante do diagnóstico da doença inicia-se todo um processo de cuidado permeado pelo trabalho multiprofissional, interdisciplinar e que seja capaz de mobilizar uma ampla rede social de apoio, que seja capaz de contribuir para a cura do caso, a contaminação dos contatos, o controle da doença e a intervenção sobre os fatores que contribuíram para o seu aparecimento<sup>16</sup>.

A atuação prescrita para os profissionais da APS, cuja base é multiprofissional e interdisciplinar, é potente para dar respostas às necessidades de saúde no curso da vida. Por exemplo, a diversidade dos profissionais da APS brasileira, com participação do ator ACS que detém conhecimento sobre a realidade territorial, contrapondo-se a limitação de médicos e enfermeiros da APS espanhola, é um dado que influi diretamente na organização da atenção voltada para promoção do cuidado. A atuação direta deste profissional pode contribuir para o conhecimento dos fatores determinantes e condicionantes da saúde que limitam a vida e por conseguinte a saúde, assim como, para que as pessoas, família e comunidade deem respostas

mais efetivas às ações implementadas, responsabilizando-se, inclusive neste processo. A APS promotora do cuidado diferencia-se dos demais pontos da RAS pela sua capacidade de reconhecimento das necessidades de saúde, resolutividade e eficiência na organização da atenção em saúde<sup>17</sup>.

### **Implicação dos profissionais para garantia da APS abrangente**

A APS seletiva engloba um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento, o monitoramento de crescimento, a terapia de reidratação oral, a amamentação, imunização, a complementação alimentar, a alfabetização de mulheres e o planejamento familiar. A APS abrangente está comprometida com ações de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos que podem acometer às pessoas no curso da vida e prioriza estrategicamente as funções do sistema voltadas para indivíduos, famílias e para a população em geral como elementos centrais da prestação de serviços integrados em todos os níveis de atenção<sup>18</sup>.

A APS, pela sua atuação de base territorial, acaba por concentrar em determinados municípios um número elevado de usuários e demandas, o que pode gerar sobrecarga para a equipe multiprofissional, impedindo-a de contemplar com integralidade todas as necessidades de saúde inerentes ao curso da vida. Nas falas dos profissionais, observa-se um esforço na tentativa de ruptura com uma oferta de serviços seletiva, pautada por vezes na atenção à demanda espontânea e na realização de procedimentos. A implementação de modelos de acesso distintos, ora pautada no agendamento programado, ora na livre demanda; a atenção individual contrapondo-se a necessidade verbalizada de ações grupais; a preocupação em reafirmar o papel da APS durante o acolhimento dos usuários, de tal forma que entendam o lugar que ela ocupa na RAS; e a inclusão dos usuários que buscam atendimento por questões agudas em linhas de cuidado a depender do curso da vida; e o relevo para ações de vigilância em saúde em detrimento de atividades curativas aparecem como estratégias coletivas que visam contribuir para uma APS abrangente.

*A cirurgiã dentista fala a respeito da saúde bucal. Trabalha com as gestantes, com as gestantes para orientar a respeito do pré-natal, depois do parto a mesma coisa. Tem todas as orientações para as mães em relação ao aleitamento materno. De como cuidar do bebê e os médicos em geral de como cuidar da saúde com relação a alimentação e exercícios físicos. Os agentes de saúde até os técnicos de enfermagem, eles também fazem a visita, eles também vão e visitam e orientam os pacientes (ADMI).*

*Tem pessoas que ainda sentem uma dificuldade de entender o que a gente faz, vem para o atendimento, achando que estão vindo para o hospital. Então, primeiramente, eu acho que antes do paciente se entender, a gente precisa*

*se entender como rede, por que o que é que adianta a gente não se entender, se não o paciente fica para lá e para cá e começa a perder a confiança no nosso trabalho, eles vão falar que a gente não sabe o que temos que fazer (ENF1).*

*Se o paciente esteve aqui na unidade e ele não teve um momento de escuta, ele pode se educar a ser dessa mesma forma e não compreender o nosso papel porque a gente não está dando conta de demonstrar com o nosso trabalho, nossa forma de acolher (ENF3).*

*Vou falar do meu trabalho com dentista. Eu atendo muita demanda e atendo os marcados. Verde, é que eu sei que é uma limpeza, amarelo tem um pouquinho de obturação e extração e vermelho é que tãõ com a bomba dentro da boca que explodiu e que precisam muito (CD).*

*Eu acho que a população ela está tão carente, tão necessitada de cuidado e a gente não está dando conta de fazer porque as equipes estão encharcadas, é muito cadastrado, deveria ter uma população menor para cobrir que a gente não consegue atuar no processo de saúde-doença para que a doença não evolua e agrave, não tonifique (GERENTE).*

*Com a consulta, você até consegue criar um vínculo, mas acho que com o grupo você consegue ir um pouco mais, você consegue conhecer melhor o paciente, você consegue falar para todos. É uma forma também de você conseguir cativar as pessoas, entende? Você acaba caindo nos braços da população (NASF-EF).*

Os profissionais destacam que a falta de informação a respeito das atribuições específicas de cada categoria, assim como as gerais e de competência de toda equipe acabam por repercutir nas ações cotidianas, na medida que os usuários ao acessarem determinados profissionais/serviços na APS, podem ser encaminhados para outros profissionais/serviços, pelo simples desconhecimento de que poderia ter a resposta a partir daquele profissional/serviço que acessou primeiro. Para a garantia de uma APS abrangente faz-se necessário o conhecimento sobre a capacidade resolutiva dos profissionais, do coletivo e dos serviços que estes podem acionar para dar conta da globalidade das questões que podem envolver o cuidado em saúde nas diferentes linhas de cuidado.

Na APS a existência de um acolhimento compartilhado, do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade por si só não são vistos pelos participantes como elementos capazes de contribuir para inclusão dos usuários com dificuldade de acessar às ações de saúde, ampliação do escopo das ações e resolutividade. Por vezes, o mesmo usuário consegue atenção, quando outros estão à margem na RAS. Isto, sinaliza a necessidade de reflexão sobre o papel seletivo que a APS pode estar desempenhando no território e a dificuldade que enfrenta para gerenciar o cuidado em todos os ciclos de vida.

Na identificação das dificuldades que podem ser enfrentadas na APS e que são fatores para sua abrangência, a temática vai além da unidade de saúde em si, envolvendo questões políticas e gerenciais, tais como financiamento insuficiente, frágil estrutura física das unidades de APS, barateamento de determinados serviços pelos planos privados de saúde, formação profissional para o SUS que destoa do modelo de APS abrangente, precarização do vínculo

profissional e desenvolvimento de ações pelo setor saúde de forma isolada (quando da exigência de atividades intersetoriais)<sup>15</sup>.

Cabe refletir que apesar do avanço na APS ter ocorrido no Brasil a partir da Região Nordeste um estudo comparativo identificou que esta possui 7% de médicos, 7% de enfermeiros, 13% de técnicos e auxiliares de enfermagem e 73% de outros profissionais, quando comparada com a Região Sul que possui 12% de médicos, 10% de enfermeiros, 22% de técnicos e auxiliares de enfermagem e 56% de outros profissionais<sup>19</sup>. A dificuldade de fixação de determinados profissionais no Nordeste não é uma exclusividade e acomete outras regiões do País. Isso, em associação com os outros fatores apontados podem acarretar numa cesta de oferta de serviços incipiente, dificultando a atuação da APS de forma abrangente.

A organização dos serviços da APS, de maneira que se consiga atender as demandas de forma que a longitudinalidade do cuidado seja respeitada, os problemas de saúde mais recorrentes tenham desfechos favoráveis à manutenção da saúde da população, evitando as situações de aumento de doenças crônicas e agravamentos como internações por doenças evitáveis, são implicações que contribuem para a efetiva abrangência da APS com fortes garantias de acesso e utilização dos serviços<sup>20</sup>.

Outro ponto importante relacionado a essas implicações é a agenda da equipe que precisa estar organizada para atender aos diferentes cuidados já citados neste estudo e precisa incluir a atenção à saúde em ambiente domiciliar. A ida ao domicílio, também conhecida como visita domiciliar permite a aproximação com os hábitos, fortalece os vínculos, ajuda na identificação dos fatores de risco aos quais aquela família/população está exposta e permite o planejamento de ações mais próximas à realidade<sup>21</sup>.

### **Tipologia das ações/serviços ofertados e APS abrangente**

A APS por ser o nível de atenção à saúde preferencial para a entrada do usuário no SUS, tem como responsabilidade ofertar serviços que ultrapassam os limites da clínica<sup>22</sup>. Dentre as ações/serviços, nota-se que além dos que estão voltados para atenção curativa, como consultas, triagem e procedimentos, existem atividades com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, como imunização, visitas domiciliares e grupos de promoção da saúde. Ocorre que, apesar dos usuários acessarem estas ações/serviços com facilidade, não se pode afirmar que a simples utilização contribui para vinculação dos mesmos às respectivas equipes de referência, análise e conhecimento dos reais motivos que os levaram a buscarem pelas ações/serviços e que obtiveram respostas positivas para às necessidades de saúde que apresentavam.

*Aqui a gente tem a linha de cuidado, ele se insere em alguma linha de cuidado, tem os procedimentos que a gente realiza que é curativo, imunização, coleta de exame e eletrocardiograma. A gente tem as atividades de ginástica com o educador físico que faz a atividade, são dois dias na semana (ENF1).*

*Os atendimentos que os médicos sempre têm, mensalmente e os agentes de saúde, eles são importantes também, em relação a isso, porque eles, eles geralmente vão nas casas dos pacientes, eles visitam, eles fazem as visitas domiciliares, eles conversam com os pacientes e falam a respeito do que é feito na unidade, dos tratamentos (ADM1).*

*Aqui tem vacinas, consultas de meses em meses dependendo da linha de cuidado (ADM2).*

*É todo um começo, primeiro a gente cadastra, no cadastramento ele vai passar no atendimento, na consulta com a enfermeira, depois a enfermeira vai encaminhar para o médico. Então, tudo isso é uma sequência de explicações que a gente vai dando e com o tempo é que eles vão aprendendo. Aqui tem o educador físico, que algumas pessoas vêm para fazer a ginástica, fazer o acompanhamento. Tem o enfermeiro que faz toda a parte ginecológica (ACS1).*

*Tem também a questão da medicação, a questão do atendimento, uma consulta completa. Uma consulta marcada onde o médico vai fazer a escuta das diversas necessidades. Tem aqui também a academia carioca com a educadora física, apesar do nosso espaço ser pequeno, mas nós temos a educação física, então isso acaba motivando também esses usuários que vêm para fazer atividade da academia carioca. Eles vêm à unidade e não tem só o atendimento com médico, enfermeiro, a receita e o remédio (ACS2).*

*Por exemplo, os serviços aqui são ligados à saúde como tratamento dentário, que é uma coisa de muita utilidade, tratamento ligados a ferimentos, a pessoa se machucou tem pessoas que vão fazer o curativo, trocar curativo de pessoas que têm certas doenças que tem que está trocando os curativos constantemente, atendimento de clínico geral, atendimento de enfermagem, atendimentos à mulheres, atendimento psicológico, atendimento social porque aqui tem assistente social, aqui tem educador físico, então são muitas as formas de ajuda que uma unidade de Atenção Primária como esta coloca à disposição da população (AVS).*

*Porque não é apenas a consulta que estava marcada com o acompanhamento, mas também o Agente Comunitário de Saúde que visita, acompanha, traz o problema para gente, a gente discute o problema para trazer melhorias para eles e qualidade de vida (ENF1).*

*O povo deixava lixo bem aqui próximo a unidade, aqui no estacionamento, então a gente começou a fazer uns processos de intervenção, colocamos plantas ali, plantas aqui ao redor, tudo isso para poderem parar de deixar lixo em qualquer lugar. É um cuidado muito maior, de educação. A gente também faz as atividades na escola (ENF1).*

*Aqui tem interconsulta com a nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, eu usava muito e a psicóloga, porque aqui tem muito caso de saúde mental (ENF2).*

*Atendemos hipertensão, diabetes, glaucoma, menstruação, pré-natal, problemas menstruais, problemas ginecológicos, saúde do homem. Todo acompanhamento de pressão, diabetes, exame de sangue de rotina, até acompanhamento de puericultura, de primeira infância, atestado para a escola, tudo é aqui (MED).*

*A gente faz atendimentos eletivos de consulta marcada, de clínica médica, de puericultura, de pré-natal, de saúde da mulher, de saúde do homem, de saúde do idoso. Temos atendimento médico, temos o atendimento das enfermeiras e temos o atendimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (MED).*

*Temos farmácia, temos medicamentos gratuitos. Temos aparelho de eletrocardiograma, temos. Enfim, acho que a gente tem tudo para uma consulta completa no que tange a saúde primária, não temos muito recurso tecnológico, nem específico do que foge às consultas de clínica médica (MED).*

Observa-se que as ações/serviços que a unidade disponibiliza no cotidiano de suas práticas são voltados para atenção individual e coletiva e envolvem aspectos atrelados à promoção da saúde, prevenção de doenças, atividades curativas e até reabilitadoras. A depender

da tipologia de ação/serviço ofertado, o disparo para a utilização pode ocorrer a partir da atenção dispensada pelos profissionais aos usuários ou por procura do próprio. Observa-se na fala dos participantes que a unidade possui uma variedade de ações/serviços capazes de serem acionados na atenção em saúde nas diferentes linhas de cuidado. No entanto, não está claro como estas ações/serviços contribuem para a garantia de acesso dos usuários, inclusão dos mesmos nas linhas de cuidado, diminuição da equidade em saúde e longitudinalidade.

É possível identificar na fala dos entrevistados, que a APS dispõe de uma gama de serviços voltados ao cuidado individual e coletivo do usuário, família e comunidade, o que pode favorecer a integralidade da atenção durante o atendimento às diferentes linhas de cuidados e ampliar a capacidade de resolução nos atendimentos. No entanto, não está claro nos discursos dos profissionais se as ações/serviços são utilizadas em resposta às necessidades de saúde, diante da atenção aos quadros agudos; ou se são acionados a partir da análise do perfil epidemiológico e dos determinantes e condicionantes de saúde. Apesar dos serviços serem utilizados apenas como ferramentas para atenção à queixa-conduta, estas ações/serviços que são tão potentes para contribuir para abrangência e reconhecimento da APS, podem ser capazes de transformá-la num espaço, cuja atenção em saúde dispensada é traduzida em outros pontos da RAS, como por exemplo, Unidade de Pronto Atendimento ou Serviço Ambulatorial. Na prática, na APS as ações/serviços existentes devem apoiar os projetos terapêuticos singulares e coletivos que permeiam o cuidado dos usuários e famílias, assim como, devem ser utilizados como parâmetro para avaliar a adesão às propostas de intervenção que foram elaboradas<sup>23</sup>.

Na APS o usuário recebe o atendimento na presença de sinais e sintomas indicativos de quadros agudos (o que na prática caracteriza a demanda espontânea) ou acessa o serviço a partir do agendamento prévio de consultas ou procedimentos. Nos dois casos a produção do cuidado é guiada por protocolos e fluxos, cujo objetivo é direcionar o processo de trabalho e a atenção às necessidades de saúde identificadas. No entanto, cabe salientar até que ponto os protocolos e os fluxos instituídos na prática (que também compõem a oferta de serviços da unidade da APS) são utilizados para uma atenção coordenada, pautada na integralidade e que seja capaz de reverberar uma APS abrangente<sup>24</sup>.

Não se pode perder de vista, que na RAS a APS desenvolve um papel informacional, quando clarifica para a população a tipologia de serviços que possui, como podem ser utilizados, que outros existem na RAS e de que forma podem ser acessados pelos usuários. De igual forma, a educação em saúde – serviço essencial neste ponto da RAS – envolve processos

permeados pela difusão da informação e circulação do conhecimento, que podem repercutir diretamente na melhoria e na qualidade de vida das pessoas, família e comunidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A preocupação dos profissionais de saúde em instrumentalizar a população quanto ao uso dos serviços ofertados pela APS surgiu em vários momentos, demonstrando que não basta apenas garantir o acesso, mas sim destacar a relevância do equipamento para o território, até mesmo porque a unidade de APS é a referência para comunidade para atendimentos que são classificados como básicos, de urgência e de emergência.

A multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade emergiram com destaque na pesquisa, pelo fato de a partir das falas dos profissionais ser possível observar que o cuidado nas diferentes linhas de cuidado é construído pelo olhar de diferentes áreas da saúde, o que contribui para atenção às demandas de saúde de forma abrangente, ruptura do modelo centrado na doença e na medicalização e fortalecimento das ações e serviços da APS.

Como limitação do estudo, está o fato de que de sua realização concentrar-se em apenas uma unidade de APS, o que pode não representar uma unanimidade sobre as percepções, tendo em vista que o País possui diferenças culturais, regionais e estruturais que podem ter impacto direto sobre a atenção às necessidades de saúde e produção do cuidado. No entanto, os resultados contribuem para disparar novas reflexões sobre o papel e a relevância da APS na Rede de Atenção à Saúde.

Por fim, destaca-se a necessidade de realização de novos estudos que venham a contribuir para o fortalecimento da compreensão e percepção dos profissionais de saúde sobre a APS na Rede de Atenção à Saúde, o reconhecimento da potência deste nível de atenção para o atendimento das demandas advindas das necessidades de saúde da população, resultando na produção de cuidado consciente e efetivo e na qualidade de vida das pessoas.

## **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

2. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/12/A-CONSTRUCAO-SOCIAL-DA-APS-2-edicao-1.pdf>.
3. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Filho RMS. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde e Sociedade*. 2016; 25(2):320-335. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>.
4. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG, Martins CL, Almeida PF, Campos SEM, Mota PHS. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(supl2): e00099118. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118>.
5. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(8): e00149720. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.
6. Geremia DS. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2020; 30(1): e300100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300100>.
7. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(4):1475-1482. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.
8. Araújo MCMH, Vanderlei LCM, Mendes MFM, Frias PG. O pensar e o agir de profissionais de saúde sobre a coordenação entre os níveis assistenciais da rede de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 26(8):3359-3370. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.04032020>.
9. Bohusch G, Acioli S, Rafael RMR, Mello AS, Roza J, Silva HCA. Enfraquecimento da prática dos enfermeiros de oferecer acesso no mesmo dia na atenção primária. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2021; 42: e20200314. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200314>.
10. Pachá P, Moreira LVC. Entrevista narrativa como técnica de pesquisa. *Synesis*. 2022; 14(1):157–168. Disponível em: <https://seer.ucp.br/seer/index.php/synesis/article/view/2127>.
11. Sousa JR, Santos SCM. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*. 2020; 10(2):1396–1416. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>.
12. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* [online]. 2018; 42(1):244-260. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.
13. Lima JG, Giovanella L, Bousquat A, Fausto M, Medina MG. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trab. educ. saúde* [Internet]. 2022; 20: e00616190. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>.

14. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020; 25(5):1799-1808. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>.
15. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(5):1499-1510. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.
16. Azevedo MAJ, David HMSL, Marteleto RM. Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações no enfrentamento da doença. *Saúde debate* [Internet]. 2018; 42(117):442-454. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811708>.
17. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020; 29(2): e2020166. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>.
18. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Conselho Nacional de Saúde (CNS). Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde em Debate* [online]. 2018; 42(spe1):434-451. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S130>.
19. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien. Saúde Colet.* 2006; 11(3):669-681. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v11n3/30982.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v11n3/30982.pdf).
20. Sousa ANA, Shimizu HE. Integrality and comprehensiveness of service provision in Primary Health Care in Brazil (2012-2018). *Rev Bras Enferm.* 2021; 74(2):e20200500. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0500>.
21. Gasparini MFV, Furtado, JP. Longitudinality and comprehensiveness on the more doctors program: an evaluative study. *Saúde Debate.* 2019; 43(120):30-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912002>.
22. Souza KOC, Ribeiro CJN, Santos JYS, Araújo DC, Peixoto MVS, Fracolli LA, Santos AD. Acesso, abrangência e resolutividade da atenção básica à saúde no nordeste brasileiro. *Acta paul enferm* [Internet]. 2022; 35: eAPE01076. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO010766>.
23. Báfica ACMF, Gomes AMB, Siqueira EF, Souza JM, Paese F, Belaver GM, Rosinski TC, Brasil VP. Atenção primária à saúde abrangente: ampliando acesso para uma enfermagem forte e resolutiva. *Enferm. Foco.* 2021; 12(Supl.1):61-6. Disponível em: [https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/2357-707X-enfoco-12-s1-0061/2357-707X-enfoco-12-s1-0061.pdf](https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-12-s1-0061/2357-707X-enfoco-12-s1-0061.pdf).
24. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, Medina MG. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate.* 2020; 44(4):161-176. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>.

# **Qualidade de vida e satisfação sobre serviços especializados de cuidadores de pacientes com necessidades especiais**

*Quality of life and satisfaction with specialized services provided by caregivers of patients with special needs*

*Calidad de vida y satisfacción con los servicios especializados que brindan los cuidadores de pacientes con necesidades especiales*

Pedro Vinicius Barreto Santos

Graziane Ribeiro Couto

Regiane Cristina do Amaral

## **Resumo**

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde 8,4% da população possuem algum tipo de deficiência, sendo o Estado de Sergipe com a maior proporção (12,3%). Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar o acesso ao Paciente com Necessidade Especial (PNE) no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Estadual de São Cristóvão, considerando a satisfação do usuário e a qualidade de vida dos cuidadores como principais ferramentas de análise. Para tal foram utilizadas ferramentas como o questionário do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) CEO e WHOQOL-BREF. Foram entrevistados 60 PNE ou cuidadores, sobre questões sociodemográficas e satisfação com os serviços e 36 cuidadores quanto a qualidade de vida. Dos usuários, 73.3% residiam no município sede do CEO. A deficiência mental foi a mais prevalente (36.6%). Dos entrevistados 83% dariam nota 10 ao dentista e 100% recomendaria a um amigo. Ao analisar a qualidade de vida de acordo com os domínios, verifica-se que a maioria dos entrevistados considera sua qualidade de vida como boa. Ao se correlacionar os domínios da qualidade de vida, com as variáveis sociodemográficas, verifica-se correlação significativa entre domínio social e escolaridade, domínio social e renda familiar e domínio psicológico e se é aposentado. Assim, pode-se concluir que os usuários se sentem satisfeitos com o serviço odontológico prestados pelo CEO, visto que a maioria reside no próprio município sede e vão caminhando ao atendimento. Apesar dos cuidadores terem uma qualidade de vida boa, as relações sociais são comprometidas pela renda e escolaridade

**Palavras-chave:** Pessoas com deficiência, odontologia, saúde pública, qualidade de vida.

## **Abstract**

According to the National Health Survey, 8.4% of the population has some type of disability, with the state of Sergipe having the highest proportion (12.3%). Thus, the objective of this study was to evaluate access for Patients with Special Needs (PNE) at the State Dental Specialties Center (CEO) of São Cristóvão, considering user satisfaction and the quality of life of caregivers as the main analysis tools. For this purpose, tools such as the CEO Access and Quality Improvement Program (PMAQ) questionnaire and WHOQOL-BREF were used. Sixty PNE or caregivers were interviewed about sociodemographic issues and satisfaction with services, and 36 caregivers were interviewed about quality of life. Of the users, 73.3% lived in the city where the CEO is located. Mental disability was the most prevalent (36.6%). Of those interviewed, 83% would give the dentist a score of 10 and 100% would recommend it to a friend. When analyzing the quality of life according

to the domains, it is found that the majority of the interviewees consider their quality of life to be good. When correlating the domains of quality of life with the sociodemographic variables, a significant correlation is found between the social domain and education, the social domain and family income, and the psychological domain and whether they are retired. Thus, it can be concluded that the users are satisfied with the dental service provided by the CEO, since the majority live in the city itself and walk to the service. Although the caregivers have a good quality of life, social relationships are compromised by income and education.

**Keywords:** Disabled people, dentistry, public health, quality of life.

### **Resumen**

Según la Encuesta Nacional de Salud, el 8,4% de la población tiene algún tipo de discapacidad, siendo el Estado de Sergipe el que presenta la mayor proporción (12,3%). Así, el objetivo del presente estudio fue evaluar el acceso a Pacientes con Necesidades Especiales (PNE) en el Centro Estatal de Especialidades Odontológicas (CEO) de São Cristóvão, considerando la satisfacción de los usuarios y la calidad de vida de los cuidadores como principales herramientas de análisis. Para ello se utilizaron herramientas como el CEO Access and Quality Improvement Program (PMAQ) y el cuestionario WHOQOL-BREF. Se entrevistó a sesenta PNE o cuidadores sobre cuestiones sociodemográficas y satisfacción con los servicios, y a 36 cuidadores se entrevistó sobre calidad de vida. Del total de usuarios, el 73,3% residía en el municipio donde tenía su sede el director general. La discapacidad mental fue la más prevalente (36,6%). De los entrevistados, el 83% le daría una puntuación de 10 al dentista y el 100% lo recomendaría a un amigo. Al analizar la calidad de vida según dominios, se observa que la mayoría de los encuestados considera que su calidad de vida es buena. Al correlacionar los dominios de calidad de vida con las variables sociodemográficas, se observa una correlación significativa entre el dominio social y la educación, el dominio social y el ingreso familiar, y el dominio psicológico y la situación de jubilación. Así, se puede concluir que los usuarios están satisfechos con el servicio odontológico que brinda el CEO, ya que la mayoría vive en la propia ciudad y se desplaza caminando hasta el servicio. Aunque los cuidadores tienen una buena calidad de vida, las relaciones sociales se ven comprometidas por los ingresos y la educación.

**Palabras clave:** Discapacitados, odontología, salud pública, calidad de vida.

### **Introdução**

Na odontologia é considerado Paciente com Necessidades Especiais (PNE) todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, etc <sup>(1)</sup>. Entretanto, as Pessoas com deficiência (PcD) são aquelas que têm impedimento de médio ou longo prazo que pode ser de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, sendo que esta deficiência possa em algumas situações, obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas <sup>(2)</sup>.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), no Brasil em 2019 havia 17,2 milhões de pessoas com deficiência de 2 anos ou mais de idade, o que corresponde a 8,4% da

população dessa faixa etária, e sua distribuição geográfica no país foi variada, com a maior proporção observada na Região Nordeste (9,9%), e a menor, na Centro-Oeste (7,1%). As Unidades da Federação com as maiores proporções de pessoas com deficiência foram Sergipe (12,3%) e Paraíba (10,7%), enquanto as menores, Distrito Federal (5,2%) e Mato Grosso (5,6%). A deficiência se concentra em pessoas mais idosas: entre aquelas com 60 anos ou mais de idade, 24,8% tinham alguma deficiência, enquanto no contingente de 2 a 59 anos esse resultado correspondia a 5,1%. O perfil das pessoas com deficiência é mais feminino (9,9%) do que masculino (6,9%), e, relativamente à cor ou raça, mais incidente entre as pessoas pretas ou pardas (8,7%) do que entre as brancas (8,0%)<sup>(3)</sup>.

Os atendimentos em saúde bucal para o PNE ocorrem nos três níveis de atenção a saúde, tais como: em nível primário nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família e em nível secundário, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e ainda em nível terciário nos Hospitais credenciados<sup>(4-8)</sup>, a fim de garantir um atendimento integral a este paciente. O Estado de Sergipe contava (2023) com 12 CEOs e com, aproximadamente, 731 Unidades Básicas de Saúde (Unidade de Saúde da Família), sendo destes 7 CEOs de administração Estadual e 5 Municipal<sup>(9,10)</sup>. Destes 3 não são aderidos ao Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), Capela (estadual), Estância (municipal) e Lagarto (municipal)<sup>(9)</sup>.

Ao fazer um diagnóstico do acesso dos usuários dos CEOs Estadual de Sergipe, Andrade e colaboradores (2021)<sup>(11)</sup> encontraram que a cobertura de saúde bucal (atenção primária em saúde) foi estatisticamente associada ao percentual de pobreza, ou seja, pessoas que recebem bolsa família tem menor acesso aos serviços de saúde bucal. Andrade e colaboradores encontraram ainda que a maior parte dos pacientes atendidos nos CEOs eram de usuários residentes nos municípios sede do CEO, assim com falhas de referenciamento do mesmo, o que pode dificultar o acesso dos usuários.

Contudo, o acesso do PNE é algo complexo que pode ser medido de diferentes formas, na tentativa de otimizar o sistema, tais como pela satisfação dos serviços utilizados e qualidade de vida dos cuidadores.

Afinal, conhecer o nível de satisfação dos usuários que frequentam os CEOs são necessários para reorganização dos serviços de saúde, bem como para a tomada de decisões e assim melhorar a qualidade e a vigilância em saúde bucal<sup>(12)</sup>.

E ainda, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde)<sup>(13)</sup>, qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos

quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Assim, verificar a qualidade de vida através de contribuições metodológicas de diferentes áreas de conhecimento pode contribuir para a melhoria da qualidade e da integralidade da assistência na perspectiva da saúde como direito de cidadania <sup>(14)</sup>.

Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar o acesso ao PNE no CEO Estadual de São Cristóvão, considerando a satisfação do usuário e a qualidade de vida dos cuidadores como principais ferramentas de análise.

## **Metodologia**

Esse estudo foi submetido ao comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e aprovado segundo CAAE: 91726818.8.0000.5546. Trata-se de um estudo observacional em que foram entrevistados os cuidadores dos PNE que frequentam o CEO de São Cristóvão – SE, trata-se de um estabelecimento de administração estadual.

O CEO de São Cristóvão é tipo III, com 07 equipes odontológicas, estadual, e atende aos municípios de Areia Branca, Barra dos Coqueiros, Frei Paulo, Itabaiana, Itaporanga D’Ajuda, Malhador, Moita Bonita e Ribeirópolis. Foi implantado em 2010 e, no ano de 2020, durante a pandemia, ficou com as atividades suspensas de março até junho, retornando em julho apenas com atendimento de urgências; em agosto retornaram com os atendimentos eletivos sem produção de aerossóis; em setembro deram continuidade com procedimentos eletivos com produção de aerossóis em pacientes que já eram atendidos pelo CEO e em outubro abriram novas vagas para atendimento e realização de todos os procedimentos anteriormente citados. De 09 de abril até 29 de setembro de 2021 a unidade passou por uma reforma, ficando com as atividades suspensas nesse intervalo de tempo. A unidade ainda não conta com prontuários eletrônicos, apenas com os físicos.

Em 2019 realizou 501 atendimentos a PNE, em 2020, 192 atendimentos e 2021, 137 atendimentos. Assim realizando um cálculo de amostra aleatória simples, com a média dos atendimentos dos últimos 3 anos, o tamanho amostral para este estudo foi de 58 cuidadores. A carga horária do profissional especialista em PNE é de 16 horas semanais.

Foi aplicado aos cuidadores dos PNE, o questionário WHOQOL- BREF (World Health Organization Quality of Life) que é composto por 26 questões com a seguinte estrutura as duas primeiras questões estão relacionadas com a qualidade de vida de uma forma geral e as 24 seguintes estão articuladas para a análise de quatro domínios: geral – Percepção da qualidade

de vida; satisfação com a saúde. físico - Dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho; psicológico - Sentimentos positivos; pensar, aprender, memória de concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais; relações sociais - Relações pessoais; atividade sexual; suporte (apoio) social; meio ambiente - Segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição/ruído/clima; transporte <sup>(15)</sup>.

Foi ainda aplicado um questionário sobre dados sociodemográficos, além do questionário do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) aos PNE que tinham capacidade para respondê-lo (sem problemas de ordens mentais que comprometam sua resposta). Os questionários foram aplicados no período de 7 de junho de 2022 a 27 de junho de 2023.

As análises foram de forma descritiva dos resultados, utilizando a ferramenta Microsoft Excel. Foram utilizadas análises de normalidade (Shapiro-Wilk) e correlação, para tal foi utilizado o programa estatístico JAMOVI 2.2.5, com nível de significância de 5%.

## Resultados

Foram entrevistados 60 PNE ou cuidadores por meio do questionário do PMAQ-CEO, e um questionário sobre dados sociodemográficos e satisfação com os serviços de saúde oferecidos. Para qualidade de vida, foi utilizado o instrumento WHOQOL-BREF e para tal, foram entrevistados 36 cuidadores.

As deficiências foram classificadas de acordo com a Lei Brasileira de Inclusão, em seu Art. 2 <sup>(16)</sup>, sendo a deficiência mental a mais prevalente entre as deficiências apresentadas no estudo. Dentro da deficiência mental, o TEA (Transtorno do Espectro Autista) foi o mais prevalente, com 40% dos casos. No item demais deficiências estão relacionadas a hipertensão, diabetes, entre outros, que para odontologia são considerados PNE (Tabela 1).

**Tabela 1:** Questões sociodemográficas dos Pacientes com Necessidades e cuidadores. São Cristóvão, 2023.

<b>Dados sociodemográficos</b>	<b>n</b>
Feminino	35
Masculino	25
<b>Idade</b>	
média	31
desvio padrão	18
máximo	73

mínimo	3
<b>Tipo de deficiência</b>	
Deficiência visual	1
Deficiência física	8
Deficiência intelectual	12
Deficiência mental	22
Demais	17
<b>Cor (autodeclarada)</b>	
Branca	16
Parda	31
Preta	13
<b>Mora em São Cristóvão?</b>	
Não	16
Sim	44
<b>Quantas pessoas vivem na sua casa</b>	
1 a 3 pessoas	31
4 a 6 pessoas	25
7 a 10 pessoas	4
<b>Até que ano estudou?</b>	
Ensino fundamental completo	6
Ensino fundamental incompleto	29
Ensino médio	5
Ensino superior	1
Não é alfabetizado	19
<b>Você é aposentado?</b>	
Não	21
Sim	39
<b>Tem trabalho remunerado atualmente?</b>	
Não	54
Sim	6
<b>Renda Familiar</b>	
1 a 2 salários	46
2 a 3 salários	4
3 a 5 salários	3
Menos de 1 salário	7

Fonte: dados da pesquisa

Sobre o acesso ao atendimento, verifica-se pela Tabela 2 que como a maioria dos usuários entrevistados reside no município no qual é a sede do CEO, estes não dependem do transporte social oferecido pela prefeitura. O CEO de São Cristóvão é porta aberta para atendimento dos PNE, assim o usuário pode agendar e marcar sua consulta, como verificado na Tabela 2.

**Tabela 2:** Avaliação dos usuários do CEO de São Cristóvão, quanto ao atendimento para pessoas com deficiência.

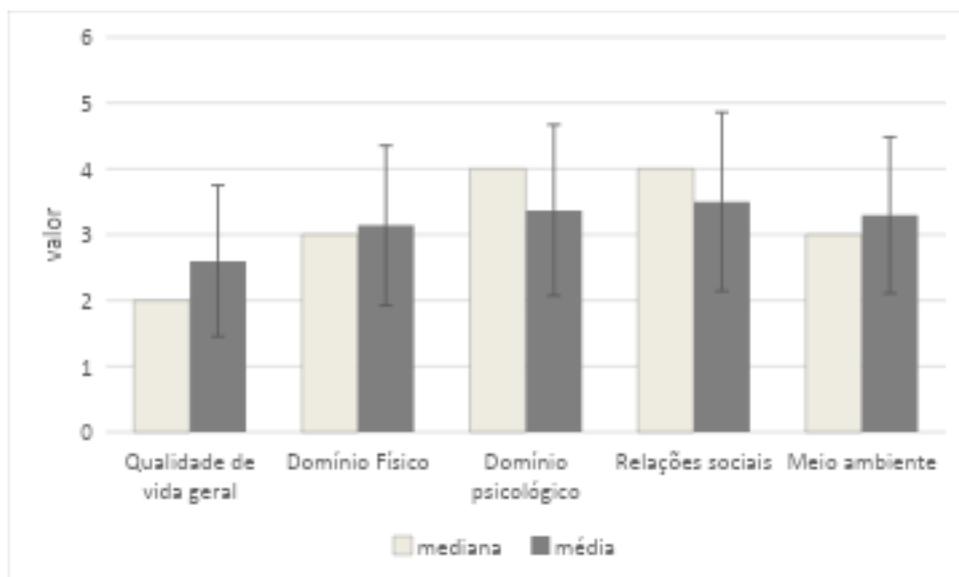
Questão	Resposta	%
---------	----------	---

Quanto tempo o(a) senhor(a) leva para chegar ao CEO?	Até 30 minutos	51
Como o senhor (a) veio ao CEO?	a pé	35
O horário de funcionamento deste CEO atende as suas necessidades?	Sim	93
Como o senhor (a) fez para marcar consulta nesse CEO?	hora marcada	70
Quanto tempo o senhor(a) esperou para iniciar o tratamento no CEO?	até uma semana	53
O (a) senhor(a) foi consultado sobre o melhor horário e dia para agendar o seu atendimento?	Sim	73
Com relação ao conforto como o senhor (a) se sente durante o atendimento no consultório	Muito bom	66
Durante o seu tratamento, com qual frequência o(a) senhor(a) é orientado(a) pelos profissionais sobre os cuidados que deve tomar para se recuperar, tais como: a necessidade de repouso, alimentação adequada, utilização de medicamentos e outros?	Na maioria das vezes	41
Na sua opinião, de forma geral o atendimento que o(a) senhor(a) recebe neste CEO é	Muito bom	70
De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) dentista?	nota 10	83
De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para sua satisfação com o atendimento recebido pelo(is) profissionais de recepção do CEO?	nota 10	81
O senhor recomendaria o CEO a um amigo?	sim	100

**Fonte:** Dados da pesquisa

Ao se analisar os domínios do instrumento de qualidade de vida, aplicado aos cuidadores, verifica-se que em média e mediana os valores dos domínios são acima de 3, o que são considerados como bom, visto que o instrumento classifica de 1 a 5 a qualidade de vida (Figura 1)

**Figura 1:** Avaliação da qualidade de vida dos cuidadores (WHOQOL-BREF), segundo domínio, São Cristóvão, 2023.



Ao se correlacionar os domínios da qualidade de vida, com as variáveis sociodemográficas, verifica-se correlação significativa entre domínio social e tempo de estudo, domínio social e renda familiar e domínio psicológico e se é aposentado.

**Tabela 3:** Correlação entre os domínios do questionário WHOQOL-BREF e variáveis demográficas, São Cristóvão-2023.

Domínios WHOQOL-bref	Idade		Raça		Mora no município?		Quanto tempo leva para chegar ao CEO?		Escolaridade		Quantas pessoas vivem na sua casa?		Renda familiar		Você é aposentado?	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
QV geral	-0.02	0.90	-0.05	0.78	0.02	0.92	0.01	0.98	0.03	0.86	0.15	0.37	-0.07	0.68	-0.26	0.132
Físico	0.08	0.65	-0.15	0.38	0.18	0.30	0.00	0.99	0.23	0.19	-0.02	0.92	0.13	0.45	0.178	0.299
Psicológico	0.16	0.36	-0.20	0.25	0.11	0.54	-0.04	0.83	-0.04	0.82	-0.21	0.22	0.10	0.56	0.374	<b>0.025</b>
Sociais	-0.25	0.15	-0.26	0.12	0.11	0.53	-0.14	0.41	0.39	<b>0.02</b>	0.06	0.73	0.43	<b>0.01</b>	0.158	0.357
Meio Ambiente	0.01	0.98	-0.27	0.11	0.28	0.09	0.13	0.47	0.20	0.25	0.13	0.46	0.16	0.36	0.128	0.457

Fonte: Dados da pesquisa

\*correlação estatisticamente significativa  $p < 0.05$

\*\*correlação de Spearman

\*\*\*  $r =$  coeficiente de Correlação

Ao se correlacionar os domínios verifica-se correlação significativa entre o domínio psicológico e físico, social com geral, social com físico e social com psicológico, ambiente com físico.

**Tabela 4:** Correlação entre os domínios do questionário WHOQOL-BREF, São Cristóvão-2023.

		Geral	Físico	Psicológico	Sociais	Ambiente
Geral	r	—				
	p	—				
Físico	r	0.007	—			
	p	0.967	—			
Psicológico	r	0.07	0.581	—		
	p	0.686	<.001	—		
Sociais	r	0.67	0.616	0.703	—	
	p	<.001	<.001	<.001	—	
Ambiente	r	0.053	0.662	0.364	0.448	—
	p	0.759	<.001	0.029	0.006	—

**Fonte:** Dados da pesquisa

\*correlação estatisticamente significativa  $p < 0.05$

\*\*correlação de Spermann

\*\*\*  $r$  = coeficiente de Correlação

## Discussão

No presente estudo, o panorama de PNE ou cuidadores entrevistados por meio do questionário do PMAQ-CEO, no que concerne ao gênero teve maioria do sexo feminino. Tal panorama foi semelhante ao registrado na Pesquisa Nacional de Saúde, edição de 2019 em que foi cadastrado que o perfil das pessoas com deficiência é mais do gênero feminino. E ainda estudos demonstram que usuárias do sexo feminino realizam uma maior busca pelos serviços de assistência à saúde. Esse fato está atrelado ao próprio conceito do cuidado feminino e de sua naturalização, pois estão mais preocupadas com os referidos cuidados e ao grande leque de políticas de atenção voltadas à saúde da mulher <sup>(3, 17,18)</sup>.

O CEO no qual essa pesquisa foi realizada é de abrangência estadual, isto é o atendimento é ofertado para os municípios do local onde o CEO está sediado e para a população dos municípios circunvizinhos contemplados com o referido serviço a partir de pactuações intergestores <sup>(18)</sup>. No presente estudo a maioria dos PNE que procuram o serviço residem no próprio município em que o CEO está localizado. A mesma análise foi realizada por Santos e colaboradores em 2014 <sup>(19)</sup>, que detalharam que no CEO localizado no interior baiano 95,5% dos usuários que acessam o serviço residem no município sede, o que está associado a facilidade de deslocamento devido a proximidade da sua residência, a falta de informações dos profissionais da Atenção Básica, no que diz respeito a oferta desse serviço de forma regional, ou pela dificuldade de

marcação de consulta devido a grande fila de espera.

A pesquisa realizada por Pinto e colaboradores em 2014 <sup>(20)</sup> constatou que a maioria dos usuários atendidos no CEO regional sediado em Sobral relataram dificuldade de acesso, o que foi vinculada ao alto custo do transporte até o CEO regional, a inexistência de um sistema de transporte sanitário garantido por parte da gestão do município de referência e barreiras geográficas. Panorama semelhante a esse foi encontrado no presente estudo em que 35% dos usuários entrevistados responderam que vão a pé (caminhando), seguido por 28% que vão de transporte público (ônibus) para serem atendidos no CEO. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Andrade e colaboradores (2021) <sup>(10)</sup>, em que verificaram no Estado de Sergipe que os atendimentos aos PNE foram realizados por municípios onde o CEO sede estava localizado em grande maioria.

Dos entrevistados 48% tinham apenas o ensino fundamental incompleto. É de suma importância a orientação a esses usuários sobre a educação inclusiva. Através da Lei Brasileira nº 13.146 é instituída a Inclusão da Pessoa com Deficiência, por meio da qual a educação constitui direito da pessoa com deficiência e os estabelecimentos de ensino deve se adaptar e assegurar educação de qualidade para os PNE <sup>(21)</sup>. Quanto aos cuidadores se reconhece a dificuldade de se cuidar de um PNE, que muitas vezes os fazem se afastar inclusive de atividades educacionais e sociais <sup>(22)</sup>.

No presente estudo 90% dos PNE entrevistados informaram que não tinham trabalho remunerado, por lei deve ser assegurado aos PNE, com prioridade a efetivação dos direitos referentes à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, assim percebe-se a necessidade de que esses entrevistados informados sobre os referidos direitos <sup>(21)</sup>.

No que concerne ao tipo de diagnóstico encontrado no presente estudo o mais prevalente foram usuários com deficiência mental, sendo o TEA o mais prevalente. Já o panorama nacional do perfil dos PNE atendidos nos CEOs da região sudeste se destacou pelo grande número de atendimentos a pacientes com movimentos involuntários e os CEOs da região sul maior prevalência de atendimento a usuários com deficiência visual, auditiva, de fala ou física <sup>(23)</sup>. Assim, esse panorama pode está associado ao tipo de medicação que o usuário faz uso, pois é importante saber que os medicamentos antidepressivos e anticonvulsivantes que são usados por alguns pacientes com alterações sistêmicas, limitações físicas e cognitivas podem influenciar a saúde bucal desses usuários por meio da estomatite, sialorreia, disgeusia, xerostomia e dificuldade de controle do biofilme, o que pode levar a doença cárie e periodontal <sup>(24)</sup>.

O presente estudo mostrou a importância desse serviço especializado em saúde bucal, que é

ofertado aos PNE, pois 83% dos entrevistados atribuíram nota 10 ao cirurgião-dentista que fez o atendimento e 100% dos entrevistados recomendariam o referido serviço a um amigo, o que pode está associado ao acolhimento humanizado que realizado pela equipe de saúde bucal e garantia do atendimento ao PNE. Uma pesquisa descreveu que a acessibilidade desses usuários ao atendimento odontológico especializado é garantida pela maioria dos CEOs em todas as macrorregiões brasileira e os investimentos públicos estão sendo bem utilizados o que garante atendimento qualificado aos PNE que relataram estar satisfeitos com o atendimento recebido (17,23, 24).

Referente à aplicação do questionário WHOQOL-BREF, que foi aplicado aos cuidadores constatou-se que a maioria pertence ao sexo feminino, o mesmo resultado foi detalhado no estudo realizado por Gomes em 2016 (25), em que constatou que as cuidadoras são do gênero feminino, desempregadas ou donas de casa, que aceitaram essa atribuição por amor ou por obrigação, mesmo sabendo que pode ocorrer restrições do seu lazer, bem como da sua vida social.

A maioria dos entrevistados considera sua qualidade de vida como boa, apesar de uma parte dos entrevistados afirmarem que sua saúde não está nem ruim e nem boa, o que foi de encontro aos achados na pesquisa realizada por Couto e colaboradores (2022) (17) que a maioria dos entrevistados afirmaram ter qualidade de vida boa e a saúde está boa também constatando uma de significância estatística entre os domínios geral e físico.

No que concerne a correlação dos domínios constatou-se correlação significativa entre domínio social e tempo de estudo, domínio social e renda familiar e domínio psicológico e se é aposentado. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Bracciali e colaboradores em 2012(26.) que demonstram que os cuidadores responsáveis por prover cuidados PNE dependente por 24 horas, por exemplo pode causar estresse social e levar o afastamento desse cuidador dos seus amigos e da sua vida social.

A correlação significativa entre os domínios meio ambiente com físico também foi constada por Stuermer e colaboradores em 2021(27), o que pode está atrelado a responsabilidade dos cuidadores que por vezes são responsáveis pelo cuidado de PNE com comportamento instáveis associado com a difícil tarefa de cuidar o que pode afetar o lar familiar, local esse onde os indivíduos vivenciam suas conquistas, alegrias, tristezas e dificuldades.

Considerando esse exposto se faz necessário destacar que os profissionais que fazem o atendimento aos PNE devem levar em consideração a qualidade de vida dos cuidadores desse público, para realizar o plano de tratamento dos PNE principalmente no que envolve as práticas preventivas que é realizada no domicílio. E ainda, tendo com parâmetro a qualidade de vida dos

cuidadores observa-se que é de suma importância o fomento de políticas públicas que levem a melhoria da saúde e a inclusão social desses cuidadores <sup>(16)</sup>.

## **Conclusão**

Os resultados constatados nessa pesquisa demonstraram que os PNE e seus cuidadores estão satisfeitos com o atendimento odontológico que é ofertado pelos profissionais da equipe de saúde bucal do CEO de São Cristóvão - SE e fazem recomendações positivas sobre o referido serviço. Sobre o acesso, a maioria dos entrevistados vai ao atendimento caminhando, tendo o acesso facilitado, sendo necessário novos estudos a fim de verificar o porque dos municípios participantes do convênio Estadual não estarem utilizando o serviço. Apesar dos cuidadores terem uma qualidade de vida boa, as relações sociais são comprometidas pela renda e escolaridade

## **Agradecimentos**

Ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e a FAPITEC (Fundação de Apoio a Pesquisa e a Inovação Tecnológica do Estado de Sergipe), pelo apoio financeiro ao desenvolvimento a pesquisa. A FUNESA (Fundação Estadual de Saúde) pelo acolhimento na a coleta dos dados.

## **Referências bibliográficas**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica - nº 17. Brasília: MS; 2008 [acesso em 17 jul 2023]. 92 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Pessoa com Deficiência. [acesso em 29 abr 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia>
3. PNS - Pesquisa Nacional de Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: PNS. 2019 [acesso em 16 jul 2023]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br>
4. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2002 [acesso em 18 jul 2023]; 7(4): 709-717. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400008>.
5. Rodrigues AAAO, Assis MMA. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas- Bahia. Rev. Baiana de Saúde Pública [Internet]. 2005 [acesso em acesso em 17 jul 2023]; 29 (2): 273-285. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-427584>.
6. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2005 [acesso em acesso em 17 jul 2023]; 21(6): 1665-1675. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600013>.
7. Organização Panamericana de Saúde Pública. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A política nacional de saúde bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: OPAS; 2006 [acesso em 17 jul 2023]. 67p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-3875>.

8. Fonseca EP, Silva Junior JP, Scudeler SA, Souza LZ, Pereira AC, Meneghim MC. Factors associated with absences from orthodontic treatment at a dental specialty center. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2018 [acesso em 17 jul 2023]; 1:287-294. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.26262015>.
9. Brasil Sorridente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2023 [acesso em 17 jul 2023]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/mapas/CEO/SE> e <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/cidades-atendidas/ceo/arquivos/estado-se.pdf>
10. Andrade RAR, Meireles ACN, de Almeida AAG, Amaral RC. Acesso de pacientes com necessidades especiais em CEOs de Sergipe. *Res., Soc. Dev.* [Internet]. 2021 [acesso em 16 jul 2023]; 10(3), e56610313829-e56610313829.2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13829>.
11. Kitamura ES, Bastos RR, Palma PV, Leite ICG. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 17 jul 2023]; 25(1):137-148. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000100014>.
12. Organização Mundial da Saúde. Promoción de la salud: glosario [Internet]. Genebra: OMS; 1998 [acesso em 15 jul 2023]. 35 p. Acesso em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>
13. Seidl EMF, Zannon MLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2004 [acesso em 16 jul 2023]; 20(2):580-588. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>.
14. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2000 [acesso em 17 jul 2023 ]; 34(2): 178-83. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.
15. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2014 [acesso em 15 jul 2023]; 19(4):1263-1274. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>.
16. Brasil Lei 13146/2015, Lei Brasileira de Inclusão. [acesso em 29 abr 2025] Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)
17. Couto GR, Fonseca EP, Amaral RC. Level of satisfaction and quality of life of caregivers of people with disabilities in secondary dental care. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.* [Internet]. 2022 [acesso em 16 jul 2023]; 22: e210088. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/pboci.2022.036>.
18. André FS; Henriques RMA; Andrade RAR; Cerqueira RAS. Protocolo dos Centros de Especialidades Odontológicas Estaduais. Secretaria Estadual da Saúde de Sergipe. Aracaju: Fundação Estadual de Saúde – FUNESA; 2013.
19. Santos CML, Falcão MML, Souza ALD, Santos MS, Coelho AA. Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais atendidos em um centro de especialidades odontológicas do interior baiano. *Rev. Baiana de Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso em 16 jul 2023]; v.38, n.1, p.83-94. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-757794>.
20. Pinto VPT, Texeira AH, Santos PR, Araújo MWA, Moreira MAG, Saraiva SRM. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2014 [acesso em 18 jul 2023]; 19(7):2235-2244. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.09862013>.
21. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União.* 2015 Jul 7; 127 (Seção 1): 2
22. Gonçalves LO. Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí 2002. 91f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2002.

23. Wurzel DB, Oliveira DD, Camargo MEB, Bavaresco CS, Moura FRR. Panorama nacional de acessibilidade e perfil dos pacientes com necessidades especiais via PMAQ-CEO. Res., Soc. Dev. [Internet]. 2023 [acesso em 18 jul 2023]; v. 12, n. 2, e4912239873. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39873>.
24. Silva DCN, Silva TM, Nogueira MS, Mendonça RMC, Valente PHF, Araújo RF et. al. Acessibilidade de portadores de deficiência física ou mobilidade reduzida na unidade básica de saúde Jonas Manoel Dias em São Luís de Montes Belos - GO. Rev Fac Montes Belos (FMB) [Internet]. 2014 [acesso em 16 jul 2023]; 8(3): 36-179. Disponível em: <http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/view/189/178>.
25. Gomes ACMS. Cuidadores de pessoas com deficiência: percepções práticas e saúde bucal [tese de mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016 [acesso em 16 jul 2023].
26. Braccialli LMP, Bagagi PS, Sankako AN, Araújo RCT. Qualidade de vida de cuidadores de pessoas com necessidades especiais. Rev. Bras. Ed. Esp. [Internet]. 2012 [acesso em 17 jul 2023]; 18(1):113-126. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-65382012000100008>.
27. Stuermer VM, Hartwig AD, Demarco GT, Shardosim LR, Azevedo MS. Impacto na qualidade de vida do cuidador familiar do paciente com necessidade especial. Rv. AcBO. [Internet]. 2021 [acesso em 17 jul 2023]; 10(1): 11-19. Disponível em: <http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/500>.

# INTERSECCIONALIDADE E TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: AS RELAÇÕES DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE NAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

*INTERSECTIONALITY AND MULTIPROFESSIONAL WORK IN  
HEALTH: GENDER, RACE AND CLASS RELATIONS IN  
MULTIPROFESSIONAL HEALTH TEAMS*

*INTERSECCIONALIDAD Y TRABAJO MULTIPROFESIONAL EN SALUD: RELACIONES DE  
GÉNERO, RAZA Y CLASE EN EQUIPOS MULTIPROFESIONALES DE SALUD*

*Flavia Simplicio André  
Aluísio Gomes da Silva Junior  
Claudia March Frota de Souza*

## RESUMO:

Este artigo aborda os processos de trabalho em equipes multiprofissionais onde o profissional de Serviço Social atua. O presente trabalho buscou analisar a participação destes profissionais na saúde. A pesquisa aqui apresentada passou por muitos cenários localizados no Brasil, para estudar as equipes multiprofissionais na atenção básica e terciária. Identificamos, nas pesquisas dos(as) autores(as), que as equipes multiprofissionais narram o trabalho fragmentado no seu cotidiano e a necessidade de organização do processo de trabalho. Isso, através de estratégias de prevenção de conflitos. Os resultados apontam a importância do enfrentamento das formas de gestão mercantilista, diante da invisibilidade do debate sobre gênero e raça nas relações

---

<sup>1</sup> Mestra pelo Instituto de Saúde Coletiva na Universidade Federal Fluminense (UFF) em 2022. Bacharel em Serviço Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em 2012. Especialista em Serviço Social e Saúde (UERJ) em 2015. Chefe do Departamento de Assessoria Técnica da SMAS de Barra do Piraí. E-mail: flaviasimplicio.bp@gmail.com

<sup>2</sup> Doutor em Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ,1996); Professor Titular do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense-UFF.E-mail: agsilvajunior@id.uff.br

<sup>3</sup> Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Docente da Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: claudiamarch@id.uff.br

interprofissionais, sendo este necessário a temática do trabalho multiprofissional em saúde.

**Palavras chaves:** Equipes de Saúde, Gestão em Saúde, Serviço Social, Racismo Institucional

**ABSTRACT:**

This article addresses the work processes in multidisciplinary teams where the Social Service professional works. This study sought to analyze the participation of these professionals in health. The research presented here went through many scenarios located in Brazil, to study multidisciplinary teams in primary and tertiary care. We identified, in the research of the authors, that the multidisciplinary teams narrate the fragmented work in their daily lives and the need to organize the work process. This, through conflict prevention strategies. The results point to the importance of confronting mercantilist forms of management, given the invisibility of the debate on gender and race in interprofessional relations, which is necessary for the theme of multidisciplinary work in health.

**Keywords:** Health Teams, Health Management, Social Work, Institutional Racism

**RESUMEN:**

Este artículo aborda los procesos de trabajo en equipos multidisciplinares donde se desempeña el profesional del Servicio Social. Este estudio buscó analizar la participación de estos profesionales en la salud. La investigación aquí presentada pasó por muchos escenarios ubicados en Brasil, para estudiar equipos multidisciplinares en la atención primaria y terciaria. Identificamos, en la investigación de los autores, que los equipos multidisciplinares narran el trabajo fragmentado en su cotidiano y la necesidad de organizar el proceso de trabajo. Esto, a través de estrategias de prevención de conflictos. Los resultados apuntan para la importancia de confrontar las formas mercantilistas de gestión, dada la invisibilidad del debate sobre género y raza en las relaciones interprofesionales, necesario para la temática del trabajo multidisciplinario en salud.

**Palabras clave:** Equipos de Salud, Gestión en Salud, Trabajo Social, Racismo Institucional

## INTRODUÇÃO

O artigo parte da premissa que o racismo no Brasil não está mais velado e que muitas vezes se manifesta nas relações interpessoais nas equipes de saúde, desenvolver uma pesquisa de mestrado e não encontrar nenhum artigo que retratava a raça dos(as) profissionais entrevistados(as), não foi só um resultado. Mas, um elemento importante para pensarmos o que os dados revelam realmente sobre a redução da expectativa de vida da população negra, que passam por muitos desafios para sua sobrevivência, resultando em desigualdades sociais, com o racismo, a discriminação e o preconceito.

Desta forma, precisamos compreender como a falta de dados sobre determinantes demográficos da população negra nos processos de trabalho dos serviços de saúde, em especial das mulheres negras interfere no resultado das pesquisas em saúde e no combate ao racismo institucional. Que em alguns momentos se apresenta de forma involuntária, configurando um “fracasso coletivo” de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica e para além disso, aos profissionais negros nas equipes multiprofissionais de saúde (5).

Na vivência como mulher negra e pesquisadora me deparar com a falta de dados sobre trabalhadoras negras numa seleção de 26 (vinte e seis) artigos da pesquisa que realizei, evidenciou o racismo estrutural que perpassa nossa sociedade, pois esta, é uma situação que perdura desde antes e após a abolição da escravatura, no final do século. Daí, a importância de realizar pesquisas que retratem a necessidade do quesito cor/raça nas pesquisas de saúde sobre os profissionais nas equipes multiprofissionais, como forma de resistência e combate ao racismo institucional nas equipes de saúde se faz necessário.

Aqui entendemos que a falta do quesito cor/raça nos artigos sobre os(as) trabalhadores(as) da saúde, apresenta a falta de letramento racial nos espaços de educação permanente destes profissionais em seu cotidiano laboral. Atualmente, temos visto o debate sobre a relevância do quesito cor nos formulários da saúde para, no que diz respeito a conhecer melhor a população usuária que atendemos nos serviços de

saúde. Mas, precisamos entender a importância de conhecer também os(as) trabalhadores(as) negros(as) da saúde que atuam diariamente no atendimento da população.

Identificamos nesta pesquisa a descrição do sexo e da idade entre os(as) profissionais de saúde, contudo, não identificamos o quesito cor/raça, quando os(as) autores(as) dos artigos descreviam os trabalhadores de saúde que compõem as equipes multiprofissionais nos serviços de saúde. Desta forma, cruelmente não foi identificado a potência da fala de trabalhadores negros e negras, as suas dificuldades e desafios no seu fazer profissional, o seu lugar de fala no fazer saúde em tempos da gestão necropolítica na saúde (7).

Contudo, a pesquisa apresentada não obteve dados quantitativos sobre os profissionais da saúde, sob o recorte de cor/raça e, por isso, quer enfatizar a importância da divulgação de informações que sirvam como demarcadores de mensuração de desigualdades raciais nos serviços de saúde brasileiros. Os resultados obtidos apontam uma tendência de índices de desagregação por cor/raça de dados do Sistema Único de Saúde (MS/DataSUS) derivados da inconsistência de dados que consultamos nas pesquisas da saúde para elaboração deste estudo.

Cabe ressaltar, que nesta pesquisa, podemos inferir que a ausência de informações étnico raciais, nos artigos selecionados, pode estar ligada à negação do racismo, aparece velado nos serviços de saúde, nas relações entre os profissionais e no atendimento à população.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo realizado por meio de levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pela pesquisadora, utilizando a revisão narrativa, que se apresentou como um importante recurso metodológico. Nesse contexto, a revisão narrativa emerge como uma metodologia que deixa de ser um mero instrumento comunicacional, que investiga uma realidade anterior, para ser tomada como o próprio local de acontecimentos da análise da pesquisa pretendida.

Após a pesquisa bibliográfica foi possível construir o estudo buscando-se relações e divergências entre os artigos levantados nos documentos de referência. A

pesquisa teve como finalidade realizar uma revisão de narrativa reunindo conhecimentos sobre as relações interprofissionais nos serviços de saúde brasileiros, analisando as equipes de saúde que têm assistentes sociais, por se tratar da área profissional da pesquisadora.

Os critérios de inclusão definidos, para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português; artigos na íntegra que retratassem a temática das relações interprofissionais nos serviços de saúde brasileiros que tivessem em suas equipes assistentes sociais e artigos publicados e indexados no referido banco de dados no período de 2015 a 2019.

E, como critérios de exclusão, foram definidos: os artigos duplicados, documentos em formato de editorial com caráter opinativo; capítulos de livros e anais de congresso científico; dissertações, teses; e trabalhos de pós-graduação *stricto e lato sensu*; revisões sistemáticas e trabalhos em outras línguas.

Portanto a análise, quanto as sínteses dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado nesta revisão narrativa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nesta pesquisa, identificamos poucos artigos que trazem para o debate a fala do(a) assistente social na equipe de saúde. Quando o(a)s autores expõem os resultados das pesquisas, pouquíssimos destacam a fala destes profissionais dentro das equipes multiprofissionais. No início, isso causou estranhamento, pois temos estudos amplos do fazer profissional desta categoria profissional no campo de saúde.

A revisão narrativa realizada tem a transversalidade do estudo que apresenta como objeto equipes multiprofissionais com assistentes sociais. Iamamoto (4), parafraseando Drummond, afirma que os(as) assistentes sociais têm desafios “neste tempo de divisas, de gente cortada em suas possibilidades de trabalho e de obter meios de sobrevivência, ameaçando na própria vida (...)”. O estudo propôs entender como ocorre a “sobrevivência” do(a)s assistentes sociais nas equipes de saúde, o que ameaça a “vida melhor”, o trabalho destes profissionais, nas relações interprofissionais que estão envolvidas nas equipes multiprofissionais(4).

Sobre os aportes teóricos que subsidiam a ação do(a) assistente social no campo da saúde, Nogueira e Mioto (8) afirmam ser necessário o aprofundamento da discussão sobre promoção da saúde, relacionando-a ao direcionamento das ações do assistente social. Trata-se de uma concepção ampliada de saúde, trazendo para o debate a discussão sobre as ações que este profissional realiza nas equipes de saúde. Para o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, torna-se necessário fomentar a transversalidade e a grupalidade, a resolução no coletivo, respeitando os diferentes olhares e, além disso, o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Na saúde, o(a) assistente social precisa oferecer respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma população e não unicamente a um recorte de problemas; sua ação não pode se esgotar somente no encaminhamento, como se encontrasse um fim em si mesmo (8). Esse tem sido o maior desafio do(a)s assistentes sociais no campo da saúde, trabalhar em equipe de forma potente, para valorização da sua sobrevivência, frente aos desafios postos por outros profissionais.

Sobre o trabalho do(a) assistente social na área da saúde, e de sua relevância na construção democrática do conhecimento, articulado às demandas propostas, é importante fortalecer os meios necessários para mudança da população que atende. Além disso, descrever os consensos e os conflitos que vive na equipe multiprofissional e que contribuem com a fragmentação do trabalho, para que se desenvolvam estudos que narrem os desafios destes profissionais no processo de trabalho junto à equipe. Esta é uma das nossas percepções nesta pesquisa, ao não encontrarmos dados relevantes, ao nos depararmos com a falta de material qualitativo sobre estes profissionais na equipe de saúde.

Para além do trabalho do(a) assistente social na saúde, como este trabalhador(a) pode potencializar o coletivo, no qual participa na equipe multiprofissional? Partimos da hipótese que a educação permanente pode possibilitar o trabalho propositivo nas equipes de saúde, mas não sendo esta suficiente, diante das ameaças de demissão da gestão de mercantilista nos serviços de saúde. O Serviço Social, no tempo presente,

precisa romper com uma visão endógena, romper com as barreiras de uma visão prisioneira em si mesma, desconectada da realidade em que atua.

Por fim, é importante olhar para a fora da profissão, em direção a uma prática profissional propositiva e criativa para fortalecimento desta categoria frente as imposições inapropriadas que lhe são impostas.

### **1. Trabalho em Saúde na atualidade**

A pesquisa apresentada não teve um balanço quantitativo da taxa de profissionais da saúde, sob o recorte de cor/raça e por isso quer enfatizar a importância da divulgação de informações como demarcadores de mensuração de desigualdades raciais nos serviços de saúde brasileiros. Os resultados obtidos apontam uma tendência de índices desagregação por cor/raça de dados do Sistema Único de Saúde (MS/DataSUS) derivados da inconsistência de dados que consultamos nas pesquisas da saúde para elaboração deste estudo.

Lisboa (6) apresenta uma pesquisa que ouviu médicos, enfermeiros e agentes comunitários e constatou que profissionais de saúde negras relatam assédio moral durante pandemia (6). Assim, mostrou relatos de assédio moral no contexto da pandemia da Covid-19 foram mais comuns entre mulheres negras, que também declararam menos acesso a testes, treinamento e equipamentos. Importante pontuar que o referido estudo buscou entender o impacto da pandemia nos profissionais de saúde e foi realizado pelo Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB), da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas (FGV/Eaesp), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Rede Covid-19 Humanidades.

Sendo assim, os dados da referida pesquisa comprovam que alguns profissionais de saúde estão mais sujeitos a condições ruins de trabalho que outros.

*Com isso, entendemos que isso reforça desigualdades estruturais vinculadas à raça, ao gênero e à renda, já que as mulheres negras em geral estão em profissões menos valorizadas, como de agentes comunitárias de saúde", afirma uma das pesquisadoras (6).*

Vale pontuar que, estudos demonstram ainda que, o percentual de mulheres negras que relataram, durante as entrevistas, que sofreram assédio moral chegou a 38%. Cerca de uma em cada quatro (27%) afirmou que o assédio começou ou aumentou durante a pandemia. O cenário é bem diferente para os homens brancos: três em cada quatro (75%) afirmam não sofrer assédio moral no trabalho e 16% dizem que o assédio começou ou piorou na pandemia (6).

Tais dados evidenciam a importância de as pesquisas em saúde informarem dados sobre raça/cor, para que possamos entender o lugar de fala destes profissionais, à medida que dados étnicos raciais, são de extrema importância para identificar possíveis situações que envolvam preconceito e racismo nos serviços de saúde nas relações interprofissionais entre negros e brancos nas equipes multiprofissionais. Dados como este tornam a pesquisa rica e podemos averiguar com detalhes como acontece as tomadas de decisão dentro da equipe.

Desta forma, concordamos com o grupo responsável pelo estudo, quando recomenda a geração e divulgação de dados com desagregação de informações por gênero e raça, para a melhor compreensão dos impactos da pandemia. E para além disso, ser resistência ao enfrentar os problemas relatados nas entrevistas, aqui focamos no assédio as trabalhadoras negras.

## **2.Trabalho Multiprofissional em Saúde**

O trabalho assistencial em saúde é um trabalho essencial para a vida humana, pois seu produto é indissociável do processo que o produz, pois é como se realiza a atividade. Isso com a prestação do serviço, a assistência de saúde, mas que aparece de várias formas, como a realização de uma consulta, uma cirurgia; a aplicação de medicações; ou uma orientação social. Trata-se da realização de uma avaliação da situação de saúde com as indicações de uma conduta terapêutica /assistencial (11).

Com isso, podemos inferir como o trabalho neste contexto pode ser desenvolvido de forma autônoma na relação profissional e cliente. A autora utiliza o termo 'cliente' pois entende que 'paciente' representa uma relação de passividade, de perda de autonomia e a total dependência imposta ao indivíduo que precisa da assistência em saúde, uma vez que nos serviços de saúde as pessoas ficam sujeitas ao

que é determinado pela Instituição e pelos profissionais de saúde. Mas a autora explica que o termo 'cliente' também passou por críticas por representar uma relação de consumidor, que nos demais campos da economia tem relação com a capacidade econômica do indivíduo consumir o que pode pagar. Cabe aqui pontuar que, neste estudo, utilizamos o termo usuário(a) em referência aquele que utiliza os serviços de saúde.

Atualmente, o trabalho em saúde tem se configurado num trabalho coletivo realizado por vários profissionais de saúde para realização do que é necessário para suprir a manutenção da estrutura institucional. Isso por meio de um trabalho fragmentado, em que há o incentivo para que cada categoria profissional se organize e preste a assistência de forma isolada, sendo o médico o ator principal do processo assistencial em saúde, no nível institucional. Já os outros profissionais participam da assistência, de forma subordinada às decisões médicas (11).

Sobre o poder médico no processo de trabalho em saúde, concordamos que os profissionais médicos delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, (4, 11).

Por fim, concordamos com a autora que o atual cenário para os trabalhadores, em geral e para os da saúde, é extremamente adverso, complexo, exigindo da classe trabalhadora a capacidade de reflexão teórica para entender os problemas atuais no setor saúde. Acreditamos na importância de estudos e das pesquisas que promovam a formação política dos trabalhadores, incluindo os da saúde, ao desenvolver no coletivo formas de luta que enfrentem as ofensivas da lógica do capital e as políticas neoliberais na busca da valorização do seu trabalho e de respeito à sua vida (11).

O conceito de "processo de trabalho em saúde" está relacionado à dimensão detalhada do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática laboral do cotidiano dos trabalhadores/profissionais de saúde que estão inseridos no contexto da lógica de produção e consumo de serviços de saúde. As autoras chamam a atenção para a importância de compreender que este processo de trabalho reproduz o cotidiano e toda a dinâmica do trabalho humano (9). Trata-se da introdução de alguns aspectos da

centralidade do trabalho, que é a categoria de análise da qual procede o conceito de “processo de trabalho em saúde”.

Nesse cenário, o conceito de “processo de trabalho em saúde” foi desenvolvido inicialmente com base no trabalho médico, desde o início dos anos 1980, mas isso aconteceu devido à contribuição de estudos sobre processos de trabalho específicos, de outras áreas profissionais em saúde. Destacam a área de enfermagem, como referência inicial em diagnóstico do processo de trabalho em saúde. As autoras ressaltam a necessidade do estudo do “processo de trabalho em saúde”, pois faz uma representação importante, desde sua origem, sobre a abordagem teórico-conceitual para as questões sobre recursos humanos em saúde. Diante deste fato, as autoras destacam o Projeto Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde, (9).

Mas, é a partir dos anos 1990, que ocorre um divisor de águas e que se estabelece a reflexão a respeito da pesquisa sobre o “processo de trabalho em saúde”, diante das novas formas de trabalho flexível e/ou informal e da regulação realizada pelo Estado, com foco nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho, (9).

No que concerne uma conexão circular, de mútua influência, entre processo de trabalho e necessidades de saúde, entre produção e consumo de serviços de saúde, o que implica num processo que articula as tecnologias e as técnicas disponíveis como os valores que surgem dentro do processo do trabalho em saúde.

Nesse sentido, há uma conformação social produzindo as necessidades e processos de trabalho, que muitas vezes é permeada pela desigualdade das relações sociais de que fazem parte cada indivíduo inserido neste processo, e isso, inclui as necessidades de saúde. Mas, para além de reiterar práticas, necessidades e valores consagrados, essa circularidade também abre espaço para a mudança e a “criação de espaços de emergência de novas necessidades de saúde”(10). Dessa forma, a autora expõe que há uma centralidade na intervenção do profissional médico, isso decorre de uma *racionalidade médica* e da *posição periférica* dos profissionais das demais áreas no processo de trabalho em saúde, que corresponde a uma certa dominância do poder médico nos serviços de saúde.

Destaca-se que as formas de poder médico são nucleares na lógica da produção e distribuição dos serviços hospitalares, reconhecendo que o trabalho coletivo na saúde está orientado pela liderança médica, mesmo que de forma indireta, e nisso ocorre uma submissão de todos os profissionais envolvidos na produção de cuidados orientados pelo modelo clínico.

Entretanto, isso vem acarretando numa fragmentação expressiva da assistência e do cuidado, uma vez que todo procedimento realizado no trabalho em saúde envolve vários trabalhadores em torno do cuidado ao paciente, isso na especificidade de cada profissional em um aspecto particular do cuidado especializado ao paciente.

Por isso, para possíveis mudanças no processo de trabalho em saúde, é necessária antes uma transformação da racionalidade médica, que deve estar pautada na integralidade da saúde e incluir mudanças radicais nos âmbitos assistencial e gerencial, com ênfase no trabalho em equipe e na redistribuição do poder entre toda a equipe de trabalho, por meio de uma liderança coletiva onde se respeita a especificidade de cada profissional de saúde envolvido neste processo de organização do trabalho em saúde (10).

Sendo assim, concordamos com a autora que a fragmentação da assistência e do cuidado em saúde é uma problemática, que ao longo do tempo, tem interferido na eficiência dos serviços prestados, na sua necessária racionalização como na sua eficácia e efetividade, isto é, sua capacidade de produzir resultados melhores e mais expressivos no cuidado à população usuária dos serviços de saúde.

Desta forma, esta fragmentação expõe a temática da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, que, no trabalho em saúde está ligada à organização dos serviços em equipes multiprofissionais, ao invés do trabalho individualizado e isolado de cada profissional que compõe a equipe de saúde.

A autora discute a postura crítica que os profissionais da saúde têm em relação ao modelo hegemônico biomédico, mas que se afastam da proposta do projeto assistencial/terapêutico, os saberes e ações de caráter preventivo, educativo, psicossocial e comunicacional e, portanto, não incorporam o conhecimento necessário para construção de um outro projeto assistencial e terapêutico pautado na

integralidade da saúde, e que substitua a racionalidade biomédica no atendimento à população usuária dos serviços de saúde (10).

A pesquisa esteve pautada no conceito de trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que exige uma construção de relação recíproca, onde toda a equipe de saúde participa de forma ativa, respeitando a interação entre os profissionais de diferentes áreas, sendo a comunicação a potência do fazer profissional, acompanhada da cooperação, o que inviabiliza relações de disputa de poder e de violência interpessoal entre os profissionais de saúde (9,10).

No entanto, esta pesquisa identificou que o trabalho em equipe perpassa em seu cotidiano laboral pela subordinação, mesmo que inconsciente, dos profissionais de saúde ao modelo hegemônico biomédico, assim como a submissão dos profissionais não médicos ao profissional médico, o que segue uma lógica de subordinação perversa, prevalecendo uma tradição que dificulta a incorporação da interdisciplinaridade na prática multiprofissional e da própria multiprofissionalidade nos serviços de saúde (9,10). Nas unidades hospitalares, é recorrente a questão da gestão do leito do paciente, o que na maioria das vezes acontece pela discussão da alta médica e da alta social do paciente, criando uma tensão nos procedimentos para alta hospitalar, entre o/a médico (a) e o/a assistente social.

A respeito da discussão sobre os profissionais que têm uma postura crítica em relação ao modelo hegemônico biomédico, mas que se afastam da proposta do projeto assistencial/terapêutico, os saberes e ações de caráter preventivo, educativo, psicossocial e comunicacional e, portanto, não incorporam o conhecimento necessário para construção de um outro projeto assistencial e terapêutico pautado na integralidade da saúde, e que substitua a racionalidade biomédica no atendimento à população usuária dos serviços de saúde (10).

Experenciar o desenvolvimento desta pesquisa, ressalta a importância de compreender a intenção e a racionalidade que orientam o trabalho em equipe de saúde, de modo a fazer uma distinção do modelo biomédico, pautado na medicalização da saúde e na mercantilização dos serviços de saúde, do modelo que está orientado pela

integralidade e pela interdisciplinaridade da saúde, comprometido com as necessidades de saúde dos usuários e da população da área de abrangência do serviço (10).

Desta forma, no trabalho em equipe, a comunicação é intrínseca ao processo de trabalho, pois existe uma interação simbólica da linguagem, que ocorre na articulação das ações, na colaboração e na integração dos saberes técnicos. Assim, acontece o processo de trabalho em saúde como ação produtiva que busca resultados que atendam às necessidades de saúde da população usuária e também como interação social. Para a autora, considera-se, portanto, que, de um lado, o estudo do processo de trabalho em saúde produz arranjos tecnológicos diferentes e criados ao longo da história de sociedades concretas, por meio de produção social e de organização dos serviços de saúde ou modelos tecnológicos em saúde/ou modelos assistenciais. De outro lado, aborda que o processo de trabalho aproxima -se da execução de uma atividade com finalidade: o próprio trabalho, para que aconteça a análise do trabalhador de saúde e as vinculações que estabelece com os demais elementos constituintes do processo de trabalho e com outros trabalhadores e usuários ou população usuária dos serviços de saúde (9,10).

Na investigação sobre o trabalho em equipe multiprofissional na perspectiva do processo de trabalho em saúde, Peduzzi (10) destaca a comunicação entre os profissionais e faz um diálogo com a teoria de Habermas, o que permite compreensão sobre a relação recíproca entre trabalho e interação e a articulação entre a dimensão tecnológica e a dimensão comunicativa. A autora fala sobre a perspectiva habermasiana, que distingue agir instrumental e agir-comunicativo, e a articula às concepções sobre processo de trabalho em saúde, permitindo compreender a complexidade da dinâmica da ação multiprofissional, considerando dialeticamente a dimensão estrutural dos arranjos persistentes e visível do trabalho e da racionalidade assistencial, bem como a dimensão dos sujeitos partícipes deste processo, que expressa a intersubjetividade (10).

### **3. Assistentes Sociais e trabalho em saúde**

Mioto e Nogueira e Duarte afirmam que o conjunto das mudanças operadas pelo SUS ainda não respondeu a sua proposta de superar o modelo médico-hegemônico

e dominante, tendo em vista que a temática do social, no campo da saúde, tem recaído para outros profissionais, quando deveria priorizar a articulação intersetorial nos planejamentos em saúde, diante das políticas públicas que fazem intervenção nas condições de vida da população usuária e dos serviços de saúde (3,8). Podemos inferir as tensões que existem no trabalho da equipe em saúde, em que está inserido o(a) assistente social. A importância de compreender as especificidades de um processo de trabalho em saúde, caracterizado pela prestação de serviços, no tocante às suas implicações e particularidades, principalmente o trabalho das equipes multiprofissionais, mas tendo sempre a questão da integração das disciplinas que operam o cuidado em saúde, diante da impossibilidade de que isto aconteça de forma isolada, quando se trata do atendimento a uma população usuária(3).

O autor informa ainda que, no campo da saúde, a possibilidade de mudança para os modelos de tom democrático e participativo acaba implicando na alteração das relações de poder e na centralidade da ordem médica, que se impõe a qualquer outro projeto de gestão e organizações dos serviços de saúde, o que acaba refletindo no trabalho multiprofissional da equipe de saúde. A autonomia médica se apresenta como um “corpo fechado”, que não aceita ser submetido a qualquer forma de opinião contrária ao seu posto de poder, construído historicamente, e, com isso, usa da sua “posição hierárquica” para delegar aos outros profissionais da equipe funções e tarefas que não fazem parte da sua atribuição profissional. No caso dos(as) assistentes sociais, são exemplos: a informação sobre óbito, a regulação de vagas e o controle de leitos (3, 11).

Nesta pesquisa entendemos que um dos maiores desafios do Assistente Social no tempo presente, é “desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes do cotidiano” (4). O(A) assistente social que trabalha nos serviços de saúde é provocado(a) todo o tempo a responder às indagações sobre a efetivação da sua participação no processo de trabalho em saúde, frente ao cenário de privatização e precarização das condições de trabalho, na garantia de direitos à população usuária que atende. A autora ainda analisa a atuação do profissional de Serviço Social como mediador na reprodução das relações

sociais, para garantir a participação dos atores sociais no palco da sociedade. Com isso, percebemos a dimensão política do trabalho do(a) assistente social no trabalho em saúde, diante das relações de poder presentes nos serviços em geral, inclusive nos serviços de saúde. Desta forma, a autora faz referências às relações do Serviço Social no âmbito político e profissional, (4).

Contudo, a instituição que contrata o trabalho do(a) assistente social cria suas próprias normas, o que requer deste(a) profissional uma postura propositiva. Por isso, as atividades do(a) assistente social dependem da sua competência na leitura e acompanhamento dos processos sociais, pois “pesquisar e conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudança” (4).

Atualmente, temos vivenciado a naturalização do medo laboral, o que evidencia a importância do diálogo com o segmento da categoria de Serviço Social que, numa reinvenção da sua atuação frente aos desafios cotidianos, dentre eles, o racismo institucional, que afeta diretamente as relações interprofissionais nos serviços de saúde.

Nesta direção, Melissa Cannabrava (2) compartilha na sua pesquisa, dados sobre as profissionais de saúde negras, que são as que mais sofreram efeitos da pandemia e enfrentaram uma guerra diária e se arriscaram no enfrentamento do vírus, que atualmente já causou mais de 617 mil mortes ao longo de 2021. Diante de todo esse cenário pandêmico, o racismo estrutural tem desafiado, ofendido, de forma expressiva as mulheres negras que exercem profissões na área da saúde pública no Brasil.

Diante do debate apresentado, precisamos analisar quais são os desafios do(a)s trabalhadores de cor/raça preta nas suas relações interprofissionais e até mesmo com a população usuária, revelando a condição de vulnerabilidade de alguns grupos étnico-raciais nas equipes dos serviços de saúde.

Estudos de Melissa Canabrava (2) divulgou um estudo que elucida a situação de mulheres negras que atuam na área da saúde durante a pandemia, trata-se de uma parceria com a Fiocruz Minas e a Rede Covid-19 Humanidades, a Escola de

Administração de Empresas de São Paulo (Easp/FGV), divulgado, por meio da Agência Bori.

No resultado desta pesquisa podemos inferir que a ausência de informações étnico raciais sobre os artigos selecionados, pode está ligado a negação do racismo, que como podemos observar nas falas a cima, aparece velado nos serviços de saúde, nas relações entre os profissionais e no atendimento à população. O fato é que trata-se de um racismo estrutural, que se esconde, nas questões de classe, do Estado, da vulnerabilidade e da pobreza. Sendo a sua característica principal, a afirmação da sua negação.

Portanto, entendemos que o retrato da mulher negra, inserida em relações patriarcais, nos serviços de saúde, tem ocupado espaços de trabalho mais precarizados e mal remunerados e expostas a situações de humilhação que pode culminar em violências nos espaços que ocupa, na sociedade e no seu espaço de trabalho, aqui tratamos dos serviços de saúde.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados evidenciam que o corpo negro nos serviços de saúde tem sido excluído das equipes multiprofissionais no desrespeita a pesquisa em saúde, aqui especificadamente podemos inferir que falta de dados sobre o quesito raça/cor traz à tona a invisibilidade das mulheres negras nas equipes de saúde.

A inexistência de relatos de trabalhadores(as) negros(as) reforçam o racismo estrutural que permeia a nossa sociedade, e isso explana a falta de letramento racial nas equipes de saúde, o que deveria ser implementado com urgência na educação permanente destes profissionais.

Frente a essas considerações, precisamos refletir aqui como tem sido narrado o trabalho dos(as) profissionais negros dentro da sua categoria e de outras categorias profissionais, incluindo os(as) assistentes sociais.

E compreendermos o significado da ausência da fala de profissionais negros e negras nos serviços de saúde, nas pesquisas em saúde, quer nos revelar, seria o fracasso

da sociedade em não reconhecer o racismo como uma questão social latente que respinga no processo de trabalho da equipe na saúde, principalmente, quando a discriminação por cor/ raça é uma realidade demonstrada na falta de dados desta população que também vive do trabalho e ocupa espaços ocupacionais na saúde.

### **CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores declaram que não houve conflitos de interesses durante a execução do projeto de pesquisa e na elaboração da dissertação de Mestrado.

### **REFERÊNCIAS**

1. ANDRÉ, S. F. Relações Interprofissionais nas Equipes de Saúde com Assistentes Sociais: uma revisão da literatura. **Dissertação apresentada ao Curso de Pós- Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, como exigência para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.** Niterói, 2022.
2. CANNABRAVA, M. **Profissionais de saúde negras são as que mais sofrem efeitos da pandemia.** Disponível em: <http://www.museudavida.fiocruz.br/index.php/noticias/1591-profissionais-de-saude-negras-sao-as-que-mais-sofrem-efeitos-da-pandemia>. Acesso em 13 de janeiro 2023.
3. DUARTE, M. J. de O. Processo de trabalho em saúde e Serviço Social: notas sobre o trabalho profissional no campo da saúde. In: DUARTE, M. et al (Orgs). **Política de Saúde Hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais.** Campinas: Papel Social, 2014.
4. IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2008.
5. KALCKMANN, S. & SANTOS, C. & BATISTA, L. & CRUZ, V. (2007). Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saude E Sociedade - SAUDE SOC.**
16. 10.1590/S0104-12902007000200014.

6. LISBOA, V. **Profissionais de saúde negras relatam assédio moral durante pandemia.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-12/profissionais-de-saude-negras-relatam-assedio-moral-durante-pandemia>. Acesso em 13 de janeiro 2023.
7. MBEMBE, A. **Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção.** N-1 edições: São Paulo, 2018.
8. MIOTO, R.C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde.** In: MOTA, A. E et al.(orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez / ABEPSS / OPAS / OMS / Ministério da Saúde, 2006.
9. PEDUZZI, M. & SCHRAIBER, L. B. **Processo de trabalho em saúde In: Fundação Oswaldo Cruz.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.
10. PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades das práticas comunicativas orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população.** [Tese de livre docência] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2007.
11. PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Bras. Enferm,** Brasília, v. 53, n.2, p. 251-263, abril, jun. 2000.
- 12.

# **Atuação de enfermeiros da atenção básica em saúde da mulher em municípios de Pernambuco**

*Performance of primary care nurses in women's health in municipalities of Pernambuco*

*Actuación de enfermeros de atención primaria en salud de la mujer en municipios del estado de Pernambuco*

*Mariana Brandt Fernandes Santos  
Angela de Oliveira Carneiro  
Efraim Ricardo Souza Santos Filho*

## **RESUMO**

O objetivo deste estudo foi analisar se os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) de municípios de Pernambuco (PE), realizam ações previstas em protocolos sobre Saúde da Mulher. Trata-se de um recorte da pesquisa qualitativa "Práticas de Enfermagem no Contexto da APS: estudo nacional de métodos mistos", aprovada pelo CEP da FS/UnB, sob o número CAAE: 20814619.2.0000.0030. O recorte foi para o estado de PE e da temática saúde da mulher, tendo como participantes 25 enfermeiros de APS dos municípios de Cabrobó e Recife. Utilizou-se as narrativas pertinentes ao tema para analisar em profundidade os conteúdos, conforme descrito em Bardin, e posteriormente foram elencadas três categorias para demonstrar os resultados e comparar os achados com ações previstas em protocolos e manuais pertinentes. Os resultados apontam que os protocolos mais utilizados são os do Ministério da Saúde, enquanto houve pouca menção ao protocolo local. Em relação a assistência, viu-se que os grupos de mulheres no climatério e na puberdade não fazem parte da rotina de atribuições, assim como o Programa de Saúde na Escola. Por fim, 75% dos enfermeiros identificaram a área de saúde da mulher como a de maior autonomia. Diante disso, ficou evidente que a utilização de protocolos é essencial para guiar a prática do enfermeiro na assistência à saúde da mulher, pois garante autonomia e padronização das atividades.

**Palavras-chaves:** Assistência integral à saúde; Atenção primária à saúde; Cuidados de enfermagem; Enfermagem; Saúde da mulher.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to analyze whether Primary Health Care (PHC) nurses in municipalities in the state of Pernambuco (PE) carry out actions provided for in protocols on Women's Health. This is an excerpt from the qualitative research "Nursing Practices in the Context of PHC: a national mixed-methods study", approved by the CEP of the FS/UnB, under CAAE number: 20814619.2.0000.0030. The study focused on the state of Pernambuco and the theme of women's health, with 25 PHC nurses from the municipalities of Cabrobó and Recife taking part. Narratives pertinent to the topic were used to

analyze the content in depth, as described by Bardin, and three categories were then listed to demonstrate the results and compare the findings with actions provided for in pertinent protocols and manuals. The results show that the most widely used protocols are those of the Ministry of Health, while there was little mention of local protocols. With regard to care, it was found that groups for women in the climacteric and puberty periods are not part of the routine, nor is the School Health Program. Finally, 75% of the nurses identified women's health as their area of greatest autonomy. It is clear that the use of protocols is essential to guide nurses' practice in women's health care, as it guarantees autonomy and standardization of activities.

**Keywords:** Comprehensive health care; Primary health care; Nursing care; Nursing; Women's health.

## **RESUMEN**

El objetivo de este estudio fue analizar si las enfermeras de Atención Primaria de Salud (APS) de los municipios del estado de Pernambuco (PE) realizan las acciones previstas en los protocolos de Salud de la Mujer. Se trata de una sección de la investigación cualitativa "Prácticas de Enfermería en el Contexto de la APS: un estudio nacional de métodos mixtos", aprobada por el CEP de la FS/UnB, con el número de CAAE: 20814619.2.0000.0030. El estudio se centró en el estado de Pernambuco y en el tema de la salud de la mujer, con la participación de 25 enfermeras de APS de los municipios de Cabrobó y Recife. Se utilizaron narrativas pertinentes al tema para analizar el contenido en profundidad, según lo descrito por Bardin, y luego se enumeraron tres categorías para demostrar los resultados y comparar los hallazgos con las acciones previstas en los protocolos y manuales pertinentes. Los resultados muestran que los protocolos más utilizados son los del Ministerio de Sanidad, mientras que se mencionaron poco los protocolos locales. En cuanto a los cuidados, se constató que los grupos para mujeres en el climaterio y la pubertad no forman parte de la rutina, como tampoco el Programa de Salud Escolar. Finalmente, 75% de las enfermeras identificaron la salud de la mujer como su área de mayor autonomía. Por lo tanto, queda claro que el uso de protocolos es esencial para orientar la práctica de las enfermeras en la atención a la salud de la mujer, pues garantiza autonomía y estandarización de las actividades.

**Palabras clave:** Atención integral de salud; Atención primaria de salud; Atención de enfermería; Enfermería, Salud de la mujer.

## **1 INTRODUÇÃO**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada principal no Sistema Único de Saúde (SUS), visto que é o primeiro local que a população deve procurar

quando tem qualquer problema de saúde e onde as ações de proteção à saúde e prevenção de doenças deve ser ofertada o mais próximo da comunidade (1).

O funcionamento da APS no Brasil vem sendo ofertado por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), constituída por uma equipe de profissionais como: enfermeiro, dentista e médico, além dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos técnicos de enfermagem, os quais devem atender as necessidades de saúde da comunidade de forma integral. Nesse cenário, o enfermeiro tem papel primordial, que vai desde a administração da unidade até a assistência, além de ser um importante mediador entre a população e a Unidade Básica de Saúde – UBS (2).

A ESF deve trabalhar com ações de promoção à saúde, sendo o enfermeiro o que mais desenvolve práticas de educação em saúde, além de ser responsável por acompanhar os principais grupos de risco na UBS, como na atenção à saúde do adulto e do idoso, da mulher, da criança, às doenças crônicas e doenças infectocontagiosas, assim como outros grupos, a depender do perfil epidemiológico da comunidade. A APS que funciona bem, gera redução da sobrecarga de serviços e melhora a qualidade de vida na comunidade, reduzindo internações (1, 2).

O enfermeiro assume a maior parte do trabalho na ESF, sendo que não é este profissional que tem salários maiores, e sua autonomia na prescrição de exames e medicamentos depende da organização de cada município, no que diz respeito a regulamentação de protocolos para execução dessas atividades. Apesar da Lei Nº 7.498/86 tratar sobre as atividades privativas do enfermeiro e regulamentar as práticas que este profissional pode desenvolver, suas competências são variáveis a depender do local de trabalho (3, 4, 5).

De acordo com Batista, Cardoso e Figueiredo (2019) sobre a percepção dos enfermeiros quanto a sua autonomia na APS, percebe-se que há um confronto entre diferentes percepções de autonomia. Quando se fala do desenvolvimento de ações em saúde e em atividades de gerência, esse profissional considera ter total liberdade de ação. Em contrapartida, no que se refere às ações assistenciais aos principais grupos de risco - principalmente em cidades de pequeno porte e zona rural, o enfermeiro exerce funções nas quais não existem protocolos regulamentando sua prática, devido à ausência de profissionais médicos e a falta de protocolos de ações ampliadas para assistência de enfermagem (6, 7).

Diante desse cenário, há inúmeros desafios atrelados às barreiras de acesso à uma APS que atenda às reais necessidades da população e de maior autonomia do enfermeiro. Atualmente, o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, vem discutindo a regulamentação das Práticas Avançadas de Enfermagem (PAE) na APS, sendo a Nota Técnica COFEN Nº 001/2023, responsável por trazer esclarecimentos sobre o contexto, conceito, ações empreendidas, implementação e regulamentação da PAE, visando fortalecer o trabalho em saúde, qualificando e padronizando o trabalho do enfermeiro em diversos cenários, principalmente na APS (8, 9, 10).

O enfermeiro que atua na PAE possui habilidades em uma especialidade, tendo autonomia e conhecimento científico adequados para realizar a assistência. Em países desenvolvidos em que a PAE é consolidada, há o reconhecimento da enfermagem devido a qualidade do atendimento e satisfação dos usuários, além do impacto no que se refere a economia, pois há redução de custos com doenças crônicas e otimização dos serviços de saúde (11, 12, 13).

No Brasil, um estudo nacional sobre a prática dos enfermeiros, demonstrou que a realização de consultas de pré-natal foi a atividade mais bem avaliada pelos enfermeiros no quesito resolutividade, sendo essa, a maior proporção (73,7%) em relação às demais práticas dos enfermeiros na APS. Assim, a área de saúde da mulher vem sendo bastante procurada para especialização de enfermeiros e para implantação da PAE no Brasil (14, 15).

Raposo, Mascarenhas e Costa (2021), trazem uma revisão histórica de políticas públicas relacionadas ao conhecimento da enfermagem na saúde da mulher na APS, e fala que desde as primeiras políticas, a enfermagem é a responsável pela execução de tarefas e procedimentos, como o atendimento inicial, consulta, visita domiciliar, coleta de exames, educação e orientação em saúde, fato que corrobora com os achados da pesquisa de Sousa (2022), em que a área de saúde da mulher é a que os enfermeiros consideram ter mais autonomia na APS (16, 14).

O COFEN regulamenta as ações que são privativas dos enfermeiros no âmbito da equipe de Enfermagem, por meio de resoluções que garantem autonomia a estes profissionais. Diversas resoluções estão em vigor, como a Resolução Nº 690/2022, sobre planejamento familiar e reprodutivo, e a Resolução Nº 661/2021, sobre classificação de risco e priorização da assistência. A Lei n.º 7.498/86 dispõe sobre a

profissão da enfermagem, e em seu Art. 11º, II, C, diz que cabe ao enfermeiro a “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”. Após essa Lei, a Resolução COFEN Nº 195/1997 dispõe sobre a legalidade do enfermeiro em solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais. Para assegurar o direito ao atendimento dos pacientes que dependem da rede pública, os municípios e estados devem elaborar e publicar protocolos, guias, manuais e notas técnicas (17, 18, 19).

As atribuições do enfermeiro na APS, em relação à saúde da mulher, são abrangentes, sendo este profissional essencial na promoção da qualidade de vida e proteção à Saúde da Mulher. Considerando a importância de qualificar a assistência e atuação do enfermeiro, o objetivo desse trabalho é identificar e analisar as práticas de enfermagem na ESF, na área de saúde da mulher, segundo os protocolos e manuais disponíveis, e como estes contribuem na rotina de atribuições e na autonomia do enfermeiro nos municípios de Cabrobó e Recife (PE).

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um recorte da pesquisa qualitativa intitulada “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos”, realizada pela Universidade de Brasília (UnB) em parceria com o COFEN, se tratando de um estudo multicêntrico e de abrangência nacional. Os materiais e métodos utilizados na pesquisa seguiram as recomendações do projeto multicêntrico e estão disponibilizados no relatório final da pesquisa (14).

O recorte feito foi em relação ao tipo de estudo, estado e tema, que no presente trabalho foi o estudo qualitativo em dois municípios do estado de PE, representando a classificação do IBGE de intermediário adjacente e urbano (Cabrobó e Recife, respectivamente); e o tema foi sobre as Práticas do Enfermeiro em relação a Saúde da Mulher (21).

Os participantes foram 24 enfermeiros que atuam na APS dos dois municípios – 15 de Recife e 9 de Cabrobó, selecionados aleatoriamente pelas listas de

profissionais atuantes, disponibilizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde das respectivas cidades.

Como instrumento para coleta dos dados, foram utilizadas as entrevistas semiestruturadas dos enfermeiros participantes, realizadas no período de dezembro/2020 a março/2021, de forma remota síncrona e com gravação de tela para posterior transcrição. A ferramenta utilizada foi o Google Meet, levando em conta a pandemia da COVID-19 e a restrição de contato no período citado. Nestas, foram selecionadas as narrativas em relação a saúde da mulher.

A análise das entrevistas seguiu o método de Bardin (2016), em que depois da análise flutuante foram criadas categorias a partir da classificação e agregação de temas, palavras ou frase. Foram criadas três categorias sobre a temática em questão: 1) utilização de protocolos; 2) assistência de enfermagem em saúde da mulher na APS; e 3) autonomia de enfermagem (22).

A codificação utilizada para identificação do enfermeiro entrevistado, foi uma abreviação da titulação do profissional e do município em questão, seguido pelo número de ordem de realização das entrevistas, sendo que em Recife, o código é “ENF\_REC\_Nº DE ENTREVISTA”, e em Cabrobó “ENF\_CAB\_Nº DE ENTREVISTA”.

Posteriormente, para cada categoria, houve comparação com os seguintes protocolos: Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres; o Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica do Conselho Regional de Enfermagem de PE; normativas do Ministério da Saúde (MS) que abrangem a área de saúde da mulher; e legislações dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) e COFEN que regem a profissão (23, 24).

A pesquisa guarda-chuva foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, sob o número CAAE: 20814619.2.0000.0030 e pelos comitês das demais unidades federadas, atendendo os preceitos de riscos e benefícios que podem ocorrer durante a pesquisa. Em Pernambuco, os procedimentos éticos e de integridade da pesquisa foram respeitados de forma íntegra, garantindo uma relação de confiança e estabelecendo limites éticos entre pesquisador e participante, com a assinatura dos termos de anuência, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz para fins de pesquisas (14).

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 3.1 Categoria I: utilização de protocolos

Os protocolos têm o objetivo de padronizar fluxos, condutas e procedimentos clínicos durante a consulta de enfermagem, assegurando ao enfermeiro suas ações e guiando esses profissionais em diversas nuances de sua rotina. Os protocolos mais citados nas entrevistas pelos enfermeiros foram: o Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres, que traz especificamente as ações do enfermeiro nessa área, possuindo fluxogramas que mostram até onde vai a abordagem do enfermeiro e os procedimentos que devem ser realizados em sua assistência; o Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica do Coren-PE, que busca subsidiar e respaldar a atuação na Atenção Básica (AB) dentro do estado, contendo ações para os diversos públicos; além desses, também foi vista a utilização de protocolos a nível local e dos Cadernos de Atenção Básica – CAB (23, 24).

Os achados dessa categoria foram analisados devido a 3 perguntas norteadoras da entrevista, sendo a primeira: “dentro da equipe você precisa de avaliação ou prescrição de outro profissional para concluir um atendimento que iniciou, seja um acolhimento ou em consulta? Existe algum tipo de disponibilidade de protocolos no município para que isso aconteça? ”, obtendo diferentes respostas.

*Eu não sei se eles terminaram isso, que é uma falha grave. Pra você ver, eu tô num município [...] e a gente não tinha um protocolo de enfermagem. Veio até um fiscal do COREN na época e ele disse “olhe, tudo bem que tem os cadernos de saúde do Ministério da Saúde que diz o que o enfermeiro pode e o que não pode fazer, mas a partir do momento que vocês não têm protocolo nenhum [municipal], vocês não podem nem prescrever sulfato ferroso ou ácido fólico para gestante, vocês não podem solicitar um hemograma”. [ENF\_CAB\_01]*

*Você acredita que até hoje não tem protocolo? A gente prescreve segundo os manuais do Ministério, também a gente não foge, mas a gente não tem protocolo de enfermagem. Já foi falado, “refalado”, já foi conversado com o sindicato, com a própria gestão. A gente tem um protocolo de pré-natal, mas de prescrição de medicamentos a gente não tem. Mesmo assim eu nunca tive problema não, nem com COFEN e COREN que eles viessem uma vez... Nem com nenhum usuário. Mas também não saio da rotina do Ministério, não prescrevo nada fora da conduta dos protocolos do Ministério. [ENF\_CAB\_09]*

*Atualmente a gente segue basicamente os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde e tem algumas outras normativas do município que a gente também costuma seguir, mas a intenção é, justamente, construir esse protocolo pra que todo enfermeiro da atenção básica de Recife possa caminhar no mesmo sentido, mas aí abordando todos os núcleos. [ENF\_REC\_05]*

Pelas falas dos entrevistados de Cabrobó, há uma contradição em relação à presença ou não de protocolos municipais, levando a pensar que há um desconhecimento de enfermeiros acerca da existência ou falha na distribuição e divulgação desses manuais. Em relação aos enfermeiros de Recife, citam que há protocolos no município, embora não especifiquem quais são esses protocolos.

Vê-se que a ausência de protocolos locais está atrelada a falta de respaldo legal para uma assistência integral, pois em algumas narrativas percebe-se que esse profissional deixa de fazer algo que está ao seu alcance para atender as necessidades da população, mas não fazem devido à falta de regulamentação.

A outra questão norteadora foi: “em relação à saúde da mulher, você realiza coleta de exame papanicolau e exame clínico das mamas? Existe algum tipo de protocolo específico a nível municipal para condução dessas situações?”.

*Sim [...] São baseados no Ministério da Saúde, mas existe protocolo sim. O protocolo é bem completo, pega tudo que a gente atende na Atenção Básica. [ENF\_CAB\_03]*

*Existe sim o protocolo, e a gente faz o treinamento avançado, né... pra quando esse resultado chegar, a gente ter autonomia no tratamento. [ENF\_REC\_01]*

*Eu utilizo os protocolos do Ministério da Saúde, em relação à Saúde da Mulher. [ENF\_REC\_02]*

*Não, a gente usa os Cadernos de Atenção Básica [ENF\_REC\_05]*

Nessa análise também foi possível afirmar que os protocolos mais utilizados para a assistência são os do MS, como os CAB. Além disso, todos utilizam protocolos para guiar sua abordagem durante a rotina de realização desses exames.

Por fim, a pergunta: “em caso de verificação de um processo inflamatório ou infeccioso em uma infecção sexualmente transmissível, você prescreve tratamento medicamentoso? Existe algum protocolo ou alguma conduta que é orientada a ser feita?”.

*Eu sigo aquele próprio fluxograma de IST 's do Ministério da Saúde [...] eu sei que não tem protocolo... aqui no município a gente nem poderia, mas eu segui o protocolo do Ministério da Saúde e até onde eu posso ir, eu faço [ENF\_CAB\_01]*

*Veja, pela abordagem sindrômica das IST's eu posso. Eu posso medicar pelo protocolo. Eu sempre sigo protocolo do Ministério da Saúde e o protocolo de Recife, e lá eu tenho propriedade, eu tenho capacidade, eu sou autorizada a fazer então, pela abordagem sindrômica eu faço sim. [ENF\_REC\_03]*

*Na abordagem sindrômica eu não preciso da inscrição de outro profissional, porque temos a capacitação para isso aqui em Recife. Tem uma lei que nos acoberta, existe também os protocolos [do Ministério da Saúde] e inclusive o protocolo do COREN em que nos acoberta. Caso o paciente precise de alguma medicação que não esteja dentro do meu protocolo, eu encaminho para consulta. [ENF\_REC\_07]*

A atuação dos enfermeiros de Recife e Cabrobó está embasada em protocolos, garantindo segurança, redução da variabilidade de ações prestadas, melhor qualidade na tomada de decisão assistencial, facilita o desenvolvimento de indicadores de trabalho, comunicação profissional, coordenação do cuidado, entre outros, sendo os protocolos mais utilizados os do MS e do COREN-PE. Entretanto, há uma deficiência em relação ao uso de protocolo municipal, o qual o COFEN orienta a sua criação, a fim de retratar a realidade de cada comunidade, respaldando as rotinas das instituições e assegurando as práticas de enfermagem (25, 26).

A importância dos protocolos perpassa o campo de práticas baseadas em evidência. Eles são criados através das necessidades encontradas pelos enfermeiros em seus atendimentos, subsidiando de maneira direta e objetiva suas ações, respaldando esses profissionais e garantindo autonomia, além de ampliar sua prática clínica. Logo, o cuidado de enfermagem torna-se efetivo e com qualidade técnico-científica para atender as demandas da população (27).

### **3.2 Categoria II: assistência de enfermagem**

As competências do enfermeiro na atenção à saúde da mulher na APS, abrange a saúde sexual, reprodutiva, prevenção do câncer de mama e do colo de útero, atenção às mulheres no climatério, abordagem de infecções sexualmente transmissíveis (IST), atenção às queixas ginecológicas, além de oferecer suporte às mulheres vítimas de violência doméstica, que cresceu devido a pandemia da COVID-19 (28, 29).

Os resultados dessa categoria foram possíveis devido às perguntas: “descreva como é o seu dia a dia de trabalho e suas principais atividades.”; “em relação a saúde da mulher, você realiza a coleta de exame Papanicolau e exame clínico das mamas?”;

“em caso de verificação de um processo inflamatório e/ou infeccioso em uma infecção sexualmente transmissível você prescreve o tratamento medicamentoso?”; “em sua unidade faz parte de suas atividades a solicitação de exames como endoscopia, ultrassonografia, raio-x e exames bioquímicos?”; “se tomarmos a experiência que você me descreveu anteriormente, que necessidades de saúde mais tomam a sua atenção?”.

Os dados obtidos puderam mostrar que a realidade do estado de Pernambuco, representado por Recife e Cabrobó, segue a maior parte das competências estabelecidas, onde os enfermeiros têm grande parte de sua rotina pautada em atendimento à saúde da mulher, seja em atendimento ao grupo de gestante, em abordagens sindrômicas e realização de exames de mama e citopatológico, como se vê nas seguintes falas:

*A gente faz a citologia, que é o Papanicolau. [...] Mamografia eu solicito, os exames, alguma queixa que vem com o que pode ser uma IST eu faço os exames ginecológicos [...]. [ENF\_REC\_03]*

*A gente trabalha com as mulheres a questão de planejamento familiar, passando pelo pré-natal, acompanhamento de pré-natal... No geral, no tocante à saúde dessa mulher, as questões preventivas mesmo [...] nas prevenções também de outras doenças, com enfoque na questão de alimentação saudável, práticas de atividades físicas, enfim. E aí esse universo da mulher, a gente atrela com... seguindo o pré-natal com a puericultura, onde a gente acompanha as crianças desde o ventre materno e aí, em seguida, a gente dá continuidade ao acompanhamento dessas criança [...] quando uma mulher vai fazer um exame preventivo de câncer de colo de útero, a gente não foca na coleta do exame, a gente amplia esse olhar, e aí nessa consulta a gente aborda as questões de peso dessa mulher, pra poder fazer avaliação de IMC, com reflexão dessa mulher sobre essa percepção de peso, de alimentação saudável, de planejamento familiar, de câncer de mama, de hipertensão e diabetes, solicitando os exames de rotina... Então a gente amplia através de uma busca- no momento em que a mulher procura a unidade com a intenção de fazer um exame preventivo de câncer de colo de útero, a gente amplia esse leque de ofertas pra ela, e aí isso faz com que a gente consiga realizar detecção precoces de casos de hipertensão, de diabetes, de obesidade em grau 1 ou até de sobrepeso ainda, enfim, também trabalhando com enfoque na questão dos vícios, né? Do uso do cigarro, do uso do álcool, que tem sido cada vez mais frequente nas mulheres e nos adultos [ENF\_REC\_05]*

*Solicitação de exames de rotina, realização de pré-natal de risco habitual, a gente faz medicação para as doenças de ordem genital para as mulheres, para candidíase, toda a prescrição... [ENF\_CAB\_09]*

Além disso, notou-se também que o atendimento aos grupos tem dias e turnos fixos, sendo que em relação à Saúde das Mulheres, é necessário mais de um turno para atender as demandas, como pode ser visto a seguir:

*E, geralmente, elas [as enfermeiras titulares da unidade] seguem um cronograma meio rígido de atendimento, então, tipo, tem o horário para o pré-natal, o horário para puericultura, o horário para hipertensão e diabetes, essas coisas. [ENF\_REC\_09]*

*Dois turnos na semana [a realização de citopatológico e exame clínico das mamas]. [ENF\_REC\_04]*

*Eu divido por turnos, cada turno eu atendo um público [...] saúde da mulher também tem um turno pra atender, um ou mais, dependendo da demanda que esteja tendo, tanto pra saúde da mulher no geral, como pra planejamento familiar. [ENF\_REC\_12]*

*A gente faz atividades que são planejadas, então eu tenho uma agenda, a gente cumpre uma agenda que não é rígida, mas é programada, então consiste em acolhimento, pré-natal, puericultura, atividades de saúde da mulher, visita domiciliar, atividade de grupo de educação em saúde e grupos de atenção de tuberculose e hanseníase. [ENF\_REC\_14]*

Os protocolos trazem o pré-natal de forma detalhada e guiada, garantindo ao enfermeiro e às pacientes, qualidade e segurança necessárias para realizar o processo de enfermagem no pré-natal de baixo risco/ risco habitual. O objetivo é qualificar a atenção e orientar as condutas assertivas diante de situações de risco para a mãe e o feto (23, 24).

Os cuidados às mulheres gestantes e puérperas e aos seus filhos e familiares é um papel prevalente da enfermagem. Estudos realizados mostram a satisfação das pacientes em relação ao tratamento e atenção prestada pelos enfermeiros durante a consulta, evidenciando a importância do incentivo e ajuda ao aleitamento materno, a partir de técnicas que facilitam a prática da amamentação e desenvolvimento do laço do binômio mãe-filho; além desses profissionais incentivarem o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, relatando os benefícios para o desenvolvimento e crescimento adequados da criança; baseando suas orientações em arcabouços científicos e levando em conta a realidade da mulher e sua cultura (30, 31, 32, 33).

Em algumas falas, foi possível observar que a consulta de enfermagem às gestantes vai além do exame clínico, é baseada em uma relação de confiança e afeição.

*Quanto às minhas gestantes, principalmente nesse período que eu fiquei sem profissional médico de suporte, eu sei que não deveria, mas assim o município não ofertava, e o município tinha ciência disso, que a gestante da minha área elas faziam acompanhamento exclusivamente comigo. Tinha lá nove consultas, mas eram todas com enfermeiro, todas comigo. E eu conduzia, porque eu sabia que até ali eu podia ir. Nenhuma complicou, então quando complicava também era pré-natal de alto risco. “Ah, mas eu não quero ir, não sei o quê...”, às vezes tem aquelas que são resistentes, criam um vínculo*

*maior... “Não, você vai para lá e depois você volta para mim, aí a gente vê como fazer...”, aí quando chega: “Ah, mas lá não aconteceu isso... eu não vou mais não.”, “Vai. Você tem que ir. Se você não for para lá eu não te atendo aqui.”, aí elas vão... [ENF\_REC\_08]*

*A maioria das mulheres já passou por todas aquelas fases, já engravidaram, já foram puérperas, fazem a citologia, então tem uma questão individual afetiva aí também. [ENF\_REC\_09]*

*Porque o que mais chama atenção é - eu acredito que seja a questão de saúde da mulher, chama muito atenção porque é bem abrangente esse público, sabe, e eu percebo que a questão da própria carência sabe, de participar, de vir, o pré-natal... pras consultas ginecológicas mesmo sabe, eu acho que isso me chama bem atenção. [ENF\_REC\_12]*

*No pré-natal a gente tem um vínculo grande com a gestante [ENF\_REC\_14]*

O planejamento familiar também é fundamental, deve ser iniciado desde a adolescência, focando na prevenção de IST e na prevenção da gravidez não planejada, empoderando as mulheres a terem controle sobre seus corpos e prevenindo a violência sexual a partir da educação sexual e conscientização das meninas e mulheres. O Protocolo da Atenção Básica de 2016, traz fluxogramas que guiam o enfermeiro em sua abordagem, como na escolha do método contraceptivo e abordagem ao casal que planeja a gestação, buscando pautar as ações de enfermagem em protocolos específicos (34, 23).

Apesar disso, nenhum enfermeiro relatou a existência de ações voltadas às mulheres no climatério ou na puberdade, assim como a inexistência de atividades do Programa de Saúde na Escola voltada à prevenção de questões pertinentes ao público jovem feminino, como prevenção da gravidez precoce e de IST, corroborando com os achados do estudo de Carneiro *et al.*, 2023 (35), demonstrando a fragilidade na atenção integral à saúde da mulher.

Em relação às IST, o foco da pesquisa foi sobre o tratamento e abordagens realizadas a partir dos achados, principalmente quando há realização de exame citopatológico ou atendimento à demanda espontânea, como podemos ver a seguir:

*Durante a avaliação à abordagem sindrômica dá para identificar... e aí... até porque no protocolo já autoriza, ele respalda o profissional, então a gente já realiza esse tratamento. [ENF\_CAB\_06]*

*Alguma medicação [para IST] que tenha no PSF e que eu possa prescrever, eu prescrevo. Mas se for alguma medicação que não tenha aqui, que não seja da minha competência, aí eu repasso para a médica. [ENF\_CAB\_07]*

*Não, prescrevo não, eu sei qual é, mas eu prefiro que ele [o médico] prescreva. Eu só prescrevo na minha unidade quando é vaginose bacteriana ou candidíase. [ENF\_CAB\_09]*

*Em relação à DST, a gente geralmente faz as prescrições. Eu falo prescrição de pomada, conforme o Ministério da Saúde autoriza, eu faço todas as prescrições. Em relação, quando a gente fez um curso de abordagem sindrômica, eu me sinto habilitada e faço as prescrições quando tem necessidade, quando é pra tratar mesmo: sífilis, entre outros... [ENF\_REC\_02]*

*Processo Inflamatório, sim, a gente prescreve. IST também, porque se chegar com sífilis a gente mete benzetacil para cima, não tem problema. A gente também tem esse protocolo de poder fazer, a gente só não faz o tratamento do HPV porque é uma coisa muito específica, até porque ela vai ter que fazer a colposcopia para ver, com biópsia. Mas na questão de inflamatório, tricomoníase, candidíase, se tiver sintomas ou não, a gente prescreve e tem esse protocolo para prescrever, inclusive tem um protocolo e o município às vezes atualiza a questão do manejo para a gente já ter um parâmetro igual. [ENF\_REC\_10]*

Diante dessas falas, percebe-se que há divergências entre as condutas, sendo que alguns profissionais utilizam protocolos para prescrever o tratamento, e alguns profissionais preferem encaminhar o paciente ao médico. Além disso, há locais em que a unidade aceita a prescrição de antibiótico com o carimbo do enfermeiro, e outros não.

Em um estudo realizado, foi visto que, no Brasil, o enfermeiro tem papel fundamental no rastreio de IST através da testagem rápida durante o pré-natal e por livre demanda, sendo que, aqueles com testagem positiva, são tratados na APS ou encaminhados para serviços especializados, a depender da disponibilidade de medicação, rotina da APS e protocolo seguido, achados que corroboram com as narrativas vistas (36).

Outro ponto é sobre a realização do exame citopatológico, que previne contra o câncer do colo de útero, e do exame clínico das mamas, que previne contra o câncer de mamas, fazendo a detecção precoce e aumentando o prognóstico de ambas, dando orientações para que realizem o preventivo de forma rotineira, além de dar orientações quanto a prevenção, importância do acompanhamento da saúde para a qualidade de vida e ensino sobre a autoexame das mamas, que deve ser realizado de forma adicional, ou seja, sem substituir o exame clínico das mamas e a mamografia em tempo oportuno (37, 38).

*A gente faz [esses exames]. Até oriento muito as mulheres, porque têm-se o costume que os exames das mamas são feitos só por um profissional, eu oriento porque o autoexame das mamas deve ser feito todo mês. E aí eu oriento: "olhe, eu vou fazer o exame, mas você tem que se conhecer, você tem*

*que fazer todo mês.", e a gente faz a coleta do Papanicolau também. [ENF\_CAB\_01]*

Apenas uma enfermeira relatou sobre a realização do exame clínico das mamas e sobre orientações quanto à importância, evidenciando que essa prática não faz parte da rotina da maioria dos profissionais entrevistados ou é realizada de forma secundária. É importante ressaltar que o autoexame das mamas não é mais visto como uma técnica eficaz de detecção do câncer de mama, pois causa uma falsa segurança, devendo ser incentivada apenas para que as mulheres conheçam seu corpo. Logo, é necessária a realização do exame clínico por enfermeiro ou médico e a realização de exames de imagem de acordo com a rotina estabelecida pela unidade (39).

A assistência às queixas mais comuns de mulheres também estão presentes na rotina de enfermagem, a partir do atendimento a queixas ginecológicas, como corrimentos e cervicite - já mencionados, alterações nas mamas, problemas relacionados à menstruação e queixas relacionadas a todo o público - conhecidas como atendimento à demanda espontânea.

Por fim, na pesquisa também foi possível avaliar a solicitação de exames por enfermeiros, sendo que, grande parte dos exames que esses profissionais podem solicitar, são para o público feminino, principalmente exames de rotina do pré-natal e mamografia de rastreamento.

*Faço, eu faço a solicitação de exames de rotina para gestante, hipertenso e diabético. [...] O único exame de imagem que a gente pode prescrever é o ultrassom na gestação e a mamografia no rastreamento, naquelas mulheres que estão na idade, não tem outro exame de imagem que a gente pode solicitar. [ENF\_CAB\_09]*

*A gente pode fazer exame laboratorial sim, para a gestante pode todos, para paciente do Hiperdia também a gente pode pedir, paciente hipertenso pode pedir todos dentro do protocolo laboratorial, diabéticos, tuberculose e hanseníase podem fazer essa solicitação de exame. Raio-x só para tuberculose, que tenham ou com suspeita. A nível municipal é protocolado, mas sem ser nesse quadro, não. O ultrassom das mulheres do planejamento familiar pode pedir, se for um ultrassom endovaginal para colocação de DIU, por exemplo. [ENF\_REC\_10]*

*É o hemograma completo, a tipagem sanguínea, o Rh, glicemia de jejum. Aí a gente já faz no dia mesmo da consulta, a gente realiza os testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e C, solicita sorologia para toxoplasmose, dependendo da tipagem sanguínea a gente solicita o Coombs indireto... todos os exames. A primeira ultrassonografia do primeiro trimestre... Tudo. [ENF\_CAB\_01]*

A solicitação de exames faz parte da consulta de enfermagem, é a partir disso que a assistência se torna efetiva, integral e sem riscos para o paciente, dando respaldo para uma conduta assertiva. A Lei do Exercício Profissional, Lei Nº 7.498/1986 e seu Decreto Regulamentador 94.406/1987, asseguram que é competência privativa do enfermeiro, no âmbito da equipe de enfermagem, a consulta e prescrição de assistência, bem como prescrever medicamentos e solicitar exames a partir de protocolos e programas estabelecidos por órgãos competentes (5, 40).

Diante do exposto, vê-se que os enfermeiros entrevistados atrelam sua assistência aos protocolos nas diversas situações, guiando sua prática profissional de forma segura e padronizada. Em relação às atribuições, grande parte das ações são realizadas, excetuando-se em relação ao grupo de mulheres no climatério e menopausa, atenção ao público adolescente em suas diversas nuances e do PSE. Além disso, pode ser concluído que o uso de protocolos também está ligado ao fator autonomia e resolutividade, mesmo com a fragilidade no que diz respeito ao uso de protocolos municipais como fonte principal de seguimento da assistência.

A enfermagem possui maior proximidade com a comunidade, além da visão holística em seus atendimentos. Na assistência às mulheres, esses profissionais estão atentos às multifacetadas apresentadas, de forma que a atenção é ofertada para todas as necessidades que as mulheres trazem, sejam em sua área reprodutiva, acometimentos à saúde, doenças crônicas, sofrimento psicológico, atenção àquelas que sofrem violências, entre outras. A importância da enfermagem ao atendimento a esse público advém da oferta de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, possuindo habilidades de comunicação, humanização, acolhimento e cuidado integral. Além disso, é a partir de sua rotina de assistência que as mulheres são incluídas em programas de rastreio e cuidados à saúde, como se vê na realização do exame citopatológico (20).

### **3.3 Categoria III: autonomia de enfermagem**

Outro ponto bastante retratado entre os profissionais entrevistados, foi sobre a autonomia que sentem no atendimento à mulher. A pergunta: “em suas atividades, diga-me: qual é a área que você identifica ter mais autonomia profissional?” obteve

75% de suas respostas relacionadas ao atendimento desse público, sendo que em Cabrobó houve uma porcentagem maior em relação a Recife, com 77,8% e 73,4%, respectivamente. Como se vê nas seguintes passagens:

*Pré-natal e puericultura. Porque assim, são dois programas que você ainda pode intervir por existir os protocolos de enfermagem, que em Cabrobó existe, por você poder prescrever nesses dois programas, então autonomia para mim é isso também, o que adianta eu saber qual medicação aquele paciente está precisando, mas eu não puder prescrever, eu saber qual o profissional que aquele paciente precisa ser encaminhado, mas eu não puder encaminhar. Então, eu entendo autonomia quando você pode fazer alguma coisa naquele setor e no pré-natal a gente consegue solicitar exames, encaminhar e puericultura também. [ENF\_CAB\_08]*

*Como foi o primeiro programa de saúde pública estabelecido no Brasil, eu acho que os enfermeiros, na maioria das vezes, nos sentimos confortáveis na saúde da mulher. É tanto que assume o pré-natal sozinho, assume a citologia sozinho, assume o planejamento familiar sozinho. Então eu acho que isso é muito claro, a maior parte dos enfermeiros assumirem todas os atendimentos de Saúde da Mulher, isso é muito forte, e eu acho que é histórico, porque foi o primeiro programa de saúde pública a se estabelecer no Brasil e a gente tá ali desde o início, então eu acho que nos deu moral para isso. [ENF\_REC\_09]*

*Eu acho que o pré-natal [a área de maior autonomia]. No pré-natal a gente tem um vínculo grande com a gestante, o pré-natal é de boa qualidade quando ele é compartilhado, eu acho que é uma das ações que são mais prazerosas, porque você começa o pré-natal, depois você segue o acompanhamento na puericultura e é muito interessante você garantir uma qualidade de atendimento, de confiança, de serviço. Você fica até dois anos com aquela criança que você vê o vínculo, você vê aquela mãe ficando: "eita, vou deixar de vir todo mês", e é importante o vínculo que se faz nesse período e o quanto, naquele período, você vê poucos internamentos, você consegue garantir uma efetividade de atendimento. [ENF\_REC\_14]*

Diante do exposto, é preciso entender as nuances que a autonomia profissional perpassa, sendo que, nessa pesquisa houve relatos em relação ao uso de protocolos específicos, confiança do paciente no profissional, independência de consultas, questões de resolubilidade e capacitação técnico-científica.

Em uma pesquisa realizada em São Paulo com 27 enfermeiros da ESF, viu-se que a autonomia está atrelada a diversos fatores, entre eles, a autonomia ditada pelos protocolos. Foi visto que os protocolos além de assegurar a tomada de decisão, também garante ao enfermeiro a diminuição de carga de trabalho através do limite legal de atuação, pois a este profissional sempre foi cobrado funções que não são suas para suprir a falta de outros profissionais (41).

Outra forma vista de autonomia, foi em relação a criação de vínculo com os pacientes, os quais preferem passar pelo atendimento com o enfermeiro devido a confiança em sua conduta e em seus métodos. Em estudo realizado em Tocantins-

TO com 10 enfermeiros, os resultados corroboram com os encontrados no presente estudo, no qual houveram relatos de que os pacientes confiam totalmente nas decisões e cuidados prestados por esse profissional (6).

Em pesquisa realizada com 15 enfermeiros da ESF na cidade Pinheiros, Maranhão, foi visto que a subordinação ao profissional médico para conclusão de sua conduta torna a autonomia limitada, principalmente em locais que não contam com uso de protocolos, pois os enfermeiros não podem prescrever medicações básicas, tornando sua consulta insuficiente para uma conduta integral e resolutiva (42). Resultados que também foram encontrados nas seguintes narrativas:

*Sim, já precisei de prescrição algumas vezes. Eu faço todo o atendimento, digamos um atendimento de uma mulher que tá com infecção urinária, que veio com uma inflamação e que eu já tô com o exame dela em mãos, eu sei tudo o que eu tenho que passar ali para ela, mas uma prescrição que é restrita para mim eu tenho que pedir a médica para fazer. [ENF\_CAB\_08]*

*Uma mulher que a gente toca com o outubro rosa, que a gente toca a mama e acha um nódulo e a idade não tá para o rastreamento de mamografia, a gente precisa dele [o médico] para solicitar mamografia, porque eu não posso assinar, porque não está na idade de rastreamento, né? Existem muitos casos ainda que a gente precisa realmente fica segurada, precisa dele para fazer todos os encaminhamentos, aqui a gente não encaminha nada [...] ainda no Brasil, todos os encaminhamentos são de médico para médico, a gente tá fora, o enfermeiro está fora da jogada aí. Sabe que a gente tem que encaminhar, mas tá fora da jogada. [ENF\_CAB\_09]*

*Prescrevo, tudo que tá no protocolo eu faço. Na verdade, tenho vontade de fazer mais do que o que tá no protocolo às vezes, mas tudo que eu posso fazer, eu faço, mesmo sem protocolo municipal. Porque assim, se a gente tem o Ministério da Saúde que regulamenta, não impede você de assinar. [ENF\_CAB\_09]*

*Depende, se estiver fora do protocolo, precisa [do médico]. Se eu precisar de alguma conduta que não tenha protocolo de enfermagem do município, aí vou precisar de um suporte. [ENF\_REC\_14]*

De acordo com essas falas, percebe-se a necessidade da ampliação das funções do enfermeiro. Embora os protocolos garantam a autonomia do enfermeiro, esses profissionais se sentem capacitados a ir além, como se viu nas falas sobre a solicitação da mamografia fora da faixa etária e prescrições de medicamentos.

A discussão sobre a PAE é para que essa realidade seja mudada, de forma a garantir que o usuário possa sair de uma consulta com o enfermeiro com suas queixas sanadas ou conduta encaminhada, garantindo que esse usuário tenha suas necessidades de saúde supridas. Além disso, o enfermeiro de práticas avançadas tem

maior capacidade técnico-científica, adquirida pela pós-graduação, para promover esse tipo de assistência de forma autônoma, qualificada e integral.

Recortes do projeto guarda-chuva de outros estados encontraram resultados semelhantes, corroborando para os achados do estado dessa pesquisa. No município de Pinheiro - Maranhão, em que os enfermeiros citaram a expansão de políticas públicas, o uso de protocolos e maior vínculo do profissional com a mulher, como fatores que trazem autonomia (43).

## **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse estudo possibilitou analisar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros em relação à saúde da mulher nos municípios de Cabrobó e Recife (PE), apontando desafios e possibilidades para uma atuação qualificada do enfermeiro na APS.

É imprescindível que os municípios invistam em protocolos locais que retratem sua realidade, de forma que as práticas dos enfermeiros sejam padronizadas e respaldem sua atuação no serviço, pois os protocolos do MS e do COFEN, não atendem as necessidades de todos os municípios, principalmente em um país com a extensão territorial do Brasil e com características assistenciais e epidemiológicas diversificadas. A pesquisa demonstrou o desconhecimento da existência de protocolos locais por parte dos enfermeiros, pois são protocolos recentes que não foram elaborados com a participação desses profissionais e não foram divulgados e discutidos com os profissionais da APS, para que assim, todos os enfermeiros e outros profissionais da equipe executem as ações de forma integrada.

A organização dos serviços de saúde, com base em protocolos deve ser regulamentada e executada por toda a rede, uma das dificuldades citadas neste e em outros estudos é a aceitação das prescrições e solicitações de exames de enfermeiros pelos profissionais e serviços da atenção especializada, gerando falta de continuidade das ações dos enfermeiros fora da AB.

Em relação a assistência de enfermagem em saúde da mulher, é essencial uma programação com base na demanda local para organizar as ações do enfermeiro para garantir atenção integral à mulher, incorporando de forma contínua o

acompanhamento da puberdade ao climatério, além das ações do PSE, principalmente para as adolescentes.

Os resultados demonstraram que a autonomia está ligada diretamente a resolubilidade, pois os enfermeiros que utilizam protocolos e buscam capacitação técnico-científica conseguiram ampliar sua prática em saúde da mulher. A PAE pode gerar um processo de qualificação da APS em todos os municípios brasileiros, contudo é essencial que o Ministério da Saúde e o COFEN invistam em apoio técnico em municípios para elaboração e aplicação de protocolos, assim como em estudos que apontem diretrizes e políticas de valorização do enfermeiro na APS.

## REFERÊNCIAS

1. Pires R de CC, Lucena AD, Mantesso JB de O. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS): uma revisão integrativa da literatura. Revista Recien [Internet]. 8 de março de 2022 [citado 14 de agosto de 2022];12(37):107-14. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/600>
2. Galdino RIT. Educação em saúde e na saúde como forma de empoderar equipes de saúde e populações. São Paulo. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Saúde da Família] - Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES): UNIFESP [internet], 2022. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/26642>. [Acessado em 5 de julho de 2022].
3. Macedo ER, Basílio ACM, Silva BJR, Santos BDV, Andrade CR, Souza G, et al. Fatores que dificultam a aplicação do processo de enfermagem pelos enfermeiros da atenção primária à saúde. São Paulo: Revista Eletrônica Acervo Saúde [internet]. 2022; 15(2), p. e9584-e9584. DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e9584.2022>.
4. Silva NRM, Lago RR, Lago SD, Borges MF de SO. A humanização da assistência de enfermagem na perspectiva de enfermeiros da atenção primária à saúde Braz. J. Desenvolver. [Internet]. 25 de abril de 2022 [citado em 28 de julho de 2023];8(4):30417-31. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/47025>.
5. BRASIL. Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986 [internet]. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm). [Acessado em 2 de setembro de 2022].
6. Batista AP, Cardoso BC, de Figueredo RC. Percepção de enfermeiros quanto a sua autonomia na atenção primária em saúde. Revista Remecs [Internet]. 4 de setembro de 2019 [citado 10 de julho de 2023];:4. Disponível em: <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/295>

7. Fernandes M, Soler LD, Leite MCBP. Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. *bis* [Internet]. 1 de dezembro de 2018 [citado 5 de julho de 2022];19(2):37-46. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34590>
8. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Nota Técnica nº. 001/2023. Nota Técnica sobre Práticas Avançadas de Enfermagem no Brasil (PAE): contexto; conceitos; ações empreendidas; implementação e regulação [internet]. Brasília-DF, 06 de julho de 2023. COFEN: Comissão de Práticas Avançadas de Enfermagem. [citado 27 de julho de 2023]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/nota-tecnica-cofen-no-001-2023\\_109912.html](http://www.cofen.gov.br/nota-tecnica-cofen-no-001-2023_109912.html).
9. Miranda Neto MV, Rewa T, Leonello VM, Oliveira MAC. Prática Avançada de Enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária à Saúde?. *Revista Brasileira de Enfermagem* [internet]. 2018 [citado 14 de agosto de 2022]; 7(1): 716-721. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>.
10. Oldenburger D, Cassiani SHB, Lukosius DB, Valaitis RK, Baumann A, Pulcini J, Martin-Misener R. Estratégia para a implementação da enfermagem de práticas avançadas em atenção primária à saúde na América Latina e no Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública* [internet]. 2017, 41(40). [citado 14 de agosto de 2022]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/pratica-avancada-de-enfermagem/>
11. Oliveira JLC, Toso BRGD, Matsuda LM. Práticas avançadas para a gestão do cuidado: reflexão emergente à enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem* [internet]. 2018; 71(4): 2060-2065 [citado em 14 de agosto de 2022]. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0115>
12. Olímpio JÁ, Araújo JNM, Pitombeira DO, Enders BC, Sonenberg A, Vitor AF. Prática Avançada de Enfermagem: uma análise conceitual. 31(6): 674-680. São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem [internet], 2018. [citado em 14 de agosto de 2022] DOI <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800092>.
13. Püschel VAA, Paz EPA, Ribeiro RM, Alvarez AM, Cunha CLF. Práticas Avançadas em Enfermagem no Brasil: como estamos e o que falta?. 56(spe): e20210455. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da USP [internet], 2022. [citado em 14 de agosto de 2022]. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0455pt>
14. Sousa, M de. Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos (Relatório final). Brasília: Editora Ecos; 2022. [Citado em 5 de julho de 2022]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/aps/index.html>.
15. Mattos-Pimenta CA, Coca KP, Amorim MHC, Belasco AGS, Gabrielloni MC, Schirmer J. Prática Avançada em Enfermagem na Saúde da Mulher: formação em Mestrado Profissional. São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem [internet]. 2020 [citado em 14 de agosto de 2022].; 33: eAPE20200123. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AE01235>
16. Raposo HLO, Mascarenhas JMF, Costa SMS. A importância do conhecimento sobre as políticas públicas de saúde da mulher para enfermeiros da Atenção Básica. *casoseconsultoria* [Internet]. 18 de outubro de 2021 [citado 14 de agosto de 2022];12(1):e26629. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/26629>

17. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Nº 690, de 11 de fevereiro de 2022. Normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo. Brasília, 2022 [citado em 2 de setembro de 2022]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022\\_96063.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022_96063.html)
18. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Nº 661, de 9 de março de 2021. Atualiza e Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Coren, a participação da Equipe de Enfermagem na Atividade de Classificação de Risco. Brasília, 2021 [citado em 2 de setembro de 2022]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021\\_85839.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html)
19. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Nº 195, de 18 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro. Brasília, 1997 [citado em 2 de setembro de 2022]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-1951997\\_4252.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-1951997_4252.html)
20. Oliveira Frazão MG de, Lopes ET, Couto SIS, Farias e Silva LG, Mousinho MGCP, Araújo MCS, et al. Cuidados de Enfermagem à Saúde da Mulher na Atenção Básica: uma revisão de Literatura. Research, Society and Development, [internet]; 2022 [citado em 5 de julho de 2022]; 11(2): e25211225655. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25655>
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação/ IBGE, Coordenação de Geografia – Rio de Janeiro: IBGE, 2017. [Acessado em 28 de julho 2023] 84p. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15790-classificacao-e-caracterizacao-dos-espacos-rurais-e-urbanos-do-brasil.html>
22. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2016; 1, 141p. ISBN 978-85-62938- 04-7.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [acessado em 2 de setembro de 2022]; 230p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQzMQ==>
24. Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (COREN-PE). Protocolo de enfermagem na atenção básica do Coren-PE/ Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco. Recife: COREN, 2020 (2ª edição), 418p [acessado em 21 de abril de 2023]. Disponível em: <http://www.coren-pe.gov.br/novo/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-basica>
25. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Raphaela KT, Souza W. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP, 2015 [acessado em 10 de julho de 2023]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-837122>
26. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Diretrizes para elaboração de protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde pelos Conselhos Regionais. Brasília: COFEN, 2018 [acessado em 27 de julho de 2023]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/diretrizes-elaboracao-protocolos-enfermagem-atencao-primaria-saude-pelos-conselhos-regionais/>
27. Kahl C, Meirelles BHS, Lanzoni GM de M, Koerich C, Cunha KS da. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP

[internet]; 2018 [acessado em 16 de setembro de 2023]; 52(1): e03327. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017025503327>

28. Rosa APL da. Construção e Validação de um Instrumento para Consulta de Enfermagem na Saúde da Mulher. Chapecó-SC. TCC [Mestrado Profissional em Enfermagem da Atenção Primária à Saúde] – Universidade do Estado de Santa Catarina, 2019 [acessado em 5 de julho de 2022]. Disponível em: [https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id\\_cpmenu/771/AnaPaulaLopesdaRosa\\_16478650496976\\_771.pdf](https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/771/AnaPaulaLopesdaRosa_16478650496976_771.pdf)

29. Reigada CLL, Smiderle CASL. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID- 19: orientações para o trabalho na APS. Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade [internet]; 2021 [acessado em 14 de agosto de 2022]; 16 (43): 2535. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2535](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2535)

30. Amorim TS, Backes MTS. Gestão do cuidado de enfermagem a puérperas e recém-nascidos na Atenção Primária à Saúde. Revista Rene [internet]. 2020 [acessado em 2 de setembro de 2022]; 21(1): e43654. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143654>.

31. Santos FCV, Santos OS, Bezerra FD. A importância do enfermeiro na orientação da amamentação no puerpério imediato: Revisão integrativa. Journal of Health Connections [internet]. 2018 [acessado em 14 de Agosto de 2022]; 6(5): 1-12. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/journalhc/article/viewArticle/5054>.

32. Zella M, Del Sacramento JS, de Oliveira SM. Contato pele a pele: atuação da equipe de enfermagem na visão das puérperas. Sociedade Científica: Revista Multidisciplinar [internet]; 2019 [acessado em 5 de julho de 2022]; 2(10). DOI <https://doi.org/10.5281/zenodo.3523565>.

33. Branchi KZ, Anger MFM, Silva CB. Atuação do enfermeiro no pré-natal na atenção primária à saúde: relato de experiência. Brazilian Journal of Health Review [internet]; 2020 [acessado em 2 de setembro de 2022]; 3(6): 16802-16807. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-094>

34. Silva IS da, D'Agostini E, Schneider AP, Cadore SR, Simionato MC, Franciosi FS. Promoção de Educação em Saúde quanto ao Planejamento Familiar e à Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis em Unidade Básica de Saúde do Município de Erechim: relato de experiência acadêmica [8º Congresso Internacional em Saúde; 2021; evento online]. (Acessado em 2 de setembro de 2022). Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19645>

35. Carneiro A de O, Santos Neto OF dos, Santos KJ da S, Souza AMS, Santos MBF, Gonçalves T da CS. Atenção Primária à Saúde: tecendo caminhos para garantir a integralidade do cuidado em municípios de Pernambuco. In: Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga, Rita de Cássia Passos Guimarães, et al. Práticas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Brasil: conjugações singulares e plurais [recurso eletrônico]. Brasília: Editora ECoS, 2023 [acessado em 10 de julho de 2023]. p. 115-138. Disponível em: <https://ecos.unb.br/publicacoes/>.

36. Santos IO dos, Ribeiro L, Magalhães LS. O papel do enfermeiro no rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis na Atenção Primária no Brasil: revisão narrativa. Repositório Digital FacMais: Inhumas [internet]; 2021 [acessado em 21 de abril de 2023]. Disponível em: <http://65.108.49.104/handle/123456789/438>

37. Oliveira SS, Oliveira BS, Santos IHA, Andrade TRSF, Almeida WTS, Gomes OS, Cavalcante AB, Ferrari YAC. Atribuições do enfermeiro no rastreamento do câncer de colo do útero na atenção primária à saúde. *Journal of Health Connections* [internet]; 2020 [acessado em 5 de julho de 2023]; 10(3): 68-81. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/journalhc/article/view/8990/47967402>.
38. Braga NA dos S, Silva NA da, Silva ADC da, Paiva F de O, Targino G da S, Gomes RKG, Pinto ACMD. Cuidados da Equipe de Enfermagem para o Controle e Prevenção do Câncer de Mama. *In: Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem* [internet]. UniCatólica de Quixadá – Ceará; 2019 [acessado em 5 de julho de 2022]; 3(1). Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/3175>.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama: relatório de recomendações nº 160. Brasília: CONITEC, 2015 [acessado em 28 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>.
40. Brasil. Decreto Nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, ano 1987 [acessado em 21 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-publicacaooriginal-1-pe.html>.
41. Pereira JG, Oliveira MA. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. *Acta Paulista de Enfermagem* [internet]; 2018 [acessado em 10 de julho de 2023]; 31(6): 627-635. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800086>.
42. Silva SAM. Práticas de enfermagem e a autonomia profissional na atenção primária à saúde. São Luís-MA. Dissertação [Programa de pós-graduação em Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família]. Universidade Federal do Maranhão, 2022b [acessado em 21 de abril de 2023]. Disponível em: <https://tede2.ufma.br/jspui/handle/tede/4289>
43. Fonseca RM. Práticas de enfermagem na atenção primária à saúde: estratégias para autonomia do exercício profissional. Pinheiro-MA. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão]. UFMA, 2023 [acessado em 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://rosario.ufma.br/jspui/handle/123456789/6744>.

# PERFIL DA GERÊNCIA E DAS AÇÕES DE PLANEJAMENTO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN

*PROFILE OF THE MANAGEMENT AND PLANNING ACTIONS IN HEALTH DISTRICTS IN THE MUNICIPALITY OF NATAL/RN*

*PERFIL DE LAS ACCIONES DE GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN EN DISTRITOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE NATAL/RN*

*Flávia Machado  
Flávia Christiane de Azevedo Machado  
Valeska da Costa Silva*

## RESUMO

Gerenciar Distritos Sanitários requer competências em prol da melhoria contínua em planejar-executar-monitorar. Assim, conduziu-se estudo para avaliar, em 2022, o planejamento dos cinco Distritos sanitários de Natal/RN, segundo os seus respectivos gerentes. Para tanto, aplicou-se formulário semiestruturado, validado por especialista, contendo variáveis do perfil dos gerentes, competências de planejamento e programação, instrumentos de gestão do SUS. O formulário, após validação passou de 48 a 46 itens, sendo os critérios de validação; clareza do texto, importância do conteúdo, pertinência para avaliar práticas gerenciais de planejamento nos Distritos. Dos 05 gerentes, 03 têm especialização, sendo dois na área de gestão. Identificou-se incompreensão conceitual do planejamento e desconhecimento de ferramentas de planificação. Os discursos quanto às atividades de um planejamento ascendente, participativo, estratégico e situacional, indicam despreparo para a função gerencial. Todavia, o problema de qualificar a gestão é institucional, estando implicada na criação dos bacharelados em saúde coletiva no Brasil.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde, Políticas, Planejamento, Administração em Saúde, Distrito Sanitário.

## ABSTRACT

Managing Sanitary Districts requires competences in favor of continuous improvement in planning-execution-monitoring. Thus, a study was carried out to evaluate, in 2022, the planning of the five health districts of Natal/RN, according to their respective managers. For that, a semi-structured form was applied, validated by a specialist, containing variables of the managers' profile, planning and programming skills, SUS management instruments. The form, after validation, went from 48 to 46 items, the validation criteria being; clarity of the text, importance of the content, pertinence to evaluate managerial planning practices in the Districts. Of the 05

managers, 03 have specialization, two in the management area. Conceptual misunderstanding of planning and lack of planning tools were identified. The speeches regarding the activities of an ascending, participative, strategic and situational planning, indicate unpreparedness for the managerial function. However, the problem of qualifying management is institutional, being involved in the creation of bachelor's degrees in public health in Brazil.

**Keywords:** Health Management, Health Policy, Planning and Management, Local Health Systems.

## RESUMEN

La gestión de los Distritos Sanitarios requiere competencias a favor de la mejora continua en la planificación-ejecución-seguimiento. Así, fue realizado un estudio para evaluar, en 2022, la planificación de los cinco distritos de salud de Natal/RN, según sus respectivos gestores. Para eso, se aplicó un formulario semiestructurado, validado por un especialista, que contenía variables de perfil de los gerentes, habilidades de planificación y programación, instrumentos de gestión del SUS. El formulario, después de la validación, pasó de 48 a 46 ítems, siendo los criterios de validación; claridad del texto, importancia del contenido, pertinencia para evaluar las prácticas de planificación gerencial en los Distritos. De los 05 gerentes, 03 tienen especialización, dos en el área gerencial. Se identificaron malentendidos conceptuales de la planificación y falta de herramientas de planificación. Los discursos sobre las actividades de una planificación ascendente, participativa, estratégica y situacional, indican falta de preparación para la función gerencial. Sin embargo, el problema de la calificación de la gestión es institucional, estando involucrado en la creación de licenciaturas en salud pública en Brasil.

**Palabras clave:** Gestión en Salud, Política de Salud, Planificación y Administración en Salud, Sistemas Locales de Salud.

## 1. INTRODUÇÃO

Planejar pressupõe alcançar objetivos estrategicamente com base no contexto vigente e governabilidade. Não obstante, o planejamento situacional e programação estão na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando uma ação democrática, racional e efetiva<sup>1</sup>. Neste sentido, Carlos Matus, referência do planejamento estratégico, preconiza que o “problema” é um padrão fora da normalidade para o “ator social” e assim, necessita, a partir do diagnóstico da “situação” vigente que é complexa, analisar a cadeia causal dos problemas, para identificar nós críticos passíveis de ação e definir planos de ação. A viabilidade sobre o plano é realizada pela análise contextual de fatores favoráveis e não favoráveis, incluindo os recursos e demandas necessários e as competências técnicas, intelectuais, interpessoais e intrapessoais. Por sua vez, a instituição do plano é guiada pela programação onde deve-se monitorar as ações e assim, verificar as tendências de modificação do problema e definir sobre a continuidade do plano

vigente ou elaboração de novos planos.<sup>2</sup>

Assim, planejar mobiliza o Triângulo de Governo cujos vértices são o *projeto de governo* (projeto de ação elaborado pelo ator que governa); a *capacidade de governo* (habilidade e conhecimentos técnicos do ator); e a *governabilidade* (liberdades e o poder que o autor tem para executar o projeto). Os elementos deste triângulo evidenciam os fatores para a operacionalização da Política do SUS e, por conseguinte, da Gestão em Saúde.<sup>2</sup> Não obstante, no campo da Saúde, o planejamento é uma diretriz operacional que deve orientar todos os processos de trabalho no âmbito da Gestão a nível Nacional, Estadual, Municipal e distrital, bem como os processos internos dos serviços de saúde das diferentes complexidades e densidades tecnológicas. Especificamente, no âmbito dos Distritos Sanitários, uma estratégia de territorialização para viabilizar uma atenção à saúde efetiva em conformidade às demandas locoregionais, a discussão de planejamento é ainda mais veemente.

A compressão dos Distritos Sanitários abrange a estratégia de construção do SUS universal, equânime e descentralizado, atendendo aos princípios da Lei Orgânica em Saúde. Os distritos são construídos a partir da definição de território, problemas, práticas sanitárias e processo de trabalho que devem ser considerados em sua peculiaridade para o processo de planejamento e gestão. O distrito sanitário é a menor unidade operacional e administrativa, definida de acordo com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos. Assim, a organização do sistema de saúde em distritos sanitários permite uma hierarquia em atenção primária, secundária e terciária à saúde. Além disto, deve-se compreender o distrito sanitário como um processo social de transformação das práticas de saúde e, por consequência, melhoria da qualidade de vida no território.<sup>3</sup>

No tocante ao município de Natal, capital do Rio Grande do Norte, a rede de saúde está organizada em cinco distritos sanitários: Norte I, Norte II, Leste, Oeste e Sul, estabelecidos pela gestão para a composição dos fluxos assistenciais e descentralização. A distritalização no município de Natal ocorreu no ano de 1987, com a finalidade de reorganizar a política municipal de saúde tendo como base a territorialização da cidade e, nesse sentido, foram estabelecidos, inicialmente, quatro distritos sanitários (Norte, Leste, Oeste e Sul). Em 2005, houve um novo processo de distritalização no qual foi constatado que a Zona Norte possuía condições sócio-demográficas e epidemiológicas peculiares em relação às outras regiões, sendo necessária uma reconfiguração onde o distrito Norte foi dividido em Norte I e Norte II.<sup>4</sup>

Em se tratando do SUS, a gestão é norteada por normativas específicas orientadoras de como o planejamento deve ocorrer no cotidiano dos serviços e sistemas de saúde, envolvendo

assim aspectos relacionados ao desenho, organização, monitoramento e avaliação das ações. Os instrumentos de planejamento do SUS propõem um processo cíclico de operacionalização da política de forma integrada, solidária e sistematizada na perspectiva de ciclos de melhoria contínua. Esses instrumentos são o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)<sup>5</sup>

As normas do SUS têm requisitos que expressam as responsabilidades dos gestores das três esferas do governo com relação à saúde da população. As Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990 estabelecem que o planejamento deve ser ascendente e articulado, obedecendo as ações programáticas e a previsão orçamentária do Plano de Saúde. Neste sentido, em 2006, com a instituição do Pacto pela Saúde, no tocante ao Pacto de Gestão, foi implementado o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) visando coordenar o processo de planejamento de forma contínua, participativa, integrada e articulada entre os três entes federativos. O PlanejaSUS enalteceu a descentralização, implicando aos gestores locais mais responsabilidades mediante a aplicação dos instrumentos de gestão. Ainda, para instituir a cultura do planejamento, foi criada a Portaria MS/GM nº 2.135/13, que estabelece diretrizes para o planejamento do SUS.<sup>5</sup>

O PS é um instrumento que norteia o planejamento para o período de quatro anos, estruturado por uma análise situacional do território e priorização das ações de saúde definidas através de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.<sup>6</sup> Para que as ações preconizadas no PS aconteçam, Estados e Municípios devem elaborar a PAS, a qual é determinada como o processo operacional do plano. A PAS tem como base o Plano de Saúde e é o instrumento de anualização das metas previstas com a criação de ações estratégicas para o PS e prevê a alocação de recursos orçamentários para a execução, servindo também para subsidiar a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA). A LOA, por sua vez, é o instrumento que prevê todos os recursos orçamentários do serviço público. Ressalte-se a importância desses instrumentos para o progresso das políticas de saúde e, neste sentido, há possibilidade de penalização pelo descumprimento, inclusive com o bloqueio dos repasses financeiros da esfera federal.<sup>7</sup>

Para a efetividade do planejamento, é fundamental a associação com estratégias de avaliação, mais especificamente, de avaliações periódicas, contínuas e frequentes; o monitoramento.<sup>8</sup> O RDQA é um instrumento de monitoramento da execução das ações da PAS, possibilitando os gestores, Conselho de Saúde e população verificar o resultado alcançado com os planos postos em prática no contexto dos fatores facilitadores e dificultadores, a cada quatro meses. RAG é o instrumento que apresenta todos os resultados alcançados durante o ano, de prestação de contas da execução do PS, PAS e orçamentária, seguindo o modelo estabelecido

pelo Conselho Nacional de Saúde.<sup>6</sup>

Sendo assim, um Plano de Saúde elaborado para quatro anos é executado ano a ano, por meio da programação anual em saúde, e dentro do intervalo de 12 meses (01 ano), existem três avaliações, a cada quatro meses, para verificar a necessidade de mudanças de planejamento em prol do alcance dos resultados (relatório quadrimestral). Portanto, trata-se de um planejamento estratégico situacional cujo processo cíclico e contínuo demanda indicadores para verificar o desempenho das programações anuais em saúde em andamento a alcançar as metas pactuadas nos planos de saúde.<sup>6</sup>

Portanto, a descentralização das atividades gerenciais e de planejamento nos níveis federal, estadual e municipal exige do gestor a nível dos sistemas de saúde e gerentes, a nível de serviços de saúde, a capacidade de gestão e planejamento para as atividades assistenciais do território: identificação de problemas, identificação de fatores contribuintes para situação-problema, definição de prioridades, estratégias, viabilidade de ações, definição de atores responsáveis para execução, monitoramento e avaliação.<sup>2,8</sup> Portanto, a gestão e gerência requerem competências (conhecimentos, habilidades, atitudes) em prol da qualidade técnica, efetividade e eficiência do funcionamento do sistema de saúde como um todo desde os serviços até as Redes de Atenção à saúde em si. Para tanto, os profissionais à frente das atividades gerenciais devem conhecer as políticas públicas de saúde, normas técnicas, portarias, leis de regulamentação, incluindo a prestação de contas, em conformidade a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Esta Lei dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde, bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.<sup>9</sup>

Assim, é necessário que os distritos sanitários possam contar com profissionais que possuam conhecimento aplicado em planejamento na área da saúde, apresentando capacidade técnica na elaboração dos instrumentos de planejamento instituídos pela Lei Complementar nº 141/2012. Não obstante, a graduação em Saúde Coletiva no Brasil, surgida em 2009, teve como pontos desencadeadores o déficit de profissionais qualificados para a gestão do SUS, identificado como um nó crítico substancial. No caso, previamente ao bacharel em Saúde Coletiva, o sanitarista era um profissional com graduação em saúde diversa, como medicina, enfermagem, odontologia, com pós-graduação em Saúde Coletiva ou áreas afins. Assim, esses profissionais provinham de uma formação acadêmica biologicista, tecnicista, não

contemplando discussões relacionadas às iniquidades sociais em saúde, gestão em saúde, por exemplo, de forma detalhada e transversal à formação. Isto, potencialmente, dificulta o exercício gerencial necessário a efetivação de um Sistema Público de Saúde universal, eficiente e efetivo para um país com grandes especificidades locoregionais como o Brasil.<sup>10</sup>

Portanto, o Bacharel em Saúde Coletiva teria o perfil profissional qualificado à gestão, ao compreender a Política de Saúde com um olhar ampliado para as questões sociais, formados para ser um ator estratégico e articulado, para somar aos outros profissionais atuantes no setor de saúde, de maneira orgânica. Para tanto, ao longo do processo formativo o sanitarista bacharel perpassa por componentes relacionados aos campos estruturantes da Saúde Coletiva; Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Política, planejamento e Gestão, Epidemiologia.<sup>10</sup> Todavia, há desafios a integração dos bacharéis sanitaristas no mundo do trabalho, dentre eles a ausência de concursos públicos específicos para o bacharel, a ausência de atividades transversais ao longo do processo formativo na perspectiva da curricularização da extensão e o desconhecimento, de forma geral, da sociedade acerca desta formação.<sup>10</sup>

Por conseguinte, o presente estudo buscou avaliar, em 2022, o planejamento dos cinco Distritos sanitários de Natal/RN, segundo os seus respectivos gerentes.

## 2. MÉTODO

Estudo de avaliação, de caráter observacional, seccional, descritivo e exploratório, realizado no âmbito dos Distritos Sanitários do Município de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Os sujeitos da pesquisa são os gerentes dos cinco Distritos Sanitários de Natal, constituindo o estudo um censo. O município de Natal é dividido em cinco Distritos Sanitários, possuindo serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Média e Alta Complexidade. Na APS, há 57 unidades básicas de saúde, sendo 40 unidades de estratégia de saúde da família. Na atenção especializada, Natal conta com 24 serviços como Unidades de Pronto Atendimento, hospitais gerais, hospital infantil, maternidades, Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), centro de especialidade odontológica, policlínicas, centro de atenção psicossocial, Centro de Controle de Zoonoses e as vigilâncias em saúde.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um formulário semiestruturado com perguntas fechadas e abertas composto por três blocos, cada bloco contendo subseções em algumas perguntas. O primeiro referente à *identificação do perfil dos respondentes da pesquisa* (sexo, idade, formação específica, tempo de atuação na gerência do Distrito Sanitário,

experiência prévia na gestão e a área de atuação); o segundo bloco relativo às *competências de gestão para o planejamento e programação* (técnicas; interpessoais e intrapessoais) e o terceiro bloco relacionado aos *instrumentos de gestão do SUS, elaboração, utilização e acompanhamento dos instrumentos*.

De modo geral, no campo da administração, as competências gerenciais, de acordo com Henry Mintzberg<sup>11</sup>, são as técnicas, intelectuais, interpessoais e intrapessoais. Dentre as *técnicas*, destacam-se a produção, processamento, monitoramento de informação para tomada de decisão, administração de recursos; nas *interpessoais* frisam-se a liderança, mediação de conflito, representação simbólica dos valores organizacionais no ambiente interno e externo à instituição, comunicação organizacional interna e externa, negociação com outras organizações, promoção à inovação e *intrapessoais* a administração racional do seu próprio tempo e autocrítica sobre o seu desempenho organizacional. Portanto, o formulário buscou contemplar esses aspectos.

De modo geral, o formulário foi estruturado com base em elementos captados em revisão de literatura e com base na experiência profissional dos autores. Para viabilizar a aplicação com vistas à validade, foi realizada uma validação de conteúdo por especialista. A participação de um especialista para validação caracteriza uma amostra de conveniência típica da pesquisa qualitativa. Os critérios para definição deste especialista (n=1) foram: formação em saúde coletiva a nível de graduação (bacharel sanitarista), pós-graduação em saúde coletiva *Stricto* ou *Lato senso* e experiência na gestão no âmbito do planejamento do SUS.

Este especialista foi convidado via carta convite enviada por e-mail com instruções para proceder a avaliação. Junto a carta convite estava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) referente à participação para validação de conteúdo do instrumento. No caso, o especialista foi orientado a indicar se concordava em níveis de total concordância a não concordância, via escala Likert, com cada item do formulário proposto quanto à *validade da pergunta em medir o que se propunha e a clareza do texto*. Assim, as perguntas que orientaram a avaliação do formulário foram:

*“Quais perguntas seriam importantes para avaliar o perfil da gerência nos Distritos Sanitários e ações de planejamento?” / “Como realizar essas perguntas considerando a forma do texto no sentido de sua clareza de entendimento?”*

Em caso de não concordância, fosse total ou parcial, solicitou-se a indicação de sugestão de alteração. Após esta análise o especialista retornou o instrumento aos pesquisadores. Assim, os membros da equipe de pesquisa procederam aos ajustes, reenviando o instrumento para o

especialista. O instrumento foi considerado válido quando todos os itens foram julgados como concordância ou concordância total.

Após validado o instrumento, para viabilizar a coleta dos dados, os cinco gerentes foram contatados via aplicativo de mensagem (whatsapp®) para agendar a melhor data e local. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2022 de modo presencial nos Distritos Sanitários dos respectivos gerentes pesquisados. A aplicação se configurou no formato de entrevistas individuais sendo utilizado o recurso da gravação de voz para que nenhuma informação fosse perdida durante a entrevista. Isto para contemplar o melhor registro do dado, para posterior transcrição, e análise.

Portanto, em virtude da configuração do formulário com questões fechadas e abertas, procedeu-se a análise dos dados quantitativos por meio da estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e análise das questões abertas por meio da análise do Discurso do sujeito, técnica característica da abordagem qualitativa. A Análise do Discurso trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido. A análise de Discurso compreende o dizer como ideologicamente marcado, apreendendo o sujeito como assujeitado ao coletivo no nível inconsciente. O sujeito filia-se ou interioriza o conhecimento da construção coletiva, sendo porta-voz daquele discurso e representante daquele sentido. Portanto, deve haver uma interpretação para dar visibilidade ao sentido que o sujeito pretendeu transmitir no seu discurso.<sup>12</sup> Assim, as respostas dadas pelos gerentes foram transcritas para interpretar o plano de fundo das ideias e criar categorias temáticas com base em referenciais teóricos relacionados ao objeto em estudo.

No tocante à ética, o estudo foi aprovado por comitê de ética em pesquisa em conformidade a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, estando por sua vez, adequado a Lei Geral de Proteção de Dados, Lei nº 13.709/2018. O estudo foi desenvolvido sem apoio financeiro de terceiros ou instituições de fomento.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esta seção está organizada de modo a contemplar os resultados referentes à validação de conteúdo do instrumento de coleta de dados e à aplicação do referido instrumento.

O estudo, inicialmente, contava com o formulário estruturado em três blocos: o primeiro relacionado ao perfil dos gerentes, contendo oito perguntas; o segundo contendo perguntas sobre competências gerenciais para o planejamento e programação em saúde, com 31

perguntas; o terceiro bloco referente aos instrumentos de gestão do SUS com nove perguntas, totalizando 48 perguntas para validação do formulário. Os três blocos continham perguntas abertas e fechadas.

Na primeira etapa de validação, no caso o primeiro envio do instrumento para análise do especialista, este apontou algumas mudanças no formulário. No primeiro bloco obteve-se 100% de concordância, não havendo indicação de modificações. Entretanto, no segundo bloco, nove itens do formulário obtiveram concordância parcial, sendo recomendadas correções textuais, inclusão de novos itens relativos ao planejamento participativo e remoção de outras questões repetitivas referente às equipes multidisciplinares e ao planejamento de atividade. Por sua vez, no terceiro bloco, foi recomendada a inserção de novos itens para contemplar conteúdos não expressos no formulário. No caso, conteúdos relativos ao orçamento.

Na segunda etapa, realizou-se o reenvio ao especialista após análise e adequação do instrumento frente às modificações sugeridas. No caso, a segunda versão do formulário continha no primeiro bloco, oito questões; no segundo bloco, 28 questões e no terceiro; 10 questões. A validação obteve resultado de 100% de concordância, sendo o formulário validado para aplicação com um total de 46 perguntas (anexo).

O especialista participante deste estudo foi um indivíduo do sexo masculino, bacharel em saúde coletiva, pós-graduado *lato senso* em saúde coletiva, com experiência na gerência de um Distrito Sanitário do Município de Natal por 10 meses e na gestão em Secretaria de Saúde no setor de planejamento por 02 anos.

Os resultados relacionados à aplicação do formulário são apresentados de modo a contemplar uma caracterização e análise do perfil do gerente, competências gerenciais e instrumentos de gestão. Os fragmentos de texto presentes nesta seção representam as falas dos gerentes captadas nas entrevistas e, em conformidade aos compromissos de sigilo da identidade foram atribuídos códigos para as falas de cada gerente, a saber: G1, G2, G3, G4 e G5.

## **Perfil dos Gerentes**

O perfil dos gerentes está caracterizado na tabela 1.

Tabela 1- Perfil social e demográficos dos gerentes dos cinco Distritos Sanitários do Perfil da gerência nos distritos sanitários e as ações de planejamento. Natal/RN. 2022.

<b>Sexo (N=5)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Feminino	3	60

Masculino	2	40
<b>Faixa etária (N=5)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
21-30	1	20
31-40	3	60
41-50	0	0
51-60	1	20
<b>Escolaridade (N=5)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nível médio	0	0
Nível técnico	1	20
Graduação	2	40
Especialização	2	40
<b>Tempo de trabalho no DS (N=5)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
6 meses-11 meses	0	0
1 ano- 3 anos	3	60
4 anos – 5 anos	2	40
6 anos – 10 anos	0	0
<b>Experiência prévia na gestão (N=5)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	4	80
Não	1	20
<b>Curso na área de planejamento (N=5)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	4	80
Não	1	20

Fonte: Autores (2022).

O estudo identificou quanto ao perfil dos gerentes um predomínio do sexo feminino com 60% dos resultados. A maioria situa-se na faixa etária de 28 a 54 anos. Em relação à escolaridade, um gerente possui apenas um curso técnico em enfermagem, quatro gerentes possuem nível superior e dentre estes, três possuem formação na área de saúde. No caso, os de formação em saúde são dois enfermeiros e um cirurgião dentista e o um gerente com formação em outra área, possui graduação em direito. Dos 05 gerentes entrevistados, 03 têm especialização, sendo dois desses na área de gestão.

Quanto à formação dos gerentes, a predominância dos cargos sendo ocupados por profissionais da enfermagem é semelhante a outros estudos.<sup>13,14,15</sup> Dentre as profissões na área da saúde, a enfermagem é a que mais se destaca para a prática gerencial na sua formação, regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) através da resolução 194/1997, que determina a possibilidade de o enfermeiro ocupar cargos de direção em geral em qualquer esfera de governo. Todavia, em estudo<sup>16</sup> desenvolvido com o objetivo de elaborar o perfil sociodemográfico e educacional dos gerentes de território da Estratégia Saúde da Família e identificar os tipos de qualificação ou processo de educação permanente em que os gerentes estão inseridos, identificou-se que o cargo de gestão não deve ficar centralizado no profissional

de enfermagem, mas sim em profissionais com qualificações técnicas necessárias para exercer a função com efetividade.

No estudo vigente, o gerente bacharel em direito, curso não vinculado à área da saúde e, portanto, onde não há competências específicas relacionadas à gestão em saúde, possui pós-graduação em gestão em saúde. Isto evidencia a busca por melhorias no exercício gerencial. Mas, suscita questionamentos acerca de perfis mais adequados à gerência de Distrito Sanitários. Isto porque há pouca literatura que oriente a missão dos Distritos, o funcionamento esperado para atingir esta missão e os recursos necessários a este fim.

Ao analisar o tempo de exercício de gestão no Distrito Sanitário em que se encontra atualmente, em 2022, verificou-se que a maioria dos gerentes tinha em média 03 anos de gestão, sendo o tempo mínimo de 02 anos e o máximo de 04 anos. No tocante à experiência prévia na gestão, 03 responderam que sim, na área da saúde, a saber: em unidades básicas e unidades de pronto atendimento (UPA) e 02 responderam que não.

Em relação à oferta de algum curso na área de planejamento pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 01 gerente respondeu não haver sido ofertado, tendo este gerente 02 anos de gerência no Distrito Sanitário. Desta forma, a não existência deste importante curso ou atividade correlata, pode estar relacionada a pandemia da COVID-19, declarada pela Organização Mundial de Saúde<sup>17</sup>, que acarretou o fechamento dos estabelecimentos em todo o mundo. Assim, modificando a sociedade de forma ampla, e, possivelmente, isto repercutiu na não oferta de capacitações para os profissionais da rede. Corroborando este argumento, os demais gerentes responderam que foi ofertado curso pela SMS, estando esses gerentes há mais tempo na função gerencial, possibilitando a participação em atividades educação em saúde voltadas ao planejamento e, possivelmente, a outras questões relacionadas ao processo de trabalho.

A educação permanente em saúde possibilita que os profissionais reflitam sobre suas práticas e condutas, compreendam o seu processo de trabalho e busquem novas estratégias de intervenção para aperfeiçoar o trabalho. Ademais, auxiliam os profissionais a superarem dificuldades individuais e transformar as relações coletivas estabelecidas do mundo do trabalho<sup>18</sup>. Assim, atividades de educação em saúde são essenciais.

### **Competências Gerenciais**

O gerente precisa desempenhar algumas funções no seu dia a dia, devendo definir estratégias, planejar ações, recursos e sua aplicabilidade, realizar diagnósticos de situações,

solucionar problemas, despertar criatividade e inovações, definir papéis e tarefas.<sup>19</sup> Neste sentido, em relação à compreensão sobre o conceito do planejamento em saúde, segundo os gerentes, apresentam-se os fragmentos extraídos do corpo do discurso captado na entrevista:

[...] É programar as ações inerentes às políticas de promoção à saúde. Desde a parte preventiva até a curativa ( G2).

[...] Ter um bom financeiro, ter uma finança da saúde, para caso venha acontecer esses problemas, ter como recorrer, tem o planejamento de saúde da família, que são aquelas pessoas não venha a ter problemas de saúde graves, lotados os hospitais e sim ter aquele primeiro atendimento, a básica (G5).

[...] Planejar, pra mim, é ter uma vigilância, executar, construir fluxos junto com minha equipe (G1).

A implementação do planejamento nos processos de trabalho é um consenso entre todos os autores e estudos mostram que o planejamento está dentre as principais atividades exercidas na gerência, visto que é o responsável para o alcance de objetivos e metas estabelecidos.<sup>14,20,21</sup> Para o desenvolvimento de um planejamento é necessário traçar caminhos para o seu objetivo final. Nesse aspecto, o desenvolvimento do planejamento em saúde é feito através das necessidades apontadas, atuação de forma coletiva, mas sem a caracterização das fases de planejar conforme ilustram os fragmentos:

[...] Fazendo um planejamento dependendo de qual área a gente vai atuar. Por exemplo, se a gente atuar referente às arboviroses, a gente vai fazer um planejamento junto com os núcleos (G3).

[...] Através das necessidades apontadas pela procura nos serviços de demandas extras, como também do planejamento das ações que assegurem o que tá garantido na política (G2).

No tocante ao desenvolvimento do planejamento participativo, todos os gerentes responderam que realizam. Quanto ao modo deste planejamento, as reuniões foram a única técnica. Essas ocorrem com as equipes do Distrito Sanitário, havendo a participação integrada com os outros serviços pertencentes ao território do Distrito, somente em reuniões de colegiados, onde há a participação dos gerentes das unidades de Atenção Primária à Saúde e de serviços especializados do território. Esta argumentação é subsidiada nos trechos a seguir:

[...] Com reuniões. Reuniões periodicamente, discussões, passando núcleo por núcleo, fazendo visitas nas unidades. Também por grupos de WhatsApp. Então assim, a gente sempre está participando, sempre tá interativo com os nossos servidores e as nossas unidades (G1).

[...] Nos reunimos, temos um dia só para os serviços especializados e outro só com as unidades básicas, que realizamos com os diretores e os administrativos, para não entrar em conflito, porque tem coisas que a especializada não faz diante das básicas e da unidade de saúde da família. (G4).

A participação ampliada de gerentes de serviços integrantes ao território pertencente ao Distrito Sanitário, somente em reuniões colegiadas, fragiliza a perspectiva do planejamento estratégico, que possui como método a definição do ator que planeja; a missão da organização; formulação e descrição de problemas; analisar a viabilidade do plano. Isto porque este tipo de planejamento pressupõe a participação dos diferentes atores sociais envolvidos de modo a aumentar as chances de identificação dos problemas potenciais, atuais, mediatos e imediatos, bem como captar os nós críticos integrantes da cadeia causal com vistas a compreender a causa raiz do problema.<sup>2</sup> Não obstante, a participação ampliada também está relacionada à maior implicação dos sujeitos com os processos.

O profissional que não é incluído no processo de trabalho, suscita o não se sentir sujeito do processo de intervenções, programações para resolver um problema sanitário coletivo. Assim, não desenvolve a competência intelectual da criatividade e intrapessoal da responsabilização para atingir o objetivo final proposto.<sup>22</sup> O planejamento deve ser ascendente no território, tomando como base a realidade situacional, envolvendo todos os trabalhadores e profissionais de saúde, como também a participação social para a tomada de decisões nas ações de saúde.

Portanto, envolver a equipe no processo de trabalho, requer a construção de espaços de diálogo entre os profissionais, de modo a estimular a interação entre eles, para a instituição de uma cultura organizacional. Neste caso, especificamente, uma cultura de planejamento e as fases deste processo que excedem, em muito, a realização de reuniões como estratégia única. A cultura organizacional é entendida como um conjunto de hábitos, crenças, estando diretamente ligada às pessoas que constituem uma organização. As ações são estabelecidas por normas através de líderes de maneira estratégica, para seus colaboradores que irão traçar linhas para a ação. Para a instituição de uma cultura organizacional, a gerência desempenha importante função em virtude dos papéis gerenciais de liderança e símbolo da organização.<sup>23</sup>

Além do envolvimento dos profissionais, seja da gerência seja da assistência à saúde, é fundamental a participação dos usuários. Não obstante, o conceito de qualidade envolve a satisfação do usuário, por meio do atendimento às suas expectativas e resolução dos problemas, uma vez que este indivíduo é o foco do processo de cuidado em saúde. O envolvimento do

usuário viabiliza a criação e fortalecimento contínuo de vínculos, criando assim, a confiança deste com a Rede de Atenção à saúde.<sup>24</sup>

A percepção de planejamento como reuniões, possivelmente, relaciona-se ao parco conhecimento de instrumentos passíveis de utilização nas fases do planejamento. De forma geral, o planejamento tem cinco fases, na verdade, momentos, uma vez que não existe uma ordem obrigatória na cronologia do desenvolvimento (antes/depois), podendo ocorrer simultaneamente. Os momentos são: explicativo ou diagnóstico em que se atribui a análise situacional, identificando os problemas e os priorizando, considerando a governabilidade de resolução, impacto, recursos e viabilidade; normativo é o momento que deve-se definir objetivos a serem alcançados e as mudanças que se pretende obter; momento estratégico em que são definidas as linhas de ação, recursos, análise de viabilidade, cronograma das atividades propostas com prazos, atores envolvidos e momento tático-operacional caracterizado como o fazer em si para o alcance das metas, havendo detalhamento de tarefas e previsão orçamentária. Além disso, neste último momento também são necessários o acompanhamento e avaliação de cada atividade, definindo indicadores para este fim.<sup>2</sup>

No tocante às ferramentas, no momento diagnóstico podem ser utilizadas a árvore de problemas, Diagrama de Ishikawa, técnica dos cinco porquês, matriz de priorização. No normativo podem ser utilizados modelos lógicos ou planilhas para discriminar as metas relativas a determinada situação-problema que se quer alcançar.

Os modelos lógicos são uma maneira de organizar ações de uma intervenção de modo articulado aos resultados esperados, facilitando o planejamento, a comunicação e a avaliação. Assim, a maneira mais simples é o desenvolvimento das planilhas colocando as diretrizes, objetivos, metas e indicadores caracterizando uma matriz de monitoramento.<sup>25</sup> No momento estratégico pode ser utilizada a análise ou matriz SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats), que é um método de planejamento estratégico que engloba a análise de cenários para tomada de decisões, observando 4 fatores: Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças. Assim, permite a visualização da viabilidade do plano a ser desenvolvido mediante o contexto.<sup>26</sup>

Portanto, a análise dos resultados leva a inferir sobre o baixo nível de conhecimento técnico dos gerentes. No caso, apenas um gerente afirmou conhecer o Plano de Ação, e todos desconheciam as ferramentas, Cincos porquês, Matriz de Priorização, a Matriz SWOT e a SMART. De fato, há uma baixa aplicação desses instrumentos nos processos de trabalho dos profissionais atuantes nos serviços de saúde, uma vez que as competências gerenciais não são exploradas de forma aprofundada nas graduações em saúde.

Esta argumentação da fragilidade dos processos de planejamento, de forma geral, e, especificamente, de forma balizada em instrumentos com a matriz SWOT perpassa o estudo de Baldissera et al<sup>27</sup> com o objetivo de compreender como as variáveis forças, fraquezas, oportunidades e ameaças possibilitam caracterizar o trabalho na Atenção Primária à Saúde, para propor coletivamente estratégias de sistematização deste processo junto às equipes de Saúde da Família concluíram que a aplicação da matriz SWOT foi considerada importante estratégia para (re) conhecimento da realidade local, fazendo-se necessário perpetuar ações dessa natureza.

Portanto, a matriz SWOT permitiu identificar diversos pontos críticos de intervenção, tal qual discutido neste estudo quanto à gestão de Distritos Sanitários, destacando a questão da educação permanente em saúde para mobilização de competências para o exercício profissional.

No sentido da discussão sobre competências gerenciais<sup>11</sup>, no livro *Managing: Desvendando o Dia a Dia da Gestão*, mediante o acompanhamento de 29 gerentes de diferentes níveis de atuação, chegou-se à percepção de que os gestores não recebem nenhum treinamento ou orientação ao assumir a gerência de algum serviço, tendo que desenvolver e aprender suas atividades sozinhos. Isto está em consonância com o estudo vigente em que os gerentes dos Distritos Sanitários, por não terem orientações para o gerenciamento, adquirem poucos conhecimentos para a inovação dos processos de trabalho no serviço. Assim, exercem uma administração para solucionar problemas emergenciais, de forma não programada, caracterizando uma gestão não qualificada e incoerente ao planejamento estratégico em que é necessário estabelecer planos de ação segundo uma caracterização dos problemas em atuais, potenciais, intermediários, finais e, com base nisto, estabelecer prioridades.

Portanto, dentro do planejamento há fases do monitoramento e avaliação, possibilitando a gestão acompanhar o desenvolvimento da sua intervenção e modificá-la em tempo hábil, caso seja necessário. Todavia, no tocante a existência de monitoramento das ações desenvolvidas no Distrito Sanitário e das metas e objetivos pactuados no distrito, os gerentes responderam que realizavam o monitoramento dessas atividades cotidianamente e acompanhavam as mudanças do sistema de saúde mediante as portarias ministeriais, indicadores de saúde, decisões de gestão do nível central (Secretaria Municipal de Saúde). A periodicidade do acompanhamento, segundo os relatos de todos os gerentes participantes do estudo, era diária.

[...] A SMS sempre nos envia e pautamos de acordo com o que está escrito (G2).

[...] Geralmente as portarias quando chegam aqui, nós alertamos a todos, inclusive passamos para o grupo de diretores. Fazemos que tanto o distrito como as unidades coloquem nos seus portais na

frente, tanto para gente ter conhecimento, como o usuário também ter (G4).

Desse modo, as informações em saúde são essenciais para a condução das políticas públicas, no sentido de subsidiar os ciclos de avaliar-planejar-executar, mediante a informação-decisão-ação, além de servirem como meios de fiscalização da população acerca dos gastos e investimentos públicos. Portanto, é necessário desenvolver diálogos com as equipes, informar e tomar decisões coletivamente, mediante estratégias como fóruns. Todavia, nos distritos pesquisados, apenas um realiza fóruns, mas não frequentemente. No caso, realiza encontros para avaliar e apresentar dados do relatório quadrimestral.

Considerando que os relatórios são instrumentos de monitoramento de ações, possibilitando a gerência reorganizar suas ações em tempo hábil, a programação está dentro das fases do planejamento, sendo esta a parte mais operacional do processo, envolvendo a organização e determinação da ação, o tempo, os responsáveis pelas atividades e o prazo que precisa ser cumprido. Uma ferramenta viável para este fim é o Diagrama de Gantt que permite a visualização de todo o processo do plano proposto, destacando as tarefas, prazos e responsáveis, possibilitando assim identificar e viabilizar ações em gargalos que possam impedir o objetivo de cada atividade.<sup>28</sup>

Em relação à programação, os resultados evidenciaram diferentes compreensões dos gerentes, dentre essas destacou-se a falta de conhecimento sobre o conceito de programar, como se observa nas falas transcritas:

[...] Eu faço reuniões com os núcleos, diante da demanda a gente ver qual a melhor forma que esse serviço vai ser apresentado para a população e a gente chega a um denominador comum aqui entre os núcleos e coloca para que as unidades coloquem em prática o nosso planejamento (G5).

[...] É quando geralmente... às vezes a secretaria pede, lá tem um núcleo que programa as atividades e ações e a gente mesmo aqui toda semana faz questão de tá programando as atividades, os núcleos são designados para isso, para programar as atividades (G4).

O desconhecimento do conceito, dificulta a aplicação do conceito, uma vez que, o processo de aprendizagem inicia-se por competências mais básicas de memorização e evolui para competências mais complexas da abstração. Assim, competências intelectuais estão relacionadas à capacidade de desenvolver e aperfeiçoar competências técnicas. Por conseguinte, aperfeiçoar os conhecimentos dos gerentes para definir estratégias, metas, prazos juntamente com equipes técnicas, é fundamental para o resultado das intervenções ser efetivo, eficiente e

oportuno. Neste sentido, destacam-se três pontos: a importância de uma equipe técnica, da integração da equipe em cada passo do planejamento das ações de saúde e do conhecimento dos indicadores para tomada de decisões.<sup>29</sup>

No tocante à competência interpessoal de mediação de conflitos, foi questionado sobre ações conflituosas no território decorrentes de relações entre trabalhadores no cotidiano do trabalho que necessitassem de uma intervenção. Assim, todos os gerentes responderam que vivenciam isso corriqueiramente. Para mediação desses conflitos foram destacadas conversas com os profissionais, levando em conta também a autonomia dos diretores dentro dos serviços conforme o trecho abaixo:

[...] Eu aguardo um certo momento, que eu gosto que os diretores tenham autonomia em relação a isso. Então pede a primeira vez, na segunda, quando eu vejo que já está desgastante aquela situação, intervenho através de diálogo (G3).

O gerente precisa desempenhar um papel de controlador de distúrbio, intervindo em situações que fogem parcialmente do seu controle, como os conflitos entre os profissionais, profissionais-usuário, usuários-usuário, usuários-serviços. Portanto, é necessário que seja atencioso, solícito, aberto e justo. Ademais, escutar as reivindicações para assim, mediar uma solução legitimada pelos envolvidos como adequada e coerente.<sup>30</sup>

## **Instrumentos de Gestão do SUS**

O Plano de Saúde é um instrumento de planejamento construído com base nas necessidades da população e seus objetivos e metas devem ser descentralizados para que haja conhecimento dos serviços e estabelecimento das metas a priorizar.<sup>6</sup> No entanto, com a grande demanda dos serviços, dificuldades de gerenciamento, como as aqui relatadas anteriormente, muitas vezes, o instrumento passa despercebido pela gestão local. E assim, o que deveria facilitar o processo de trabalho não cumpre sua finalidade. Neste ponto, novamente, se coloca a questão da educação permanente em saúde.

Apesar desta inferência, acerca do não uso do Plano de Saúde como esperado, mediante a análise do discurso dos gerentes participantes desta pesquisa, todos relataram considerar as metas e ações no seu planejamento local. Entretanto, no tocante a produção dos relatórios de gestão, apenas 02 dos sujeitos pesquisados participam integralmente do processo de elaboração e 03 participam parcialmente.

O Relatório de Gestão é um instrumento decisivo para implementação de ciclos de melhoria contínua, uma vez que discrimina as metas alcançadas, as não alcançadas e os respectivos porquês, evidenciando fatores que favoreceram e dificultaram. Isto reitera a não introjeção dos instrumentos de gestão como detentores de uma relação intrínseca e indissociável para uma gestão efetiva, independente de quem exerce a gestão. Os relatórios devem ser continuamente consultados para elaboração dos planos, não havendo assim coerência no relato dos gerentes em conhecer o plano, aplicar as metas se não há o acompanhamento e análise dos resultados por meio dos relatórios.

Ademais, os indicadores de saúde são processos que permitem mensurar, caracterizar, explicar uma situação e analisar. Podendo ser usados para analisar os determinantes sociais em saúde, identificando os riscos de doenças ou agravos à saúde. Sobre o conhecimento dos indicadores de saúde, os gerentes relataram conhecer os indicadores e os acompanhar em consulta aos Sistemas de Informações.<sup>1</sup> Todavia, não realizam com frequência o acompanhamento desses. Portanto, a depender da frequência, não caracterizaria a perspectiva do monitoramento, uma vez que este se constitui em uma avaliação contínua e periódica.

A avaliação é fundamental para realizar um julgamento de valor para qualquer situação de intervenção, sendo subsídio para tomada de decisões. O monitoramento e avaliação de indicadores é uma atividade intrinsecamente importante para a melhoria do território, portanto a avaliação, bem como o monitoramento têm papel fundamental dentro do processo de planejamento.<sup>1</sup>

Portanto, em relação à realização de fóruns para apresentação dos resultados e avaliação dos indicadores, apenas um gerente disse realizar a cada quadrimestre. Isto é deveras preocupante, uma vez que a ciência dos resultados das ações desenvolvidas, verificada por indicadores é essencial para ciclos de melhoria. Acredita-se que tal situação esteja relacionada ao conhecimento, a nível superficial, dos indicadores de saúde.

Partindo-se das colocações já evidenciadas sobre a formação não relacionada à gestão, bem como da insuficiência de ações de educação permanente, este desconhecimento torna-se esperado. Estudos semelhantes ressaltam que os gerentes não possuem especialização voltada para a gestão em saúde, resultando profissionais que não se sentem aptos para exercer a função.<sup>13,20</sup> Portanto, é necessário que o gerente receba capacitações para interligar a prática e a teoria, compreender e adequar teorias no seu processo de trabalho.<sup>31</sup>

Conhecer indicadores perpassa o conhecimento dos Sistemas de Informação, não estando os sistemas de saúde do SUS totalmente articulados para linhas gerais de intervenções.

Há os dados e informações, porém o gestor local, muitas vezes, não sabe utilizar a base de informações para intervir.<sup>22</sup> Neste sentido, o SUS está processualmente implementando estratégias para a interconectividade como o E-SUS.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os dados relativos ao perfil gerencial, dos sujeitos do estudo, indicaram ser a maioria mulheres, com formação na área da saúde, entretanto, não específica da gestão. Apesar de ter experiência na gestão da saúde, nenhum possui especialização na gestão em saúde. Em relação às competências gerenciais, considerando a sua importância para o avanço do serviço e ações de saúde, identificou-se uma falta de compreensão de conceitos do planejamento e suas fases, repercutindo assim no não conhecimento e uso de importantes ferramentas para o planejamento.

Os fragmentos extraídos dos discursos no tocante às atividades necessárias a um planejamento ascendente, participativo e estratégico, de acordo com as necessidades de cada território, indicam uma visão simplista e despreparo para o que exige a função da gerência de Distritos. Todavia, há de ser ressaltado o relato do não desenvolvimento de atividades relacionadas à educação permanente em saúde com o tema do planejamento.

Considerando a periodicidade e possível rotatividade dos cargos de gerente, ações para dialogar acerca da missão dos Distritos Sanitários, destacando as funções administrativas e consequentes competências gerenciais para o alcance desta missão são essenciais e devem ser realizadas regularmente em intervalos que considerem o tempo médio de permanência dos gerentes nos cargos. Desta forma, é fundamental o acompanhamento da Secretaria Municipal de Saúde de informações como o tempo de permanência no cargo.

Conclui-se que esta pesquisa apresenta informações relevantes para analisar o perfil do gerente de Distrito Sanitário e identificar a utilização de instrumentos do SUS no seu processo de trabalho, uma vez que são fatores determinantes à efetividade e eficácia na saúde pública. Além disto, o formulário construído e validado por especialista, pode ser aplicado em outros municípios que tenham a distritalização como recorte territorial, sendo uma potencial contribuição deste estudo para outros contextos loco-regionais.

Diante dos dados encontrados neste estudo, coloca-se a necessidade de estimular os gerentes com novas práticas, através do apoio da Secretaria Municipal de Saúde, ofertando cursos de especialização em Saúde Pública. Além disso, promover oficinas discutindo novas formas de gerenciamento, utilização de técnicas, a importância do monitoramento e avaliação

nas ações de saúde. É necessário também, estimular a autonomia dos gerentes para a tomada de decisões e a importância do trabalho coletivo.

## REFERÊNCIAS

1. Silva AK, Sousa JP, Rodrigues W, Caçado AC. Planejamento Estratégico Situacional - PES: uma análise bibliométrica da produção científica brasileira. Rev. Serv. Público Brasília. 2017;68(2):365-388. Disponível em: [Vista do Planejamento Estratégico Situacional - PES: uma análise bibliométrica da produção científica brasileira \(enap.gov.br\)](http://enap.gov.br)
2. Toni J. Reflexões sobre o Planejamento Estratégico no Setor Público. Brasília: Enap; 2021. 154 p. Disponível em: [Jackson de Toni.pdf \(enap.gov.br\)](http://enap.gov.br)
3. Bleicher L, Bleicher T. Organizando o SUS. In: Saúde para todos, já! [Internet]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA; 2016. p. 55-68. ISBN 978-85-232-2005-1. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220051.0005>.
4. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. (Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal. Natal, RN, 2007. 124 p. Disponível em: Secretaria Municipal de Saúde - (Re)desenhando a Rede de Saúde na cidade do Natal [Accessed June 18, 2022].
5. Fuginami CN, Colussi CF, Ortiga AMB. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. Saúde debate [Internet]. 2020 Jul;44(126):857–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012620>.
6. Brasil. Lei nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília. Seção I. p. 1. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Manual de Planejamento no SUS. Brasília: MS; 2016. 71p.
8. Oliveira AEF, Reis RS. Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. São Luís: EDUFAM; 2016. 44p. Disponível em: [Acervo de Recursos Educacionais em Saúde \(ARES\): Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS \(unasus.gov.br\)](http://unasus.gov.br)
9. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 11, 16 jan. 2012. Seção I. p.1.
10. Viana JL, Souza ECF de. OS NOVOS SANITARISTAS NO MUNDO DO TRABALHO: UM ESTUDO COM

GRADUADOS EM SAÚDE COLETIVA. Trab educ saúde [Internet]. 2018 Sep;16(3):1261–85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00146>.

11. Mintzberg H. Managing: Desvendando o dia a dia da gestão. Porto Alegre: Bookman; 2010.

12. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm. 2006;15(4):679-84. Disponível em: [scielo.br/j/tce/a/9VBbHT3qxByvFCtbZDZHgNP/?format=pdf&lang=pt](http://scielo.br/j/tce/a/9VBbHT3qxByvFCtbZDZHgNP/?format=pdf&lang=pt)

13. Falcão SMR, Sousa MNA de. Gerenciamento da Atenção Primária à Saúde: Estudo nas Unidades Básicas. Rev enferm UFPE on line. 2011;5(6):1510-517. Disponível em: [Gerenciamento da atenção primária à saúde: estudo nas unidades básicas do município de Patos, Paraíba \(ufpe.br\)](http://www.ufpe.br/revista/gerenciamento-da-atencao-primaria-a-saude-estudo-nas-unidades-basicas-do-municipio-de-patos-paraiba-ufpe-br)

14. Ximenes Neto FRG, Sampaio JJC. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. Rev Bras Enferm [Internet]. 2007 Nov;60(6):687–95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000600013>.

15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Histórico da pandemia de COVID-19. Disponível em: Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org) [Accessed June 16, 2023].

16. Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. Saude soc [Internet]. 2009 Jan;18:48–51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000500008>.

17. Chiavenato I. Iniciação à Administração Geral. 3ª ed. Tamboré/Barueri: Manole; 2009.

18. Carvalho BG, Peduzzi M, Nunes EFPA, Leite OS, Silva JAM. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(5):907-14. Disponível em: [scielo.br/j/reeusp/a/XZCWXQTZxcYqk9VmPpnQJJj/?format=pdf&lang=pt](http://scielo.br/j/reeusp/a/XZCWXQTZxcYqk9VmPpnQJJj/?format=pdf&lang=pt)

19. Gontijo TL, Cavalcante RB, Duarte AGS, Lima PKM. Funções administrativas na gestão local da atenção básica em saúde. Rev enferm UFPE on line. 2017;11(12):4980-8. Disponível em: [Funcões administrativas na gestão local da Atenção Básica em Saúde | Rev. enferm. UFPE on line;11\(12\): 4980-4988, dez.2017. ilus, tab | BDENF \(bvsalud.org\)](http://www.ufpe.br/revista/funcoes-administrativas-na-gestao-local-da-atencao-basica-em-saude)

20. Ohira RHF, Cordon Junior L, Nunes E de FP de A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014 Feb;19(2):393–400. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21952012>.

21. Silva GS, Diniz BG, Rosa VDG. Administração de conflitos: análise de percepções de enfermeiros gerentes. R. Enferm. Cent. O. Min. 2012; 2 (3):358-368. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/227>.

22. Dantas TCC, Melo MLC. O Trabalho do gerente em uma unidade básica de saúde: possibilidades de uma prática. R. Bras. Enferm. 2001;54(3):494-499. Disponível em: [SciELO - Brasil - O trabalho do gerente em unidade básica de saúde: possibilidades de uma prática O trabalho do gerente em unidade básica de saúde: possibilidades de uma prática](http://www.scielo.br/br/enf/articulo/ver?id=00005403000494)

23. Chiavenato, I. Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 9 p.
24. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP dos, Serrano Gallardo M del P. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018Apr;22(65):387–98. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>
25. Ferreira L, Ribeiro MS, Oliveira LZ de, Szpilman ARM, Esposti CDD, Cruz MM da. Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. Trab educ saúde [Internet]. 2020;18(2):e0026294. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00262>.
26. Ventura KS, Suquisaqui ABV. Aplicação de ferramentas SWOT e 5W2H para análise de consórcios intermunicipais de resíduos sólidos urbanos. Ambient constr [Internet]. 2020 Jan;20(1):333–49. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1678-86212020000100378>
27. Baldissera MI, Vendruscolo C, Zocche DAA, Ferraz F, Martini RG. Características do trabalho na atenção primária identificadas no exercício coletivo de aplicação da matriz SWOT. Rev Bras Enferm. 2023;76(2):e20220443. Disponível em: [scielo.br/j/reben/a/ZrpjScrGq76fF7JvczkRNMj/?format=pdf&lang=pt](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00262)
28. Lima FRS, Ormond EO, Costa YF. A ferramenta gráfico de Gantt no acompanhamento de projetos. Simpósio [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 21];(7). Disponível em: <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/simposio/article/view/1202>
29. Pinheiro ALS. Gerência de enfermagem em unidades básica: a informação como instrumento para a tomada de decisão. Rev APS. 2009;12(03):262-70. Disponível em: [Gerência de Enfermagem em Unidades Básicas: a informação como instrumento para a tomada de decisão | Revista de APS \(ufjf.br\)](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00262)
30. Nascimento DMM do. Mediação de conflitos na gestão da saúde (médica, clínica e hospitalar): humanização do direito médico. Cad Ibero-Am Direito Sanit [Internet]. 2020 Apr 6 [cited 2023 Jun 22];9(1):170-95. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/605>
31. Sousa MNAS, Morais ER, Araújo RCL. As funções do administrador e o processo administrativo no contexto da gestão hospitalar. In: Sousa MNAS (org). Gestão hospitalar: da origem dos hospitais aos aportes teóricos da ciência gerencial e sua aplicabilidade no âmbito hospitalar. Curitiba: Editora CRV; 2010.

## ANEXO

Quadro 1- Estrutura do formulário validada para compor o instrumento de Coleta de dados do estudo Perfil da gerência nos distritos sanitários e as ações de planejamento. Natal/RN. 2022.

<b>BLOCO I. PERFIL DOS GERENTES</b>	
<b>1) Idade:</b>	_____

**2) Sexo:**

- Masculino  
 Feminino  
 Intersexo

**3) Escolaridade**

- Ensino Nível médio Completo  
 Curso técnico incompleto  
 Curso técnico Completo  
 Superior Completo Especificar: \_\_\_\_\_  
 Especialização Especificar: \_\_\_\_\_  
 Mestrado Especificar: \_\_\_\_\_  
 Doutorado Especificar: \_\_\_\_\_

**4) Tempo de atuação na gerência do Distrito Sanitário (DS) em anos: \_\_\_\_\_**

**5) Possui experiência prévia na gestão:**

- Sim  
 Não

**5.1) Se a resposta for sim, em que área?**

**6) Fez ou está fazendo algum curso de formação na área de planejamento?**

- Sim  
 Não

**7) A Secretaria Municipal de Saúde já ofereceu algum curso de formação na área de planejamento?**

- Sim  
 Não

**BLOCO II. COMPETÊNCIAS GERENCIAIS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE**

**8.1) E o que significa planejar em saúde?**

**8.2) Como se desenvolve um planejamento em saúde?**

**9) Para você, o que significa planejar de forma participativa?**

**9.1) Você desenvolve o Planejamento participativo no Distrito Sanitário onde atua?**

- Sim  
 Não

**9.2) Se sim, o planejamento participativo é realizado com quais representações?**

- Equipes do distrito  
 Unidades Básica de Saúde  
 Serviços especializados  
 Outros: \_\_\_\_\_

**9.3) Se a resposta for sim ao item 9.1, como é realizado este Planejamento Participativo?**

**9.4) Neste processo de planejamento participativo, você utiliza quais ferramentas ou técnicas?**

**9.5) Se a resposta for não, Como as atividades do DS são planejadas?**

**10) Neste processo de planejamento, você utiliza quais ferramentas ou técnicas?**

<p><b>10.1) Em relação a técnicas de planejamento, você conhece alguma dessas técnicas?</b></p> <p>( ) Técnica dos 5 porquês  ( ) Matriz de priorização  ( ) Plano de Ação  ( ) Matriz SWOT  ( ) SMART</p>
<p><b>10.2) Se sim, já utilizou?</b></p> <p>( ) Sim  ( ) Não</p>
<p><b>10.3) Se a resposta for sim, Como utilizou ou utiliza?</b></p>
<p><b>10.4) Ao processo de planejamento são levadas em conta a realidade do território?</b></p> <p>( ) Sim  ( ) Não</p>
<p><b>10.5) As atividades planejadas são monitoradas e avaliadas no tempo pactuado no planejamento?</b></p> <p>( ) Sim  ( ) Não</p>
<p><b>11) No processo de planejamento são considerados instrumentos normativos (portarias, normativas, sanitárias, epidemiológicas) para orientar o desenvolvimento?</b></p> <p>( ) Sim  ( ) Não</p>
<p><b>11.1) Como?</b></p>
<p><b>12) Você acompanha as atualizações e mudanças dos instrumentos normativos (portarias, normativas, sanitárias, epidemiológicas)?</b></p> <p>( ) Sim  ( ) Não  ( ) Quando a gestão central informa</p>
<p><b>12.1) Se sim, qual a periodicidade do acompanhamento?</b></p> <p>( ) Diariamente  ( ) Semanalmente  ( ) Mensalmente  ( ) Semestralmente  ( ) Quando a gestão central recomenda</p>
<p><b>13) Para você, o que significa Programar atividades?</b></p>
<p><b>13.1) Você programa suas atividades gerenciais?</b></p> <p>( ) Sim  ( ) Não</p>
<p><b>13.2) Se sim, como você programa essas atividades?</b></p> <p>_____</p>
<p><b>14) No seu cotidiano de trabalho há situações de conflitos entre os colegas de trabalho ou profissionais atuantes no serviço que necessitem de sua intervenção para solução ou encaminhamento de solução?</b></p> <p>( ) Sim  ( ) Não</p>
<p><b>14.1) Se sim, como você atua para intervir nessas situações de conflitos?</b></p>

<p><b>15) O Distrito Sanitário desenvolve fóruns de discussão com os outros serviços do Território?</b>  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><b>15.1) Quais os temas discutidos?</b>          _____</p>
<p><b>15.2) Como esses temas são escolhidos?</b></p>
<p><b>16) Você considera que a gerência exercida no Distrito Sanitário onde atua tem contribuído para a melhoria da Saúde do Território?</b>  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><b>16.1) Como?</b></p>

### BLOCO III. INSTRUMENTO DE GESTÃO DO SUS

<p><b>17) Você leva em conta os Plano Municipal de Saúde e Programação de Saúde para elaborar as ações de saúde do DS?</b>  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Parcialmente</p>
<p><b>18) Você participa integralmente da elaboração dos relatórios trimestrais e anual de saúde?</b>  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Parcialmente</p>
<p><b>19) Você realiza o acompanhamento dos indicadores de saúde do:</b>          Previnde Brasil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          SISPACTO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          Vigilância em Saúde <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          Outros Indicadores: _____</p>
<p><b>19.1) Se sim, como é realizado o monitoramento e avaliação desses indicadores?</b></p>
<p><b>20) No desenvolvimento do relatório trimestral, você identifica as dificuldades e as facilidades para o alcance das metas?</b>  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><b>20.1) Se sim, quais dificuldades mais frequentes encontradas no seu distrito?</b>  <input type="checkbox"/> Infraestrutura  <input type="checkbox"/> Recursos Humanos  <input type="checkbox"/> Insumos  <input type="checkbox"/> Orçamento  <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>
<p><b>20.2) Como essas dificuldades impactam no alcance das metas?</b></p>
<p><b>20.3) Se sim, quais facilidades?</b></p>

**21) O Distrito Sanitário realiza fóruns para apresentar os indicadores e seus resultados?**

- Sim
- Não

**21.1) Se sim, qual a periodicidade?**

- Mensalmente
- Quadrimestralmente
- Semestralmente
- Anualmente

Fonte: Autores (2022).

# **AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO ESPECIALIZADO EM HEMATOLOGIA: RESULTADOS E CONTRIBUIÇÃO AOS ESTUDOS AVALIATIVOS EM SAÚDE**

*EVALUATION OF PHARMACEUTICAL ASSISTANCE IN A PUBLIC HOSPITAL SPECIALIZED IN HEMATOLOGY: RESULTS AND CONTRIBUTION TO HEALTH EVALUATION STUDIES*

*EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO ESPECIALIZADO EN HEMATOLOGÍA: RESULTADOS Y APORTE A LOS ESTUDIOS DE EVALUACIÓN EN SALUD*

*Nayara Maria Siqueira Leite  
Fabiola Sulpino Vieira*

**RESUMO:** Dentre as várias atividades desenvolvidas nos hospitais especializados, encontram-se as realizadas pela farmácia. A assistência farmacêutica hospitalar (AFH) abrange um conjunto de serviços com a finalidade de garantir o acesso a medicamentos de qualidade e com uso racional, pelos seus usuários. Assim, o objetivo desse trabalho foi avaliar a estrutura, os processos e os resultados da AFH do Hospital de Referência em Hematologia do Estado de Pernambuco (HEMOPE), a partir do desenvolvimento de um modelo lógico e da elaboração de uma matriz de indicadores aplicáveis, de forma geral, aos serviços farmacêuticos hospitalares. Os indicadores foram avaliados dentro das dimensões da qualidade propostas por Donabedian: Estrutura (E), Processo (P) e Resultado (R). Os dados foram coletados retrospectivamente referentes a 2022 e os resultados foram expressos em frequências percentuais de conformidade. A taxa de conformidade geral do HEMOPE foi de 46,2%. Segundo cada dimensão, essa taxa foi de: E-50,0%, P-48,5% e R-0,00%. Os indicadores da dimensão resultados foram os mais baixos e revelam que as atividades relacionadas à farmácia clínica, portanto, são as que mais necessitam de desenvolvimento. Conclui-se que ainda é preciso aprimorar vários aspectos da estrutura, dos processos e dos resultados da AFH do HEMOPE e que a matriz de indicadores elaborada foi útil e fácil de aplicar à avaliação da farmácia desse estabelecimento de saúde. Ademais, que é uma ferramenta de baixo custo, que pode ser utilizada na avaliação dos serviços farmacêuticos de qualquer unidade hospitalar

**Palavras-chaves:** Avaliação em saúde; Modelos Teóricos; Assistência Farmacêutica; Serviço de Farmácia Hospitalar.

**ABSTRACT:** Among the various activities carried out in specialized hospitals, there are those carried out by the pharmacy. Hospital Pharmaceutical Assistance (HPA) covers a set of services with the purpose of guaranteeing access to quality medicines with rational use by its users. Thus, the objective of this work was to evaluate the structure, processes and results of HPA at the Hematology Reference Hospital of the State of Pernambuco (HEMOPE), based on the

development of a logical model and the elaboration of a matrix of applicable indicators, in general, to hospital pharmaceutical services. The indicators were evaluated within the quality dimensions proposed by Donabedian: Structure (S), Process (P) and Result (R). Data were collected retrospectively for 2022 and the results were expressed as percentage frequencies of compliance. The overall HEMOPE compliance rate was 46.2%. According to each dimension, this rate was: S-50.0%, P-48.5% and R-0.00%. The results dimension indicators were the lowest and reveal that activities related to clinical pharmacy, therefore, are those that most require development. It is concluded that it is still necessary to improve several aspects of the structure, processes and results of HPA at HEMOPE and that the matrix of indicators developed was useful and easy to apply to the evaluation of the pharmacy of this health establishment. Furthermore, it is a low-cost tool that can be used to evaluate pharmaceutical services in any hospital unit.

**Keywords:** Health Assessment; Theoretical Models; Pharmaceutical Care; Hospital Pharmacy Service.

**RESUMEN:** Entre las diversas actividades que se realizan en los hospitales especializados, se encuentran las que realiza la farmacia. La Asistencia Farmacéutica Hospitalaria (AFH) abarca un conjunto de servicios con el fin de garantizar el acceso a medicamentos de calidad y uso racional por parte de sus usuarios. Así, el objetivo de este trabajo fue evaluar la estructura, procesos y resultados de la AFH en el Hospital de Referencia de Hematología del Estado de Pernambuco, Brasil (HEMOPE), a partir del desarrollo de un modelo lógico y la elaboración de una matriz de indicadores aplicables. en general, a los servicios farmacéuticos hospitalarios. Los indicadores fueron evaluados dentro de las dimensiones de calidad propuestas por Donabedian: Estructura (E), Proceso (P) y Resultado (R). Los datos se recopilaban retrospectivamente para 2022 y los resultados se expresaron como frecuencias porcentuales de cumplimiento. La tasa general de cumplimiento de HEMOPE fue del 46,2 %. Según cada dimensión, esta tasa fue: E-50,0%, P-48,5% y R-0,00%. Los indicadores de la dimensión de resultados fueron los más bajos y revelan que las actividades relacionadas con la farmacia clínica, por tanto, son las que más requieren desarrollo. Se concluye que aún es necesario mejorar varios aspectos de la estructura, procesos y resultados de la AFH en HEMOPE y que la matriz de indicadores desarrollada fue útil y fácil de aplicar a la evaluación de la farmacia de este establecimiento de salud. Además, es una herramienta de bajo costo que puede utilizarse para evaluar los servicios farmacéuticos en cualquier unidad hospitalaria.

**Palabras clave:** Evaluación de la salud; Modelos Teóricos; Cuidado farmacéutico; Servicio de Farmacia Hospitalaria.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a gestão e a economia da saúde têm se destacado como áreas fundamentais por sua contribuição ao aprimoramento dos sistemas de saúde em todo o mundo. O contexto atual de alta demanda por tecnologias mais novas e caras, e de disponibilidade limitada de recursos financeiros exige uma abordagem rigorosa na avaliação dos serviços de saúde, visando à otimização dos recursos, à melhoria da qualidade do atendimento e à maximização dos resultados clínicos<sup>1</sup>.

A busca por maior eficácia, eficiência e qualidade nos cuidados de saúde exige uma análise criteriosa e holística de todas as etapas do processo de assistência ao paciente, desenvolvidas pelas unidades de saúde, com destaque para os hospitais<sup>2</sup>.

No âmbito dos sistemas de saúde, os hospitais são instituições que desempenham papel central na oferta de serviços para promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários. Ademais, são estabelecimentos de saúde especializados, fundamentais à inovação na saúde, onde as inter-relações no complexo produtivo podem ser observadas de forma mais explícita<sup>3</sup>. Ficam claras nas unidades hospitalares as conexões entre os serviços assistenciais e as necessidades de produtos originários das indústrias de base química, biotecnológica, mecânica, eletrônica e de materiais. Maior compreensão sobre essas conexões, auxilia no reconhecimento da importância dos processos avaliativos, visando à otimização dos recursos financeiros, humanos e físicos utilizados no cuidado à saúde prestado por essas unidades.

A Assistência Farmacêutica Hospitalar (AFH), também conhecida pelo termo *serviços farmacêuticos hospitalares*, pode ser definida como um conjunto de serviços, integrantes dos serviços e programas de saúde, realizados pelos estabelecimentos hospitalares, que incluem: i) o fornecimento de medicamentos; ii) a manutenção e o controle de qualidade desses produtos; iii) a segurança e a efetividade terapêutica dos medicamentos; iv) o seguimento e a avaliação da sua utilização; v) a obtenção e a divulgação de informação sobre os produtos farmacêuticos; e vi) a educação permanente dos farmacêuticos, dos demais membros da equipe de saúde, do paciente e da comunidade para garantir o uso racional dos medicamentos<sup>4</sup>.

As atividades desenvolvidas pela farmácia hospitalar abrangem desde a seleção e a aquisição de medicamentos, o seu armazenamento e distribuição para as unidades do hospital responsáveis pela administração desses produtos aos usuários, até o monitoramento dos pacientes quanto à segurança e a eficácia da terapêutica. A avaliação dessas atividades é crucial para assegurar a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados, bem como para identificar oportunidades de melhoria contínua<sup>5,6</sup>.

A avaliação dos serviços farmacêuticos é componente intrínseco da avaliação de serviços de saúde e é fundamental pela relevância da assistência farmacêutica para o manejo

adequado dos pacientes e para a obtenção de resultados positivos de saúde. A avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão. Trata-se de uma ferramenta essencial para analisar a eficácia e eficiência dos serviços<sup>7</sup>.

Estudos de avaliação subsidiam o diagnóstico dos serviços e, conseqüentemente, auxiliam no processo de tomada de decisão e na formulação de estratégias que visem ampliar a capacidade de gestão na saúde. Nesse contexto, a avaliação dos serviços farmacêuticos é componente-chave da avaliação dos serviços de saúde, dada a importância dos medicamentos para a melhoria da saúde individual e coletiva<sup>8</sup>.

Embora a realização de avaliações dos serviços farmacêuticos seja fundamental à melhoria do cuidado prestado pelos estabelecimentos de saúde à população, na literatura científica, ainda são escassas as publicações de estudos sobre a avaliação da assistência farmacêutica no Brasil, especialmente sobre a AFH, e no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No início dos anos 2000, a escassez de informações nessa temática motivou a realização do Projeto de Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil (PDFHB). Nesse diagnóstico, os autores avaliaram a estrutura e os processos de um conjunto de farmácias hospitalares, e concluíram que havia necessidade de maior eficiência na realização dos serviços farmacêuticos e de qualificação profissional nas farmácias analisadas<sup>9</sup>. Nesse trabalho, os autores não empregaram indicadores de resultado do cuidado prestado na avaliação das farmácias.

Mais recentemente, em revisão integrativa<sup>8</sup>, identificaram que, em toda a literatura, a maioria dos estudos de avaliação de serviços farmacêuticos hospitalares no Brasil foram desenvolvidos no âmbito do projeto mencionado. Esses autores concluíram que as publicações sobre o assunto focaram na discussão sobre a logística de medicamentos, não abordando, em sua maioria, questões relacionadas ao impacto desses serviços à assistência à saúde, como a segurança do paciente.

Esses achados mostram que a escassez de estudos avaliativos da AFH no Brasil permanece sendo causa da lacuna de informação sobre o tema, notadamente sobre os resultados desses serviços. Isso justifica não apenas a realização de avaliações que considerem distintos contextos da oferta de serviços farmacêuticos, como unidades hospitalares especializadas, mas também o avanço das investigações sobre os resultados desses serviços. Avaliações dessa natureza, que abranjam tanto as dimensões de estrutura, processo e resultados, como as diferentes especialidades dos estabelecimentos de saúde, poderão contribuir não apenas para o

aperfeiçoamento dos serviços e da gestão dos estabelecimentos avaliados, como poderão aportar recursos metodológicos para a realização de novos estudos avaliativos nessa temática.

Assim, tendo por motivação a potencial contribuição deste estudo para o campo da avaliação de serviços farmacêuticos hospitalares, especialmente do SUS, o objetivo deste artigo é avaliar a estrutura, os processos e os resultados da assistência farmacêutica do Hospital de Referência em Hematologia do Estado de Pernambuco (HEMOPE), a partir do desenvolvimento de um modelo-lógico aplicável aos serviços farmacêuticos hospitalares e da elaboração de uma matriz de indicadores dentro do contexto de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian<sup>10</sup>.

## MÉTODOS

Realizou-se uma avaliação de estrutura, processos e resultados da assistência farmacêutica do HEMOPE. O HEMOPE é um hospital de médio porte e alta complexidade, responsável pela oferta de serviços na especialidade de hematologia, para tratamento de doenças neoplásicas benignas e cancerosas. Atende pacientes encaminhados pela Central de Regulação da Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES/PE), que necessitam de acompanhamento com hematologista e que tenham residência no Estado de Pernambuco<sup>11</sup>.

Na avaliação dos serviços farmacêuticos desse hospital, empregou-se o modelo proposto por Donabedian de avaliação da tríade “estrutura, processos e resultados”, que é a uma das abordagens mais adotadas na avaliação em saúde. Na **avaliação da estrutura**, os resultados são na maioria expressos quantitativamente, pois indicam a existência de fluxo, processo ou documento, ou seja, algo ligado a organização do serviço. Neste caso, serão avaliados os recursos humanos disponíveis, estruturas físicas mínimas de setores como Central de Manipulação de Quimioterápico e Fracionamento, e também regularização da farmácia junto ao conselho e presença ou não de Comissão de Farmácia e Terapêutica. No caso da **avaliação de processos**, o objeto estudado são as ações. Investiga-se se a atuação dos agentes do serviço segue um padrão ou metodologia pactuada. No caso da **avaliação dos resultados**, busca-se identificar os reflexos das medidas implementadas na saúde dos pacientes, além das alterações no perfil epidemiológico da população<sup>11</sup>.

Para guiar a avaliação da assistência farmacêutica do HEMOPE, de maneira estruturada e coerente, na primeira etapa, foi elaborado um modelo lógico, considerando os processos desenvolvidos na farmácia desse hospital, documentos internos e literatura sobre a produção de modelos semelhantes<sup>12-14</sup>. Esses modelos ajudam a identificar processos e resultados, sendo

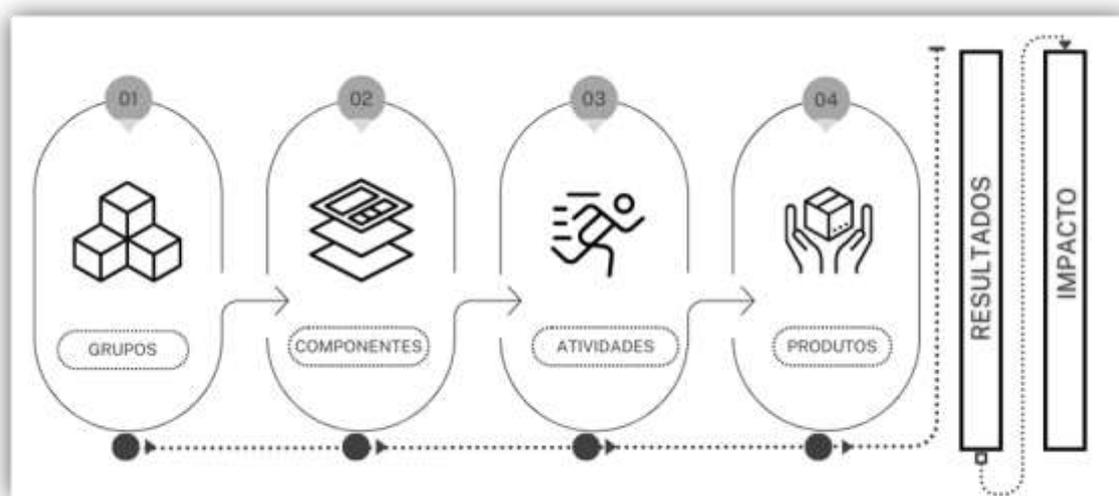
uma metodologia de avaliação que dialoga com a tríade das avaliações de serviços de saúde proposta por Donabedian<sup>15</sup>.

A utilização de modelos lógicos é considerada essencial na avaliação de serviços de saúde, uma vez que eles fornecem uma representação gráfica dos insumos utilizados, processos realizados e resultados obtidos, possibilitando uma análise sistemática das relações de causa e efeito<sup>15</sup>. Ao adotar modelos lógicos na avaliação dos serviços, os gestores da saúde podem identificar lacunas, estabelecer prioridades e alocar recursos de forma mais eficaz<sup>16</sup>.

Ademais, a utilização de modelos lógicos na avaliação de serviços permite uma análise estruturada das atividades realizadas dentro de vários contextos, destacando os seus impactos econômicos e clínicos<sup>17</sup>. Além disso, a avaliação dos serviços farmacêuticos hospitalares contribui para a identificação de pontos críticos na cadeia de utilização dos medicamentos, produzindo informações para a implementação de medidas voltadas à melhoria da qualidade assistencial e da segurança do paciente.

Foram propostos 3 (três) grupos para agregação das atividades desenvolvidas na farmácia hospitalar: o grupo 1 abrange atividades relacionadas ao acesso ao medicamento; o grupo 2 aquelas relacionadas ao uso de medicamentos; e o grupo 3 as atividades transversais ao acesso e ao uso de medicamentos. A cada Grupo foram associados componentes, tais como, seleção, programação, educação em saúde. Cada componente foi descrito quanto às atividades realizadas, aos produtos das atividades, aos resultados imediatos e intermediários esperados, assim como, em relação ao impacto esperado das atividades realizadas. A Figura 1 apresenta a estrutura proposta para a construção do modelo lógico da AFH.

Figura 1. Estrutura proposta do modelo-lógico da AFH.



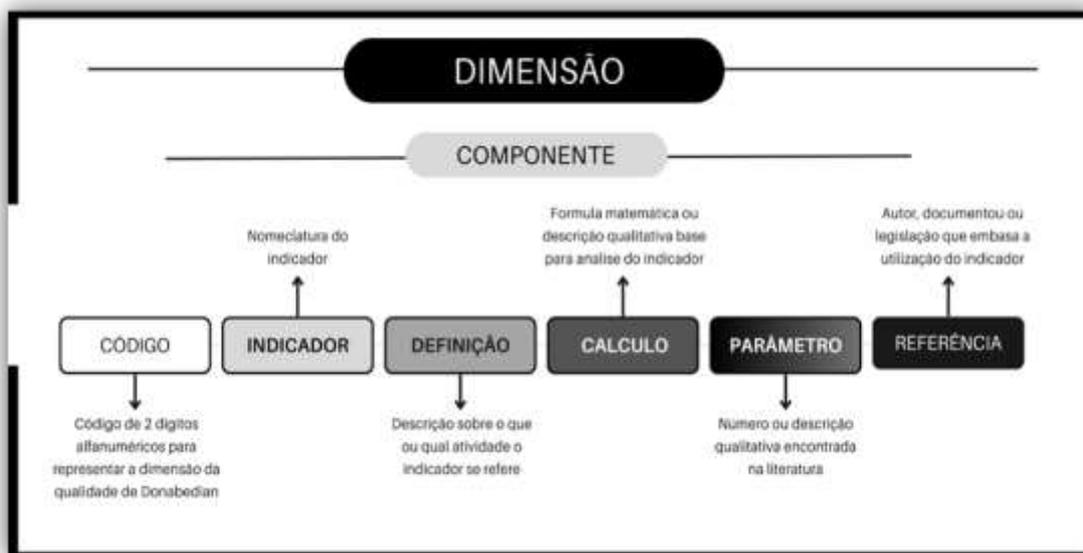
Fonte: Elaboração própria.

Na segunda etapa do estudo, para a construção da matriz de indicadores de estrutura, processos e resultados, foi realizada uma análise documental, com consulta à legislação vigente para aspectos específicos, quando necessário. As principais fontes de informação utilizadas foram:

- O artigo<sup>18</sup> “Modelo lógico e matriz de julgamento para apreciação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde Brasileira”;
- O relatório do projeto<sup>9</sup> “Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil”;
- O documento Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde<sup>19</sup>;
- O artigo<sup>20</sup> “Métodos e Indicadores para Avaliação de Resultados da Assistência Farmacêutica Hospitalar: uma revisão de escopo”;

A matriz de indicadores foi organizada seguindo a tríade proposta por Donabedian (estrutura, processo e resultado). Cada componente do modelo lógico da AFH hospitalar foi classificado segundo essas três dimensões e foram selecionados indicadores para a sua avaliação. Os indicadores da matriz foram codificados e definidos, com explicitação de sua fórmula de cálculo, do parâmetro para julgamento dos valores obtidos, quando existente, e de informação da referência utilizada para o parâmetro. A Figura 2 ilustra a estrutura da matriz de indicadores produzida para a realização da avaliação.

Figura 2. Estrutura da matriz de indicadores produzida.



Fonte: Elaboração própria.

Para finalizar, na terceira etapa, os indicadores dessa matriz foram calculados para a assistência farmacêutica do HEMOPE. Foi realizada a coleta de dados dos serviços realizados pela farmácia em 2022. Esse ano foi escolhido por apresentar linearidade na apresentação dos

dados nos sistemas informatizados desse hospital, planilhas institucionais e a mesma gestão durante todo o ano. A coleta ocorreu durante o mês de julho de 2023.

Os valores dos indicadores foram comparados com os parâmetros descritos na matriz de indicadores. Alguns deles são numéricos e foram calculados com aplicação de uma fórmula simples. Outros possuem características qualitativa ou binária e tiveram respostas do tipo sim/não ou ausente/presente. Após a coleta, foi analisado o percentual de conformidade encontrado na farmácia.

Com relação aos aspectos éticos, este estudo observou os preceitos dispostos na Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HEMOPE, parecer 5.471.134, datado de 15 de junho de 2022 (CAAE: 58345022.7.0000.5195).

## **RESULTADOS**

O modelo lógico da AFH elaborado é apresentado no Quadro 1. Ele foi organizado em três grupos, definidos de acordo com os tipos de atividades relacionadas com o medicamento: atividades relacionadas ao acesso aos medicamentos, atividades relacionadas ao uso dos medicamentos e atividades transversais ao acesso e uso.

O grupo 1 contempla atividades mais associadas ao componente logístico do ciclo da assistência farmacêutica<sup>21-23</sup>. Embora a dispensação de medicamentos envolva o contato com o paciente na assistência farmacêutica ambulatorial, ela foi incluída nesse primeiro grupo porque na farmácia hospitalar a dispensação é o ponto final da logística do medicamento. É a última etapa que tem ligação direta com o medicamento. A administração de medicamentos aos pacientes é feita, no geral, pelo pessoal de enfermagem. Assim, nesse grupo foram elencados seis componentes, sendo eles: seleção, programação/aquisição, armazenamento, farmacotécnica, distribuição e dispensação.

No grupo 2 estão as atividades relacionadas ao uso do medicamento. Engloba o conhecimento sobre os medicamentos, tanto pelo usuário como pela equipe, e também atividades farmacêuticas voltadas para a identificação, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM). Foram incluídos quatro componentes, a saber: Coordenação do Cuidado Clínico; Educação em Saúde; Trabalho em Equipe; e Produção de Informação e Comunicação.

Quadro 5. Estrutura proposta do modelo-lógico da AFH

Componente	Atividades	Produto	Resultado Imediato	Resultado Intermediário
<b>SELEÇÃO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboração da lista de medicamentos padronizados para os profissionais;</li> <li>2. Atualização da lista de medicamentos padronizados de 2 em 2 anos;</li> <li>3. Desenvolvimento dos processos dentro da Comissão de Farmácia e Terapêutica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulário de exclusão/inclusão de medicamentos disponível;</li> <li>2. Publicação e divulgação da lista de medicamentos atualizada.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medicamentos selecionados de acordo com a necessidade do hospital;</li> <li>2. Lista de medicamentos padronizada mais conhecidas pelos profissionais de saúde do hospital.</li> </ol>	
<b>PROGRAMAÇÃO / AQUISIÇÃO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estabelecimento do consumo médio dos medicamentos e insumos de saúde que será base para o processo de aquisição de forma qualificada;</li> <li>2. Instrução dos processos de aquisição;</li> <li>3. Identificação de situações críticas no estoque para direcionar novas compras, ações preventivas e de restabelecimento do estoque.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contrato de aquisição de medicamentos celebrados;</li> <li>2. Medicamento entregues pelos fornecedores na farmácia;</li> <li>3. Relatório de consumo médio dos medicamentos fiel a necessidade do hospital;</li> <li>4. Emissão de parecer de qualificação técnica para aprovação de fornecimento dos medicamentos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oferta de medicamentos dentro do prazo programado de acordo com a necessidade do hospital.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantia de acesso a medicamentos padronizados, seguros, eficazes e custo-efetivos;</li> <li>2. Contribuição para a promoção do uso racional de medicamentos;</li> <li>3. Integração multidisciplinar na gestão do medicamento;</li> <li>4. Diminuição dos gastos com medicamentos;</li> <li>5. Meio ambiente protegido do descarte de resíduos impróprios.</li> </ol>

	<b>ARMAZENAMENTO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Armazenamento dos medicamentos em local e condições adequadas;</li> <li>2. Realização de inventários anualmente;</li> <li>3. Realização de contagens periódicas;</li> <li>4. Monitoramento da rotatividade do estoque;</li> <li>5. Estabelecimento de lista semestral de medicamentos com validade próxima;</li> <li>6. Apoio ao descarte adequado de resíduos;</li> <li>7. Avaliação semanal do estoque.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medicamentos em condições adequadas de armazenamento;</li> <li>2. Relatório de inventário anual;</li> <li>3. Relatório de remanejamentos de medicamentos com baixa rotatividade ou próximo do vencimento;</li> <li>4. Relatório de descarte correto de medicamentos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eficácia garantida dos medicamentos;</li> <li>2. Estoques com mínima divergência e otimização do recurso;</li> <li>3. Descarte com destinação correta;</li> <li>4. Redução de perda de medicamentos por vencimento da validade.</li> </ol>	
--	----------------------	--	---	--	--

	Componente	Atividades	Produto	Resultado Imediato	Resultado Intermediário
	<b>FARMACOTÉCNICA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fracionamento e unitarização dos medicamentos como preconizado na legislação vigente;</li> <li>2. Registros da atividade de fracionamento em formulário adequado;</li> <li>3. Identificação de medicamentos controlados e de MAVs<sup>1</sup> de forma diferenciada;</li> <li>4. Manutenção e apoio nas adequações estruturais da sala de manipulação de quimioterápicos e no local de fracionamento de medicamentos;</li> <li>5. Manipulação de medicamentos oncológicos da forma adequada;</li> <li>6. Validação das prescrições de quimioterapia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medicamentos fracionados/manipulados corretamente e com identificação correta.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qualidade dos medicamentos distribuídos para os setores e os medicamentos oncológicos manipulados garantida;</li> <li>2. Prescrições de quimioterápicos validada.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantia de acesso a medicamentos padronizados, seguros, eficazes e custo-efetivos;</li> <li>2. Contribuição para a promoção do uso racional de</li> </ol>

<b>DISTRIBUIÇÃO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliação técnica das prescrições;</li> <li>2. Distribuição através dos métodos individualizado e coletivo;</li> <li>3. Transporte dos medicamentos para os setores.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relatório de distribuição dos medicamentos;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prescrição avaliada por farmacêutico;</li> <li>2. Medicamentos separados corretamente e distribuídos pelo modelo de distribuição individual para cada paciente;</li> <li>3. Medicamentos isentos de prescrição separados corretamente e distribuídos para os setores através do modelo coletivo de acordo com a necessidade dos setores do hospital;</li> <li>4. Entrega de medicamentos realizados dentro do prazo de aprazamento.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Integração multidisciplinar na gestão do medicamento;</li> <li>4. Diminuição dos gastos com medicamentos;</li> <li>5. Meio ambiente protegido do descarte de resíduos impróprios.</li> </ol>
<b>DISPENSAÇÃO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispensação segura dos medicamentos padronizados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relatório de dispensação dos medicamentos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usuário com acesso ao medicamento e orientação sobre uso do medicamento.</li> </ol>	

Componente	Atividades	Produto	Resultado Imediato	Resultado Intermediário
<b>COORDENAÇÃO DO CUIDADO CLÍNICO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização de atividades clínicas priorizando o acesso ao medicamento, o uso racional e a adesão ao tratamento;</li> <li>2. Registro em prontuário das intervenções farmacêuticas e as atividades clínicas realizadas;</li> <li>3. Registro e incentivo as notificações de eventos adversos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prescrições validadas;</li> <li>2. Notificação realizada;</li> <li>3. Relatório de atendimentos farmacêuticos realizados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuidado coordenado com estabelecimento de vínculo;</li> <li>2. Prescrições sem PRM<sup>2</sup>;</li> <li>3. Segurança Garantida no uso de medicamentos pelo usuário;</li> <li>4. Evento adversos prevenidos a médio e longo prazo;</li> <li>5. Usuário com acompanhamento farmacoterapêutico.</li> </ol>	
<b>EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização de atividades com grupos de usuários sobre o uso de medicamentos;</li> <li>2. Realização de atividades de educação em saúde com os pacientes;</li> <li>3. Realização de cursos/treinamentos com a equipe da farmácia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relatório de atividades em grupos de pacientes realizadas;</li> <li>2. Registros de atas de cursos/treinamentos realizados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Educação Permanente e Continuada estabelecida;</li> <li>2. Paciente com maior conhecimento sobre a sua condição e seu tratamento.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usuário satisfeito com AF<sup>3</sup> e empoderado sobre o uso correto de medicamentos;</li> <li>2. Redução de riscos e danos</li> </ol>

<b>TRABALHO EM EQUIPE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Envolvimento dos demais profissionais de saúde na discussão sobre processos de trabalho relacionados a assistência farmacêutica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ata de reunião com registro das atividades.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demais profissionais informados e envolvidos no processo de trabalho da assistência farmacêutica;</li> <li>2. Valorização e utilização da assistência farmacêutica .</li> </ol>	associados ao uso de medicamentos; <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Aumento da efetividade do tratamento;</li> <li>4. Informação disponível sempre que necessário;</li> <li>5. Equipe mais atuante na promoção do acesso e uso racional de medicamentos.</li> </ol>
<b>PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produção e disponibilização de informativos sobre o uso racional de medicamentos;</li> <li>2. Elaboração de material educativo/explicativo sobre o uso de medicamentos específicos;</li> <li>3. Produção de material informativo sobre processos de trabalho da assistência farmacêutica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informativos produzidos e disponibilizados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usuários informados sobre questões relacionadas ao uso de medicamentos;</li> <li>2. Conhecimento da equipe sobre o fluxo para acesso aos medicamentos.</li> </ol>	

Componente	Atividades	Produto	Resultado Imediato	Resultado Intermediário
<b>RECURSOS COMUNS UTILIZADOS</b>	EQUIPE TREINADA, EQUIPAMENTOS, MEDICAMENTOS, INTERNET, MATERIAL DE CONSUMO GERAL, MATERIAL DE CONSUMO ESPECÍFICO, SISTEMAS DE INFORMAÇÕES.			
<b>PLANEJAMENTO E GESTÃO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organização e estruturação a AF<sup>3</sup> em consonância com as diretrizes e prerrogativas estabelecidas para Serviços de Farmácia Hospitalar;</li> <li>2. Validação dos POP<sup>4</sup> da AF<sup>3</sup>.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. POPs<sup>3</sup> dos processos de trabalho implantados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Processos e atividades direta ou indiretamente ligados ao Serviço de Farmácia Hospitalar padronizados, organizados e estruturados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Serviço de Farmácia Hospitalar organizados e integrado as demais atividades do hospital e a rede de hospitais do qual ele faz parte.</li> </ol>

	<b>ENSINO E PESQUISA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordenação e preceptorias do programa de Residência em Gestão e Planejamento de Serviços Farmacêuticos e de estágios dos cursos de farmácias;</li> <li>2. Apoio, incentivo a pesquisa e desenvolvimento de projetos científicos na área de farmácia hospitalar.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relatório de atividades;</li> <li>2. Projetos de pesquisa aprovados para o desenvolvimento de pesquisas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formação de farmacêuticos aptos a desenvolver atividades dentro do ambiente de farmácia hospitalar;</li> <li>2. Estagiários com conhecimento e prática das atividades desenvolvidas por farmacêuticos hospitalares;</li> <li>3. Projetos de pesquisa elaborados como trabalhos de conclusão de residência e de curso de graduação em farmácia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Farmacêuticos capacitados para atuação no SUS.</li> </ol>
<b>IMPACTOS:</b> Redução da morbimortalidade e aumento da qualidade de vida relacionados aos Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs)					

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: <sup>1</sup>MAV - Medicamento de Alta Vigilância; <sup>2</sup>PRM - Problema Relacionado ao Medicamento; <sup>3</sup>Assistência Farmacêutica; <sup>4</sup>Procedimentos Operacionais Padrões.

Já o grupo 3, das atividades transversais de acesso e uso de medicamentos, contempla os recursos materiais, humanos e equipamentos, as atividades de gestão dos serviços e o componente ensino e pesquisa. Aqui, os três componentes são independentes e desempenham papel transversal em relação às outras atividades. Com isso, o modelo finalizou com 13 componentes.

Os produtos gerados foram identificados para cada atividade. Para ser definido como produto, o item precisava ser concreto, palpável e tangível, por isso os produtos são documentos, relatórios ou o próprio medicamento. Os produtos obtidos contribuem para o alcance dos resultados intermediários. Assim, foram identificadas 34 atividades e 23 produtos que contribuem para o alcance de 28 resultados imediatos. Os resultados intermediários constantes do modelo lógico têm relação com a estrutura, os processos e os resultados do cuidado à saúde relacionado à AFH. Foram avaliados com base na matriz de 65 indicadores definidos para o estudo, sendo 18 de estrutura, 41 de processo e 6 de resultado da AFH, conforme Quadro 2.

Quadro 2. Aplicação da matriz de indicadores segundo a tríade de Donabedian.

INDICADORES DE ESTRUTURA							
Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade
E1	Porcentagem de Farmácias que estão inseridas formalmente no organograma do hospital	Verificar se as farmácias estão formalmente representadas no organograma do hospital	Número de farmácias que possuem inserção formal na estrutura organizacional do hospital dividido pelo número de farmácias do hospital (x100).	100%	SBRAFH <sup>19</sup> e Osório-de-Castro & Castilho <sup>9</sup>	20%	Não
E2	Relação farmacêutico para cada atividade desenvolvida no serviço	Porcentagem de farmacêutico mínimo para cada farmácia de acordo com atividade e horário de funcionamento	Número de farmacêutico mínimo para cada tipo/serviço de farmácia desenvolvido	1 farmacêutico para cada turno/plantão; 1 farmacêutico em horário administrativo na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF); 1 farmacêutico para cada 50 preparações de quimioterapia; 1 farmacêutico por turno durante as operações de manipulação; 1 farmacêutico por turno de atendimento ; 1 farmacêutico por unidade clínica (máximo de 30 leitos) para atividades clínicas (Pacientes internados em unidades de alta complexidade	SBRAFH <sup>19</sup>	1 farmacêutico para cada turno/plantão; 1 farmacêutico em horário administrativo na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF); 1 farmacêutico em média de 15 manipulações por dia na quimioterapia; <1 farmacêutico por turno durante as operações de manipulação; 1 farmacêutico por turno de atendimento ; 0 farmacêutico por unidade clínica (máximo de 30 leitos) para atividades clínicas (Pacientes internados em unidades de alta complexidade )	Não

Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade
E3	Relação de auxiliar de farmácia para cada atividade desenvolvida no serviço	Porcentagem de auxiliar de farmácia mínimo para cada farmácia de acordo com atividade e horário de funcionamento	Número de auxiliar de farmácia mínimo para cada tipo/serviço de farmácia desenvolvido	1 auxiliar de farmácia para cada turno/ plantão na dispensação para paciente internados; 1 auxiliar de farmácia para cada 100 preparações de quimioterapia na manipulação de antineoplásicos; 1 auxiliar de farmácia de farmácia por turno no fracionamento e unitarização de medicamentos; 1 auxiliar de farmácia para cada 100 pacientes/dia na farmácia ambulatorial	SBRAFH <sup>19</sup>	2 auxiliares de farmácia para cada turno/ plantão na dispensação para paciente internados; 1 auxiliar de farmácia para cada 15 preparações de quimioterapia na manipulação de antineoplásicos; 1 auxiliar de farmácia de farmácia por turno no fracionamento e unitarização de medicamentos ; 3 auxiliar de farmácia para cada 100 pacientes/dia na farmácia ambulatorial.	Sim
E4	Existência de Procedimento Operacional Padrão (POP) para as atividades da farmácia	Pelo menos para dispensação de medicamentos, controle de estoque e manipulação de quimioterápicos	Número de farmácia com POP dividido pelo número de farmácias analisadas	Requisitos mínimos	SBRAFH <sup>19</sup> e Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	Para a farmácia de quimioterapia não há POPs, nem sequer para o de manipulação de quimioterápicos	Não
E5	Programação anual de capacitação de recursos humanos	Existência de uma programação escrita para capacitação de recursos humanos	Presença ou não na área	Presença	SBRAFH <sup>19</sup> e Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	Não existe	Não

E6	Execução da programação anual de capacitação de recursos humanos	Porcentagem da programação da capacitação de recursos humanos executada	Número de capacitações executadas no ano dividido pelo número total de capacitações programadas no ano (x100)	100%	SBRAFH <sup>19</sup> e Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	4/4	Sim
----	--	---	---	------	---	-----	-----

Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade
E7	Documentação da farmácia atualizada	Existência de Certidão de Regularidade Técnica (CRT) vigente	Regular ou Irregular	Regular	SBRAFH <sup>19</sup> , Osório-de-Castro & Castilho <sup>9</sup> , Portaria MS/SAS nº 1.017/2002 <sup>45</sup> e BPD <sup>36</sup>	Regular	Sim
E8	Existência de formulário disponível para a solicitação de inclusão/exclusão de medicamento na lista de medicamentos padronizados	Identificar se há formulário para a solicitação de inclusão/exclusão disponível para a equipe	Sim ou não	Sim	Osório-de-Castro & Castilho <sup>9</sup>	Sim	Sim
E9	Armazenamento de medicamentos em local e condições adequados	Porcentagem de critérios de boas práticas de estocagem (BPE)* dentro do preconizado.	Número de itens de BPE* em conformidade dividido pelo número de itens de BPE analisados (x100).	Estabelecer o mínimo de acordo com a BPE* e ter conformidade de 100%	BPE <sup>46</sup>	10/17	Não
E10	Local para armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial definido	Existência de local específico para armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial	Sim ou não	Sim	SBRAFH <sup>19</sup>	Sim em todas as farmácias	Sim

E11	Equipamentos adequados para armazenamento de medicamentos termolábeis e controle de temperatura	Existência de refrigerador para armazenamento de medicamentos termolábeis e controle de temperatura	Possuir no mínimo 1 refrigerador de uso exclusivo para armazenamento de medicamentos e realizar controle de temperatura pelo menos 1 vez ao dia	Possui pelo menos 1 refrigerador e faz controle da temperatura	SBRAFH <sup>19</sup>	Sim em todas as farmácias	Sim
E12	Sistema de gerenciamento de resíduos de saúde implantado	Existência de local específico para depósito de resíduos e serviço de recolhimento implantado no estabelecimento	Sim ou não	Sim	SBRAFH <sup>19</sup>	Sim	Sim

Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade
E13	Presença de Controle de estoque informatizado	Existência de controle informatizado	Sim ou não	Sim	SBRAFH <sup>19</sup>	Sim	Sim
E14	Porcentagem de adequação das condições para realização do fracionamento	Adequação da estrutura e ambiente conforme legislação vigente	Número de itens em conformidade dividido pelo número total de itens analisado** (x100)	100%	SBRAFH <sup>19</sup>	3/4	Não
E15	Porcentagem de adequação das condições para realização da manipulação de quimioterápicos	Adequação da estrutura e ambiente conforme legislação vigente	Número de itens em conformidade dividido pelo número total de itens analisado*** (x100)	100%	SBRAFH <sup>19</sup> e RDC Anvisa n° 220 <sup>48</sup>	80%	Não

E16	Número de farmacêuticos especialistas na área de farmácia hospitalar	Porcentagem de farmacêuticos com curso título de especialista pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar ou Certificado de conclusão de residência uniprofissional ou multiprofissional desenvolvidas no âmbito da farmácia hospitalar ou Certificado de curso de pós-graduação Lato Sensu reconhecido pelo MEC na área da Farmácia Hospitalar ou áreas afins	Número de farmacêuticos especialistas na área dividido pelo número total de farmacêuticos (x100)	100%	SBRAFH <sup>19</sup>	64%	Não
E17	Número de farmacêuticos preceptores de residente e estagiários	Porcentagem de farmacêuticos envolvidos em atividades preceptoria	Número de farmacêuticos atuando como preceptor dividido pelo número total de farmacêuticos (x100)	100%	SBRAFH <sup>19</sup>	41%	Não
E18	Comissão de Farmácia e Terapêutica existente, formalizada e funcionando regularmente	Avaliar qual o nível de atuação da Comissão de Farmácia e Terapêutica	Inexistente, apenas formalizada e formalizada e atuante	Formalizada e atuante	CRF/SP <sup>49</sup>	Apenas Formalizada	Não

#### INDICADORES DE PROCESSO

##### Planejamento e Gestão

Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade
--------	-----------	-----------	---------	-----------	------------	---------------	--------------

P19	Planejamento de objetivos e metas anualmente ou maior tempo	Existência de material escrito dos objetivos, metas a serem atingidas, prazos e recursos para executar os mesmo	Número de metas atingidas no ano dividido pelo número total de metas programadas no ano (x100)	100%	SBRAFH <sup>19</sup>	Não existe	Não
P20	Estabelecimento recebe visita de representante da indústria/distribuidora de medicamentos	Identificar se há a prática de visita de representantes ao estabelecimento	Sim ou não	Não	Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	Sim	Não
Ensino e Pesquisa							
Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade
P21	Índice de participação em eventos científicos pelos farmacêuticos	Número total de registros de participação em eventos científicos pelos farmacêuticos	Somatório do número de participações em eventos de cada farmacêutico dentro de um ano	Pelo menos 1	SBRAFH <sup>19</sup>	10/20	Não
P22	Índice de eventos científicos realizados pela farmácia do HEMOPE	Número total de eventos científicos organizados pela farmácia do HEMOPE	Somatório do número de eventos científicos realizados dentro de um ano	Pelo menos 1	SBRAFH <sup>19</sup>	4	Sim
P23	Índice de trabalhos científicos apresentados em congressos	Número total de trabalhos científicos apresentados em congressos	Somatório do número de trabalhos científicos apresentados em congressos dentro de um ano	Pelo menos 1	SBRAFH <sup>19</sup>	0	Não
P24	Taxa de projetos aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)-HEMOPE	Porcentagem de projetos aprovados pelo CEP-HEMOPE	Número total de projetos aprovados pelo CEP-HEMOPE dividido pelo número total de projetos submetidos em um ano	Pelo menos 1	Sem referência	1	Sim
P25	Índice de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) apresentados	Número total de TCCs defendidos	Somatório do número de TCCs vinculados ao HEMOPE defendidos	Pelo menos 1	SBRAFH <sup>19</sup>	1	Sim

Seleção							
Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade
P26	Disponibilização de lista de medicamentos padronizada aos prescritores e demais profissionais de saúde	Lista de medicamentos padronizados impressa e/ou disponível por meio digital	Sim ou não	Sim	Resolução/CF F n° 449 <sup>53</sup> e sua alteração dada pela Resolução n° 619/CFF <sup>54</sup> e Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	Sim	Sim
P27	Lista de Medicamentos Padronizada e atualizada	Avaliar se a Lista de medicamentos padronizados está publicada e atualizada (versão dentro dos últimos 3 anos)	Tem lista informal, lista formalizada e lista formalizada e atualizada	Lista formalizada e atualizada	Resolução/CF F n° 449 <sup>53</sup> e sua alteração dada pela Resolução n° 619/CFF <sup>54</sup> e Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	Lista formalizada e atualizada	Sim
Programação/Aquisição							
Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade
P28	Programação para abastecimento	Existência de metodologia ou documento que descreva a programação de necessidade e estoque disponível	Sim ou não	Sim	Osório-de-Castro & Castilho <sup>9</sup>	Sim	Sim
P29	Cronograma de programação	Existência de cronograma de envio das informações de programação para aquisição de medicamento	Sim ou não	Sim	Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	Sim	Sim
P30	Especificações técnicas de compras elaboradas pelo farmacêutico	Farmacêutico na comissão de compras ou apoio técnico de um farmacêutico para elaboração dos pareceres e julgamento técnico dos processos de compras.	Sim ou não	Sim	Osório-de-Castro & Castilho <sup>9</sup> e CRF/SP <sup>49</sup>	Sim	Sim

<b>Código</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definição</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Referência</b>	<b>Dado coletado</b>	<b>Conformidade</b>
P31	Cadastro de fornecedores	Existência de Relação de fornecedores da unidade	Sim ou não	Sim	Osório-de-Castro & Castilho <sup>9</sup> e CRF/SP <sup>49</sup>	Não	Não
P32	Taxa de medicamentos padronizados em falta	Estabelecer mensalmente a taxa de medicamentos padronizados em falta	Número de medicamento padronizados em falta dividido pelo número de medicamentos na lista de padronização (X100)	Menor que 20% - Série histórica	HEMOPE <sup>11</sup>	18,29	Sim
P33	Motivo de desabastecimento	Informação sobre os motivos de desabastecimento de medicamentos	Conhecer pelo menos 2 motivos para a falta de medicamentos, dentre eles: problema no mercado, atraso em empenho e licitação ou repasse de medicamentos nas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS); atraso na entrega para as farmácias, atraso na entrega pelo fornecedor.	Pelo menos 2 motivos	Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	Sim, mais de 2 motivos	Sim
P34	Utilização de Curva ABC	Análise da curva ABC para programação e eleger prioridades de acordo com dados de consumo e custo unitário	Existe e utiliza, existe mas não utiliza, não existe	Existe e utiliza	Osório-de-Castro & Castilho <sup>9</sup>	Existe mas não utiliza	Não

P35	Utilização de Banco de Preço para acompanhar os processos de compra	Existe um sistema ou mecanismo que permite cadastrar/consultar banco de preço de medicamentos de fontes diversas.	Existe e utiliza, existe mas não utiliza, não existe	Existe e utiliza	Osório-de-Castro & Castilho <sup>9</sup>	Existe e utiliza	Sim
-----	---	---	--	------------------	--	------------------	-----

Armazenamento							
Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade
P36	Realização de inventário periódico	Inventário realizado mensalmente	Mensalmente, semestralmente ou anualmente	Mensalmente	BPE <sup>46</sup>	Anualmente	Não
P37	Monitoramento da movimentação de estoque no estabelecimento	Índice do monitoramento do estoque registrado com adoção de medidas para evitar perda de medicamentos	Somatório do número de monitoramento realizado no ano	Pelo menos uma vez ao mês	HEMOPE E Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	12	Sim
P38	Taxa de perda de medicamento com validade vencida	Percentual de perda de medicamentos vencidos descartados mensalmente	Valor total de medicamentos descartados vencidos dividido pelo valor total dos estoques no último dia do mês (x100)	Média histórica do ano anterior - 0,16%	HEMOPE <sup>11</sup>	0,40%	Não
Farmacotécnica							
Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade
P39	Índice de fracionamento realizado	Número total de Fracionamentos (OF) emitidas	Somatório de OF emitidas mensalmente	Média histórica do ano anterior	HEMOPE <sup>11</sup>	Não tem	Não
P40	Índice de manipulações de QT realizadas	Número total de manipulações realizadas por medicamento	Somatório de Manipulações registradas mensalmente	Média histórica do ano anterior	HEMOPE <sup>11</sup>	Não tem	Não
Distribuição							
Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade

P41	Prescrições avaliadas por farmacêuticos	Percentual de prescrições avaliadas tecnicamente por farmacêutico	Número de prescrições avaliadas por farmacêutico dividido pelo número total de prescrições atendidas no mês (x100)	100%	SBRAFH <sup>19</sup>	24958/24958	100%
P42	Métodos de distribuição de medicamentos no hospital para pacientes internados	Identificar qual ou quais tipos de distribuição de medicamentos existem no hospital	Métodos: coletiva, individualizada, dose unitária ou mista.	No mínimo apenas individualizada.	CRF <sup>49</sup>	Individualizada e coletiva	Não

Dispensação							
Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade
P43	Porcentagem de cumprimento das boas práticas de dispensação de medicamentos	Verificar o cumprimento das boas práticas de dispensação (BPD)**** conforme legislação vigente	Número de BPD**** em conformidade dividido pelo número de dispensações no total	100%	BPD <sup>36</sup>	90%	Não
P44	Porcentagem de erro de digitação no sistema	Percentual de erros de digitação analisados diariamente	Somatório dos erros de digitação no sistema dividido pelo número total de atendimentos realizados mensalmente (x100)	Média histórica do ano anterior - 5%	HEMOPE <sup>11</sup>	4,50%	Sim
P45	Volume de atendimento	Número de pacientes atendidos	Somatório do número de pacientes registrados no sistema com atendimento de dispensação	Média histórica do ano anterior	HEMOPE <sup>11</sup>	18.841	Sim
P46	Índice de consumo	Valor, em reais, do total gasto com as dispensações/atendimentos em cada farmácia, mensalmente	Somatório do valor, em reais, do total dispensado/distribuído para os pacientes/setores no mês	Média histórica do ano anterior - 7.824.124	HEMOPE <sup>11</sup>	94.105.491,00	Sim

P47	Dispensação realizada com orientação farmacêutica	Usuário com medicamento dispensado pelo farmacêutico	Número de dispensações realizadas pelo farmacêutico dividida pelo número de dispensações realizadas em determinado período (x100)	100%	Adaptado de Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	Sem registro	Não
<b>Coordenação do Cuidado e Clínica Farmacêutica</b>							
<b>Código</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definição</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Referência</b>	<b>Dado coletado</b>	<b>Conformidade</b>
P48	Fluxo para a notificação de evento adverso	Existência de Fluxo para a notificação de evento adverso	Sim ou não	Sim	SBRAFH <sup>19</sup>	Sim	Sim

<b>Código</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definição</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Referência</b>	<b>Dado coletado</b>	<b>Conformidade</b>
P49	Porcentagem de fichas terapêuticas de pacientes internados	Percentual de pacientes internados que possuem ficha terapêutica preenchida por farmacêutico clínico	Número de fichas terapêuticas preenchidas dividido pelo número de pacientes internado em determinado período (mensal) (X100)	100%	Osório-de-Castro & Castilho <sup>9</sup>	Não tem registro	Não
P50	Medidas para avaliar e aumentar a adesão dos tratamentos implantadas	Existência de medidas para avaliar e/o promover a adesão	Quantificar quantas medidas implantadas	No mínimo 4 medidas	Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	1, mas não é utilizada	Não
P51	Índice de notificação de eventos adversos anual	Número de notificações de eventos adversos realizados em um ano	Somatório de todas as notificações de eventos adversos realizados pela farmácia em um ano	Pelo menos 1 registro	SBRAFH <sup>19</sup>	7	Sim

P52	Participação do farmacêutico na visita médica ou em reuniões clínicas multiprofissionais	Verificação da presença de pelo menos um farmacêutico clínico nas atividades clínicas realizadas em grupo ou na visita médica ou em reuniões clínicas semanais	Sim ou não	Sim	SBRAFH <sup>19</sup>	Não	Não
P53	Número de consultas farmacêuticas ambulatoriais realizadas	Porcentagem de consultas farmacêuticas ambulatoriais realizadas mensalmente	Somatório de todas as consultas farmacêuticas ambulatoriais realizadas no mês dividido pelo número de pacientes atendidos no mês	Média histórica do ano anterior	Adaptado de Osório-de-Castro & Castilho <sup>9</sup> e Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	Não tem	Não
<b>Educação em Saúde</b>							
<b>Código</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definição</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Referência</b>	<b>Dado coletado</b>	<b>Conformidade</b>
P54	Atividades em grupo de usuários sobre uso de medicamentos	Existência de grupo com usuários sobre uso de medicamentos realizadas por farmacêuticos e demais profissionais	Sim ou não	Sim	SBRAFH <sup>19</sup>	Não	Não

<b>Código</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definição</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Referência</b>	<b>Dado coletado</b>	<b>Conformidade</b>
P55	Índice de capacitações e treinamentos realizados pelos farmacêuticos a equipe sobre o uso racional de medicamentos	Número de capacitações e treinamentos realizados por farmacêuticos a equipe	Pelo menos 12 no ano	12/ano	SBRAFH <sup>19</sup>	5/ano	Não
<b>Trabalho em Equipe</b>							
<b>Código</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definição</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Referência</b>	<b>Dado coletado</b>	<b>Conformidade</b>

P56	Reunião da equipe multiprofissional	Reunião da equipe multiprofissional para discussão sobre processo de trabalho relacionados à Assistência Farmacêutica	Reunião realizada pelo menos uma vez por mês	1/mês	Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	Não tem	Não
Produção de Informação e Comunicação							
Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade
P57	Disponibilidade de material educativo sobre uso racional de medicamentos ou sobre acesso a medicamentos específicos	Existência de material informativo sobre uso racional de medicamentos ou sobre um acesso específico para determinado medicamento	Sim ou não	Sim	Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	Sim	Sim
P58	Disponibilidade de material sobre fluxo do processo da dispensação de medicamentos	Existência de material informativos sobre fluxo do processo da dispensação de medicamentos	Sim ou não	Sim	Pereira, Lucia e Costa <sup>18</sup>	Sim	Sim
P59	Atendimento de solicitações sobre informações de medicamentos	Porcentagem média de atendimento de solicitações sobre informações de medicamentos	Número de informações realizadas dividido pelo número de informações solicitadas (X100)	100%	Osório-de-Castro & Castilho <sup>9</sup>	Não tem registro	Não
INDICADORES DE RESULTADO							
Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade
R60	Impacto clínico (Resultado de efetividade do serviço)	Porcentagem de intervenções de nível II e III em relação ao total de intervenções	Número de intervenções tipo II e III/Número de intervenções realizadas (X 100)	0%	LEITE & VIEIRA <sup>20</sup>	Não tem registro	Não
Código	Indicador	Definição	Cálculo	Parâmetro	Referência	Dado coletado	Conformidade
R61	Resolução de PRMs (Resultado da efetividade do serviço)	Percentual de PRMs resolvidos no total de PRMs identificados	Número PRMs resolvidos/Número de PRMs identificados (x 100)	100%	LEITE & VIEIRA <sup>20</sup>	Não tem registro	Não

R62	Custos evitados (Resultado de otimização do serviço)	Soma dos custos com medicamentos evitados com as intervenções realizada	Valores expressos em unidade monetária	Acima de zero	LEITE & VIEIRA <sup>20</sup>	Não tem registro	Não
R63	Razão de custo benefício (Resultado de eficiência do serviço)	Razão entre os custos com farmacêuticos e os custos evitados com medicamentos	Soma dos salários dos farmacêuticos/soma dos custos evitados com medicamentos	Menor que 1	LEITE & VIEIRA <sup>20</sup>	Não tem registro	Não
R64	Percentual de intervenções aceitas pelos médicos (Resultado da aceitabilidade do serviço)	Percentual de intervenções aceitas em relação ao número de intervenções realizadas	(Número de intervenções aceitas/Número de intervenções realizadas) x 100	100%	LEITE & VIEIRA <sup>20</sup>	77,61%	Não
R65	Pacientes satisfeitos com a informação sobre medicamentos recebida (Resultado da aceitabilidade do serviço)	Percentual de pacientes satisfeitos no total de pacientes que receberam informação sobre medicamentos	Número de pacientes satisfeitos com a informação sobre medicamentos dividido pelo Número de pacientes que receberam informação sobre medicamentos(x 100)	100%	LEITE & VIEIRA <sup>20</sup>	Não tem registro	Não

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: \*Critérios descritos no Boas Práticas de Estocagem (BPE)<sup>46</sup>: 1. Qualificação e responsabilidade do pessoal; 2. Edifícios e instalações; 3. Lixo; 4. Lavatórios e instalações sanitárias; 5. Higiene Geral; 6. Alimentação; 7. Uniformes; 8. Higiene Pessoal; 9. Limpeza dos locais; 10. Equipamentos; 11. Segurança; 12. Recebimento de medicamentos; 13. Estocagem. Considerações Gerais; 14. De termolábeis; 15. De medicamentos controlados; 16. De imunobiológicos; 17. Distribuição.

\*\*Itens analisados para o critério da estrutura da área de fracionamento<sup>19</sup>: 1. Ambiente; 2. Pessoal; 3. Equipamentos; 4. Plano de contingência para situações de emergência (gerador);

\*\*\* Itens analisados para o critério da estrutura da área de manipulação de quimioterápicos<sup>19,48</sup>: 1. Área para paramentação; 2. Área exclusiva para preparação de 5m<sup>2</sup>; 3. Cabine de Segurança Biológica classe II B2; 4. Área exclusiva para estocagem dos medicamentos; 5. Manutenções realizadas, programas e registradas no equipamento de forma semestral (preventivas) ou quando ocorrerem (corretivas).

\*\*\*\*Critérios descritos no RDC nº 44 de 17/08/2009 como Boas Práticas de Dispensação (BPD)<sup>36</sup>: 1. Legibilidade e ausência de rasuras e emendas. 2. Identificação do usuário; 3. Identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade; 4. Modo de usar ou posologia; 5. Duração do tratamento; 6. Local e data da emissão; 7. Assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no respectivo conselho profissional; 8.

Contato com o prescritor para esclarecer dúvidas; 9. Não dispensar receita ilegível ou confusa; 10. Inspeção visual mínima da embalagem quanto a identificação do medicamento, o prazo de validade e a integridade da embalagem.

A taxa de conformidade da assistência farmacêutica do HEMOPE foi de 46,2%, pois dos 65 indicadores avaliados, a conformidade com os parâmetros definidos no estudo foi identificada em 30 deles. Separando essa taxa segundo cada dimensão avaliada, obteve-se para estrutura, processo e resultado, 50,0%, 48,5% e 0,00% de conformidade, respectivamente.

A dimensão processo contempla o maior número de indicadores avaliados, totalizando 41, distribuídos em 12 componentes. Esses detalham os principais processos dentro de um hospital e sua avaliação possibilita a identificação de pontos a serem melhorados de forma mais precisa. A Tabela 1 apresenta os componentes de cada dimensão e os percentuais de conformidade obtidos para cada indicador.

Tabela 1. Análise qualitativa dos indicadores de processos segundo a sua conformidade para cada dimensão da qualidade.

Item	Tipo de indicador	Conformidade	Não Conformidade	Total	Conformidade em %
E	Estrutura	9	9	18	50%
P	Processo	20	21	41	48,78%
P1	Planejamento e Gestão	0	2	2	0,00%
P2	Ensino e Pesquisa	3	2	5	60,00%
P3	Seleção	2	0	2	100,00%
P4	Programação/Aquisição	6	2	8	75,00%
P5	Armazenamento	1	2	3	33,33%
P6	Farmacotécnica	0	2	2	0,00%
P7	Distribuição	1	1	2	50,00%
P8	Dispensação	2	3	5	40,00%
P9	Coordenação do cuidado e clínica farmacêutica	2	4	6	33,33%
P10	Educação em saúde	0	2	2	0,00%
P11	Trabalho em equipe	0	1	1	0,00%
P12	Produção de informação e comunicação	2	1	3	66,67%
R	Resultado	0	6	6	0,00%

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: E= Dimensão Estrutura, P= Dimensão Processo e R= Dimensão Resultado.

Para a **dimensão estrutura** o percentual encontrado ficou em exatos 50%, dos 18 indicadores avaliados, 9 estavam em conformidade. Relacionados a recursos humanos adequados em número, a quantidade de técnicos de farmácia segundo a SBRAFH está de acordo com o recomendado, mas o número de farmacêuticos ainda está aquém<sup>19</sup>. Foi

identificada quantidade insuficiente de farmacêutico na manipulação de antineoplásicos e farmacêuticos na farmácia clínica.

A segunda dimensão analisada foi a **de processo**. Essa dimensão é uma das mais complexas pela quantidade de ações e de pessoas aptas e engajadas na realização de atividades em conformidade com a legislação, recomendações e diretrizes mínimas para o funcionamento de uma farmácia hospitalar com qualidade e segurança. Assim, para facilitar a compreensão, a avaliação foi realizada de acordo com os 12 indicadores de processo selecionados. Dos 41 processos analisados, 48,78% (21) estão em conformidade.

Chama a atenção os processos com percentual de 0%, ou seja, nada implantado, são eles: Planejamento e Gestão, Farmacotécnica, Educação em Saúde e Trabalho em Equipe. No caso de planejamento e gestão, não foram encontrados instrumentos específicos da farmácia no sentido de esboçar um planejamento anual, com prazo definido para cumprimento de metas. Para o quesito farmacotécnica, a quantidade de ordens de fracionamento ou manipulação realizadas no serviço era um índice, sendo, portanto, o somatório do que foi realizado sem parâmetro. Ele é avaliado de forma arbitrária, sem periodicidade e sem instrumento manual ou informatizado de coleta de dados pela gestão.

Outro componente com 0% de conformidade foi o da Educação em Saúde, sem atividades de forma periódica e planejada, tanto para os pacientes quanto para a própria equipe. O engajamento da equipe para isto é um fator importante, com a realização de reuniões mensais periodicamente. Essas reuniões até ocorreram, mas, em sua maioria, sem periodicidade definida e foram realizadas para discutir o abastecimento da farmácia e não para tratar da assistência farmacêutica de forma geral.

O único item que teve 100% de conformidade foi a Seleção. Os processos de Ensino e Pesquisa registraram uma taxa de 60% de conformidade. Além disso, verificou-se que as atividades do ciclo da AF alcançaram conformidade parcial, conforme a matriz de indicadores aplicada: Programação/aquisição (75% de conformidade), Armazenamento (33% de conformidade), Distribuição (50%) e Dispensação (40% conformidade).

No que tange à produção de informação e comunicação (33% de conformidade), não há registro de quantas informações sobre medicamentos foram prestadas à equipe. Com isso, não há um processo implantado para quantificar nem para qualificar solicitações de informação sobre medicamentos e desenvolver a farmacovigilância no hospital.

Na terceira e última dimensão avaliada, a **dimensão resultado**, faltam registros no hospital sobre a satisfação do paciente com o recebimento de informações sobre medicamentos,

registros de PRMs de nível II e III e também sobre o percentual de PRMs resolvidos. O nível de aceitabilidade dos médicos em relação às intervenções farmacêuticas foi de 77,2%.

## DISCUSSÃO

As atividades desempenhadas pela farmácia hospitalar podem ser observadas sob a ótica da organização sistêmica da Assistência Farmacêutica. De acordo com a Resolução nº 338/2004, do Conselho Nacional de Saúde<sup>24</sup>, Assistência Farmacêutica é considerada o conjunto de atividades voltados a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo como principais insumos os medicamentos, visando o seu uso racional. Assim, após a seleção de medicamentos, o ciclo da AFH é seguido da programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação.

A programação influencia diretamente no estoque e acesso aos fármacos e insumos. Desta forma, esta fase deve estar diretamente associada ao planejamento para evitar desabastecimentos e desperdícios<sup>25</sup>.

A programação é uma atividade que ocorre concomitante à aquisição, que consiste no processo em que ocorre efetivamente a compra de medicamentos e insumos conforme as necessidades expostas durante a fase de programação. Alguns fatores devem ser considerados na fase de aquisição, tais como: funcionários qualificados e com conhecimento específico na área de atuação, programação e seleção de medicamentos; cadastro de fornecedores, sistema de informações e gestão dos estoques eficiente, que permita informar em tempo hábil a movimentação dos produtos; definição do cronograma de compras, bem como a avaliação dos processos de aquisição levando em conta a área física e as condições técnicas adequadas para o armazenamento dos medicamentos a serem adquiridos e dispensados<sup>26</sup>.

Neste estudo, verificou-se que o HEMOPE atende a vários critérios expostos como necessários para a fase da aquisição, exceto o cadastro de fornecedores próprio e a utilização da curva ABC. O cadastro de fornecedores existe no sistema de compras do Estado de Pernambuco e é realizado por meio do sistema CADFOR. No entanto, esse sistema não está acessível para a farmácia. Quanto à utilização da Curva ABC para a gestão de estoque de medicamentos, trata-se de uma ferramenta amplamente utilizada, que pode ser aplicadas em vários tipos de farmácias<sup>27-30</sup>. A curva ABC ou Curva de Pareto gera uma classificação de medicamentos em níveis de rotatividade e custo, o que permite identificar aqueles itens que necessitam de maior atenção quanto à sua gestão dada a representatividade financeira ou de demanda quantitativa<sup>31</sup>.

No quesito armazenamento, um processo importante não é realizado de forma periódica pelo HEMOPE, o inventário. O inventário rotativo diário contribuiu para o aumento da acurácia do estoque de medicamentos e pode ser utilizado como ferramenta na melhoria do gerenciamento de estoque. No contexto de unidades hospitalares, que possuem recursos tecnológicos limitados para controle de recebimento, dispensação e devolução de medicamentos, essa ferramenta pode contribuir para manutenção de um estoque com alta acurácia<sup>32</sup>. No entanto, essa atividade no HEMOPE não está sob gestão da farmácia. Ela apenas é realizada quando solicitada pela Gerência de Suprimentos e com autorização da Presidência. Assim, esse processo não é realizado com a periodicidade recomendada.

Quanto à distribuição de medicamentos, segundo Teles<sup>33</sup>, pode ser de quatro tipos: i) **coletiva**, é o processo menos desenvolvido, sendo caracterizado, principalmente, pela distribuição dos medicamentos por unidade de internação e/ou serviço a partir de uma solicitação da enfermagem; ii) **individualizada**, sendo os medicamentos dispensados por paciente, geralmente para um período de 24 horas; iii) **semi-individual** (também denominado de misto), é uma combinação dos dois tipos anteriores, onde a farmácia distribui alguns medicamentos mediante solicitação e outros por cópia da prescrição médica, sendo parte coletivo e parte individualizado; iv) sistema de distribuição de medicamentos por **dose unitária** (SDMDU). Esse sistema de distribuição ordena os medicamentos com formas e dosagens prontas para serem administradas a um determinado paciente, de acordo com as prescrições médicas e dentro de um certo período. Portanto, um serviço que adote o sistema de dose unitária propriamente dita deverá distribuir medicamentos em suas formas farmacêuticas, prontos para uso, sem necessidades de transferência ou cálculos por parte da enfermagem. A distribuição realizada no HEMOPE é dos tipos individualizada e coletiva, sendo assim, é considerada semi-individual.

Há vantagens e desvantagens para todos os métodos, mas as desvantagens que mais impactam a segurança no uso dos medicamentos são encontradas na distribuição coletivas, sendo elas: descentralização desordenada dos estoques; controle deficiente dos estoques; perdas por desvios, validade e armazenamento incorreto; e aumento do potencial de erros de medicação<sup>34</sup>. A distribuição coletiva pode ocorrer a depender do tipo de produto distribuído como, por exemplo, a distribuição de Produtos para Saúde. Mas este não é o caso do HEMOPE. A permanência da distribuição coletiva ainda ocorre no hospital devido ao processo de prescrição não ser contínuo (7 dias por semana e 24h por dia). Com a ausência de médicos em alguns horários é preciso deixar medicamentos disponíveis nos setores para o atendimento dos critérios prescritos “Se Necessário”.

Em relação à dispensação de medicamentos, é a principal atividade da farmácia hospitalar, que garante o acesso a medicamentos conforme prescrito e dentro do prazo requerido, promovendo o uso racional de medicamentos. O processo de dispensação quando realizado de forma precisa e a partir de procedimentos operacionais bem estabelecidos, pode minimizar a ocorrência de erros e garantir a distribuição segura de medicamentos aos pacientes<sup>35</sup>. No HEMOPE, foi identificado que esse processo nem sempre tem registro realizado pelo farmacêutico e muitas vezes não ocorre o contato com o prescritor para dirimir dúvidas sobre a prescrição, como estabelecido na Resolução que versa sobre as Boas Práticas de Dispensação de Medicamentos<sup>36</sup>. Sugerindo assim, que é necessário avaliar o processo das atividades realizada pelo profissional farmacêutico e estimular o registro do processo de dispensação.

Além das atividades voltadas ao acesso ao medicamento, como atividades inerentes a logística e manipulação, a assistência farmacêutica engloba também controle de qualidade, atenção farmacêutica, farmácia clínica e atividades intersetoriais, que requerem interação com outros setores do hospital.

Quanto às atividades clínicas desenvolvidas no hospital, verificou-se que pouco é feito em relação ao registro e ao desenvolvimento das atividades do farmacêutico junto à equipe e ao paciente. Não há registro de grupos voltados para a temática do uso racional de medicamentos, da participação do farmacêutico nas reuniões clínicas do hospital, assim como de reuniões mensais para discutir a assistência farmacêutica com a equipe de gestão. Também não há registros do desenvolvimento e aplicações de testes de adesão aos medicamentos, voltados para o público atendido no seguimento ambulatorial do hospital. Este ponto, evidencia a necessidade de implementação de atividades clínicas para melhorar a qualidade do serviço prestado pela AFH do HEMOPE.

Segundo revisão publicada por Pessoa e colaboradores<sup>37</sup>, as atividades clínicas do farmacêutico envolvem: favorecer o uso racional de medicamentos possibilitando tomadas de decisões clínicas; interagir com outros profissionais de saúde, visando proporcionar cuidado ao paciente; otimização da farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente; análises de prescrições médicas para identificação da resolução e da prevenção do surgimento de PRMs, entre outras. Assim, a baixa conformidade dos processos relacionados às atividades clínicas, acaba contribuindo para a baixa conformidade nos indicadores de resultado da AFH.

No HEMOPE, em específico, verificou-se que os processos envolvidos com as atividades ligadas aos indicadores de resultado precisam ser aprimorados, diante do percentual

mais baixo de conformidade para todas as dimensões avaliadas. Esses indicadores dizem respeito a atividades desenvolvidas na farmácia clínica.

A Resolução nº 585 do Conselho Federal de Farmácia<sup>35</sup>, define a farmácia clínica como área da farmácia voltada à ciência e à prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidados ao paciente, de forma a aperfeiçoar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar e prevenir doenças. Essa prática pode ser desenvolvida em hospitais, ambulatórios, unidades básicas de saúde, farmácias comunitárias, domicílios de pacientes, entre outros locais

A farmácia clínica envolve a prestação de serviço diretamente ao paciente, promovendo meios de proteção e recuperação da saúde e maximizando a evolução do seu quadro de saúde de forma positiva, por possibilitar adequação da indicação e do uso de medicamentos<sup>38</sup>. Além disso, o processo de utilização de medicamentos é dinâmico e as intervenções feitas pelo farmacêutico clínico podem melhorar os resultados terapêuticos, garantindo segurança, eficácia e custo efetividade da farmacoterapia<sup>39</sup>.

No Brasil, em muitos casos, o farmacêutico da farmácia pública e/ou hospitalar tem uma gama enorme de tarefas burocráticas a cumprir que o afasta do paciente, levando o profissional a estar sempre em processo acelerado para cumprir as demandas, a fim de gerenciar melhor o tempo dedicado às atividades administrativas, de modo que seja possível desenvolver suas atividades clínicas com mais precisão e abrangência<sup>40</sup>.

Na última década, o incentivo à realização de atividades clínicas parece ter contribuído para o aumento da prevalência das intervenções farmacêuticas. Ferracini e colaboradores<sup>41</sup> identificaram aumento do número de intervenções realizadas entre 2003 e 2010, de 1.706 para 30.727 (1.800% de aumento), chegando a 22 o número de farmacêuticos clínicos atuando na farmácia clínica do hospital.. Sobre a taxa de aceitação das intervenções farmacêuticas, ela saiu de 93,4% em 99,5%. Neste trabalho a taxa de aceitação ainda ficou abaixo disso (77,5%). Esses autores encontraram ainda diminuição dos erros atrelados às prescrições de fármacos desnecessários, o que de certa forma acaba por contribuir também com a diminuição do custo da terapia e o tempo de internação dos pacientes<sup>41</sup>.

Em 2008 o Conselho Federal de Farmácia publicou a Resolução nº 492<sup>42</sup> que regulamenta o exercício profissional do farmacêutico no âmbito hospitalar, elencando as principais atribuições dos farmacêuticos, dentre as quais está a “Otimização da terapia medicamentosa” e em específico para o diretor-farmacêutico de unidades hospitalares, a atribuição da “Estimular a implantação e o desenvolvimento da Farmácia Clínica e da Atenção Farmacêutica.

Em 2010, por meio da Portaria nº 4.283<sup>43</sup>, o Ministério da Saúde aprovou as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. Nesta regulamentação, estabelece-se como deve se proceder o Cuidado ao Paciente na perspectiva da farmácia clínica.

No entanto, pouco mais de 10 anos após a publicação desta portaria, para o caso do HEMOPE, o que se verificou nos achados deste trabalho é que houve pouca evolução no hospital em relação à farmácia clínica. No estado de Pernambuco não há uma política estadual de AFH. Situação que ocorre na maioria dos estados brasileiros. Essa falta de uma política enfraquece o desenvolvimento da AFH.

Na segunda dimensão avaliada, a de estrutura, fica evidente a falta de farmacêutico para prestar a assistência farmacêutica como recomendada pela SBRAFH<sup>19</sup>. Não há farmacêutico clínico, o que se correlaciona com os indicadores de resultado com baixa conformidade. Também não está completo o quadro de farmacêuticos aptos à manipulação de quimioterápicos.

Segundo a Resolução nº 640 de 27 de abril de 2017<sup>44</sup> no seu artigo primeiro: “*É atribuição privativa do farmacêutico o preparo dos antineoplásicos e demais medicamentos que possam causar risco ocupacional ao manipulador (teratogenicidade, carcinogenicidade e/ou mutagenicidade) nos estabelecimentos de saúde públicos ou privados*”. Com isso, o hospital não está seguindo a legislação vigente, o que pode comprometer a qualidade do serviço.

No caso da direção farmacêutica do hospital, ela é exercida por farmacêutico habilitado em farmácia hospitalar, como preconiza a Portaria nº 1.017 de dezembro de 2002<sup>45</sup>, que estabelece no seu artigo primeiro: “*que as Farmácias Hospitalares e/ou dispensários de medicamentos existentes nos Hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde deverão funcionar, obrigatoriamente, sob a Responsabilidade Técnica de Profissional Farmacêutico devidamente inscrito no respectivo Conselho Regional de Farmácia*”, o que é um ponto positivo pro hospital. No entanto, o quadro de farmacêuticos hospitalares não possui todos os farmacêuticos com especialização na área hospitalar, assim o hospital não segue o que é recomendado pela SBRAFH<sup>19</sup>.

Outro ponto que pode comprometer a qualidade do serviço prestado são as condições de armazenamento dos medicamentos. O último documento publicado sobre condições adequadas para o armazenamento correto de medicamentos foi publicado em 1990. No documento Boas Práticas de Estocagem (BPE)<sup>46</sup>, mesmo sendo simples, sem muitos termos técnicos nem aplicações com vias de obrigatoriedade, é a referência mais atualizada publicada

no Brasil no quesito estrutura mínima de armazenagem de medicamentos. O que já demonstra que a literatura precisa ser atualizada nesse quesito.

Mas, mesmo com essa distância temporal do mínimo proposto em 1990 para a atualidade, ainda há hospitais com pendências na estrutura da Central de Abastecimento Farmacêutico. É o que se encontrou neste trabalho e em Silva, Silva e Freitas<sup>47</sup>, no qual se verificou que o armazenamento nos hospitais foi identificado como regular, sendo a dimensão mais vulnerável a “estocagem”.

Além das adequações estruturais de armazenagem, há recomendações sobre estrutura mínima da área de fracionamento de medicamentos e da área de manipulação de antineoplásicos. No documento da SBRAFH<sup>19</sup>, há recomendações para os dois tipos de estrutura e, em específico, para a área de manipulação de antineoplásicos, tem-se a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 220<sup>48</sup> como documento norteador.

O último ponto sobre a estrutura é o desenvolvimento das atividades da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), que se mostra distante do recomendado. Em 2019, o Conselho Regional de Farmácia do estado de São Paulo<sup>49</sup> publicou uma cartilha consolidando as atividades da farmácia hospitalar e dentro da perspectiva da AFH. As principais atividades da CFT são: a. Participar na elaboração da política de medicamentos da instituição, incluindo seleção e dispensação de medicamentos; b. Estipular critérios para obtenção de medicamentos que não constem na padronização; c. Participar na elaboração de protocolos de tratamento elaborados por diferentes serviços clínicos; d. Investigar a utilização de medicamentos na instituição; e. Avaliar interações de medicamentos dos pontos de vista farmacodinâmico e farmacocinético; f. Avaliar incompatibilidades físico-químicas entre os componentes utilizados; e g. Participar ativamente da educação permanente dirigida à equipe de saúde e assessorar todas as atividades relacionadas à promoção do uso racional. Neste estudo sobre o HEMOPE, encontrou-se que os instrumentos básicos para o funcionamento da CFT existem no hospital, mas a comissão não é atuante, visto que não há produção anual nem evidências da realização de reuniões.

Quanto às atividades transversais de acesso e uso do medicamento, verificou-se no componente planejamento e gestão a não-conformidade em dois aspectos; nos objetivos e nas metas, não havendo um instrumento no hospital capaz de medir de forma padronizada a realização dessas atividades. Isso foi observado também em relação à visita de representantes da indústria farmacêutica.

Numa pesquisa realizada em 2023, por Cardoso<sup>50</sup>, constatou-se que 23,5% dos prescritores considera como principal fonte de atualização o marketing da indústria farmacêutica, mesmo que 76,5% tenham afirmado se basear em evidências da literatura científica, na Relação de Medicamentos Padronizados e em sua experiência clínica. Em outro estudo, desenvolvido por Fagundes e colaboradores<sup>51</sup> em hospitais de Brasília, os autores verificaram que 98% dos médicos receberam visitas de representantes farmacêuticos e mais de 80% declararam receber presentes destas empresas. A preocupação é de que essas visitas acabem influenciando a prática profissional e o processo de seleção dos produtos.

A seleção de medicamentos essenciais configura uma das políticas institucionais mais relevantes para a utilização racional desta tecnologia pelas unidades de saúde. Os critérios que subsidiam a inclusão/substituição e exclusão de medicamentos no formulário farmacoterapêutico do hospital devem estar fundamentados nas melhores evidências científicas para avaliar a eficácia, segurança, qualidade e custos dessas tecnologias<sup>52</sup>. A seleção de medicamentos é um dos pilares importantes do Ciclo da Assistência Farmacêutica. A partir da seleção, outros processos podem ser planejados, monitorados e implementados. Como o HEMOPE atende à demanda estadual de doenças hematológicas e onco-hematológicas, tendo público específico, os processos de padronização e atualização da lista de medicamentos se tornam mais fáceis.

No hospital, há Lista de Medicamentos Padronizados atualizada e divulgada para os profissionais, um ponto positivo no componente seleção de medicamentos, que é um processo recomendado na Resolução do CFF nº 449 de 2006<sup>53</sup> e sua alteração dada pela Resolução nº 619 do CFF em 2015<sup>54</sup>. O Brasil possui um grande sistema público de saúde comprometido com o acesso universal da sua população, o que reforça a necessidade de instituir estratégias seguras e eficazes de seleção de medicamentos, em razão do seu impacto orçamentário no SUS<sup>52</sup>.

Como limitação desse estudo, aponta-se o fato de que se trata de avaliação da assistência farmacêutica de uma única unidade hospitalar. Contudo, este trabalho apresenta aos gestores de farmácias hospitalares, a partir da avaliação da assistência farmacêutica do HEMOPE, um modelo lógico e uma matriz de indicadores que podem ser aplicados e adaptados para uso em qualquer tipo de hospital, tanto público como privado, de diferentes portes. A matriz se mostra útil em vários aspectos como: baixo custo, fácil aplicabilidade e adaptação, além da interpretação direta do percentual de conformidade para cada componente analisado. Com isso, tanto o modelo quanto a matriz podem contribuir para a realização de estudos mais

abrangentes, em níveis estadual e nacional, possibilitando a realização de diagnóstico dos pontos que precisam de aprimoramento para a consolidação da AFH.

O Ciclo da Assistência Farmacêutica engloba um conjunto de atividades técnicas complexas que dependem da presença do farmacêutico para ocorrer com qualidade, mas que necessitam também do engajamento de outros profissionais. Os serviços da farmácia precisam ser qualificados. Entretanto, alguns pontos precisam ser melhorados com o apoio e ajustes nas atividades de outros setores do hospital, para a rotina da farmácia não precisar mais se adequar à rotina de cada setor e sim cada setor atuar de acordo com as boas práticas farmacêuticas.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde (PPGGES – UFPE) pela oportunidade de trabalhar com esse tema.

## REFERÊNCIAS

1. Lins ME, Lobo MSC, Silva ACM, Fizmam R, Ribeiro VJP. O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):985-998.
2. Farias DC, Araújo FO. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1895-1904.
3. Barbosa PR, Gadelha CAG. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. *Rev Saude Publica* 2012; 46(Supl.):68-75.
4. OPAS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: los medicamentos esenciales. Washington: OPS, 1990.
5. Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica - Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (DGAF/SES-PE). Manual de Boas Práticas Farmacêuticas. (Versão eletrônica). 2021. Disponível em: <https://11nk.dev/A2YMp>.
6. Melo EL de, Oliveira LS. Farmácia hospitalar e o papel do farmacêutico no âmbito da assistência farmacêutica. *Revista JRG [Internet]*. 26º de março de 2021 [citado 21º de setembro de 2023];4(8):287-99. Disponível em: <https://11nq.com/Mn5Mt>.
7. Tanaka OU, Tamaki, EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):821-828, 2012.

8. Lima RF, Toledo MI e Naves JOS. Avaliação de serviços farmacêuticos hospitalares: uma revisão integrativa. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde, 9(2): 01-08, 2019. Doi: 103068/rbfhss.2018.092.005.
9. Osório-de-Castro CGS, Castilho SR (org). Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2004. Acesso em 19 de julho de 2023. Disponível: <https://11nq.com/0DpAR>.
10. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessments. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v.1).
11. HEMOPE. Site oficial da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco, Em 20/09/2023. Disponível em: <https://acesse.one/VGoL7>.
12. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev Pan-Amaz Saude. 2011; 2(3):41-49.
13. Magarinos-Torres R, Osorio-de-Castro CGS, Pepe VLE. Atividades da farmácia hospitalar brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 2007. 12(4):973-984.
14. Meiners MMMA, Figueiredo ACB, Galato CAAD, Carvalho DSB. Mapeamento de processos em uma farmácia hospitalar: ferramenta para gestão e melhoria da qualidade. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde. São Paulo, 2015 jul./set. 6(3):27-33.
15. Cosendey MAE, Hartz ZMA, Bermudez JAZ. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):395-406, mar-abr, 2003.
16. Machado FCA, RIBEIRO IL, dos Santos CA, Melo RHV, da Silva BCD, Gomes MWF. Modelo lógico para os ciclos de melhoria da estratégia saúde da família. Revista Ciência Plural. 2021; 7(3):158-179.
17. Valetim RS, Dantas THM, Machado FCA, Araujo CM, Silva MS, Castaneda L. Construction and validation of a logical model for specialized Rehabilitation Centers. Rev Saúde Pública. 2021; 55(54). Disponível em: <https://encr.pw/uhKLR>.
18. Pereira NC, Lucia LV, Villarinho PML, Costa KS. Modelo lógico e matriz de julgamento para apreciação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde Brasileira. J Manag Prim Health Care. 13, 2021. Disponível em: <https://11nq.com/nXDpP>.
19. SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR (SBRAFH). Padrões Mínimos para Farmácia hospitalar. São Paulo, 2017. Acesso em 19/07/2023. Disponível em: <https://encr.pw/ZpXmG>.
20. Leite NS, Vieira FS. Métodos e Indicadores para Avaliação de Resultados da Assistência Farmacêutica Hospitalar: uma revisão de escopo. Revista Brasileira de

Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. 14(1), 2023. DOI:  
<https://acesse.dev/SMz3w>.

21. Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
22. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.
23. CFF. Conselho Federal de Farmácia, Conselho Regional de Farmácia do Paraná; organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia, Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010.
24. BRASIL. Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <https://acesse.one/purvw>. Acesso em: 25 de setembro de 2023.
25. Bermudez, JAZ et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1937-1949, 2018.
26. De Lima ED et al. Farmácia clínica em ambiente hospitalar: enfoque no registro das atividades. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, 8(4) 2017.
27. Oliveira IA, Blanco BB. Utilização da ferramenta Curva ABC para priorização de produtos e fornecedores estratégicos em uma farmácia no Norte Fluminense. XL ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO “Contribuições da Engenharia de Produção para a Gestão de Operações Energéticas Sustentáveis” Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 20 a 23 de outubro de 2020.
28. Seixas JCB. Análise da gestão de estoque utilizando a curva abc em uma drogaria em cachoeira-BA. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Faculdade Maria Milza, 2021.
29. Santos PN, Silva GA, Coêlho TS, Oliveira RA, Lúcio Neto MP. Análise farmacoeconômica dos antimicrobianos na unidade de terapia intensiva em um hospital terciário. *Research, Society and Development*, 2020. 9(5) DOI: <https://acesse.dev/3OUmc>.
30. Costa JNA, Rodrigues MFG, Braga PGS, dos Santos BJ, de Oliveira LPD, de Melo ECVL, Silva VG, da Luz DA, Pinheiro PNQ. Elaboração de curva ABC de medicamentos em uma unidade de saúde do município de Belém – PA. 2020 REAS/EJCH | 44. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2522.2020>
31. Novaes MRCG, Nunes MS, Bezerra VS. Guia de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. 2. ed. Barueri: Manole, 2020.
32. Costa-Junior LC, Clemente GG, Tebaldi BS, et al. Impact of the implementation of the daily rotating inventory on the accuracy of the medicines stock in a medium-sized

public hospital. Rev Bras Farm Hosp Serv Saude. 2023;14(3):0963. DOI: 10.30968/rbfhss.2023.143.0963.

33. Teles HF, et al. Estudo de Viabilidade do Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária. Revista Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás - RRS-FESGO. 2020, 3(1):08-17.
34. Evaristo FJ, Rodrigues RS, Firmo WCA, Coutinho GSL. Sistema de distribuição de medicamentos em ambiente hospitalar. InterfacEHS – Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade. 2019, 14(1), São Paulo.
35. CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 586/2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 set. 2013. Acesso em: 22 de setembro de 2023. Disponível em: <https://encr.pw/IReII>.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC Nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Disponível em: <https://acesse.one/xH2K5>. Acesso em: 25 de setembro de 2023.
37. Pessoa YH, Silva BP, Araujo OS, Leal AAF. Atividades clínicas desenvolvidas pelo farmacêutico no contexto da farmácia hospitalar – revisão integrativa. Acta Farmacêutica Portuguesa 2022, 11(1):98-108.
38. Vasconcelos DMM, Costa GC, Azeredo TB, Silva RM. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. Ciên. Saúde Colet. 2017, 22(8):2609-2614.
39. Reis WCT, Scopel CT, Correr CJ, Andrzejewski VMS. Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. Einstein. 2013;11(2):190-6.
40. Bisson MP. Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2007. 371p
41. Ferracini FT, Almeida SM, Locatelli J, Petriccione S, Haga CS. Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte. Einstein. 2011; 9(4 Pt 1):456-60.
42. CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 492 de 26 de novembro de 2008 - Regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. Disponível em: <https://encr.pw/XcetC> . Acesso em: 25 de setembro de 2023.
43. BRASIL. Portaria nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de

farmácia no âmbito dos hospitais. Disponível em: <https://acesse.one/SeIrf>. Acesso em: 25 de setembro de 2023.

44. CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 640 de 27 de abril de 2017 - Ementa: Dá nova redação ao artigo 1º da Resolução/CFF nº 623/16, estabelecendo titulação mínima para a atuação do farmacêutico em oncologia. Disponível em: <https://encurtador.com.br/FIPQU>. Acesso em: 25 de setembro de 2023.
45. BRASIL. Portaria MS/SAS nº 1.017/2002. Estabelece que as farmácias hospitalares e/ou dispensários de medicamentos existentes nos hospitais integrantes do SUS deverão funcionar obrigatoriamente, sob a responsabilidade técnica de profissional farmacêutico devidamente inscrito no respectivo Conselho Regional de Farmácia. Disponível em: <https://encurtador.com.br/egjCM>. Acesso em: 25 de setembro de 2023.
46. BRASIL. Ministério da Saúde. Boas Práticas para Estocagem de Medicamentos (BPE). Brasília: Central de Medicamentos (CEME). Disponível em: <https://11nk.dev/LC5Op>. Acesso em: 25 de setembro de 2023.
47. Silva MAP, Silva PSC, Freitas SFT. Avaliação do Serviço de Armazenamento nas Farmácias dos Hospitais Estaduais de Florianópolis, 2015 Rev. Gest. Sist. Saúde, São Paulo. 2019, Jan/Abril; 8(1): 96-110.
48. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 220 de 21 de setembro de 2004. Aprovar o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. Disponível em: <https://11nk.dev/NADzN>. Acesso em 25 de setembro de 2023.
49. CRF-SP. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente. Comissão Assessora de Farmácia Hospitalar. Farmácia Hospitalar. / Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. – São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2019. 4ª edição.
50. Cardoso, JSD; Perfil sociodemográfico e de prescrição de médicos no âmbito da atenção primária de Caicó-RN. Monografia (Especialização) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola Multicampi de Ciências Médicas, Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. 2023. Disponível em: <https://shre.ink/Udy2>. Acesso em: 25 de setembro de 2023.
51. Fagundes MJD, Soares MGA, Diniz NM et al. Bioethical analysis of drugs advertisement and publicity. Ciência e Saúde Colet 2007;12(1):221-229.
52. Lima FMS, David JPL, Costa LAJ Assist Farmac Farmacoecon, 2019, v(4):2010-2020, Brasília.
53. CFF. Conselho Federal de Farmácia, Resolução nº 449 de 24 de outubro de 2006. Dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica. Disponível em: <https://11nq.com/Ac3bI>. Acesso em: 25 de setembro de 2023.

54. CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 619 de 27 de novembro de 2015. Dá nova redação aos artigos 1º e 2º da Resolução/CFF nº 449 de 24 de outubro de 2006, que dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica. Disponível: <https://encr.pw/8Xuto>. Acesso em: 25 de setembro de 2023.

# Características da Ciberviolência entre Parceiros Íntimos Jovens: Uma Revisão de Escopo

*Characteristics of Cyber Violence among Young Intimate Partners: A Scoping Review*

*Características de la Ciberviolencia entre Jóvenes Parejas Íntimas: Revisión de escopo*

Thammy Novakovski  
Rafaela Gessner Lourenço  
Tatiane Herreira Trigueiro  
Raquel Tavares

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar a produção científica produzida sobre as características da ciberviolência entre parceiros íntimos jovens e adolescentes. Revisão de escopo realizada nas plataformas PUBMED/Medline, CINAHL, Scopus e PsycINFO. Foram selecionados estudos primários, empíricos, quantitativos e qualitativos. A análise se deu à luz da categoria analítica gênero. Foram incluídos 21 artigos em inglês, publicados entre 2019 e 2022, abrangendo diversas bases de dados, com oito na Scopus, seis na CINAHL, cinco na PUBMED e dois na Psyc INFO. Quanto à metodologia, 16 artigos foram de natureza quantitativa, três foram qualitativos e dois utilizaram métodos mistos. A análise desses artigos revelou que a ciberviolência é uma realidade enfrentada por adolescentes e adultos jovens, independentemente do sexo, em diferentes países e pode ocorrer em relacionamentos íntimos ou sexuais, envolvendo comportamentos de controle, agressão, abuso sexual baseado em imagens e assédio. As ferramentas digitais reproduzem e ampliam estereótipos de gênero, com impactos físicos, psicológicos e econômicos. Por isso, a categoria gênero desempenha papel importante na análise do fenômeno. Este estudo destaca a necessidade de ações de saúde focadas nos jovens, incluindo a ciberviolência como um aspecto a ser abordado, visando mitigar os impactos negativos dessa violência em suas vidas.

**Palavras-chave:** Violência por Parceiro Íntimo, Saúde de Gênero, Adolescente, Adulto Jovem

## ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the scientific production on the characteristics of cyber violence among young and adolescent intimate partners. A scope review was conducted on the platforms PUBMED/Medline, CINAHL, Scopus, and PsycINFO. Primary, empirical, quantitative, and qualitative studies were selected. The analysis was carried out in the light of the gender analytical category. Twenty-one articles in English published between 2019 and 2022 were chosen, covering various databases, with eight in Scopus, six in CINAHL, five in PUBMED, and two in PsycINFO. Regarding the methodology, 16 articles were of quantitative nature, three were qualitative, and two used mixed methods. The analysis of these articles revealed that cyber violence is a reality faced by adolescents and young adults, regardless of gender, in different countries, and can occur in intimate or sexual relationships, involving behaviors of control, aggression, image-based sexual abuse, and harassment. Digital tools reproduce and amplify gender stereotypes, with physical, psychological, and economic impacts. Therefore, the gender category plays an important role in the analysis of the phenomenon. This study highlights the need for health actions focused on young people, including addressing cyber violence as an aspect to be approached, aiming to mitigate the negative impacts of this violence on their lives.

**Keywords:** Intimate Partner Violence, Gender and Health, Adolescent, Young Adult

## RESUMEN

Objetivo: Analizar la producción científica sobre las características de la ciberviolencia entre parejas jóvenes. Método: Revisión de alcance realizada en las plataformas PUBMED/Medline, CINAHL, Scopus y PsycINFO. Se seleccionaron estudios primarios, empíricos, cuantitativos y cualitativos. El análisis se centró en la categoría

analítica de género. Resultados: Se eligieron 21 artículos en inglés, publicados entre 2019 y 2022, que abarcaron diversas bases de datos, con ocho en Scopus, seis en CINAHL, cinco en PUBMED y dos en Psyc INFO. En cuanto a la metodología, 16 artículos fueron de naturaleza cuantitativa, tres fueron cualitativos y dos utilizaron métodos mixtos. El análisis de estos artículos reveló que la ciberviolencia es una realidad enfrentada por adolescentes y adultos jóvenes, independientemente del sexo, en diferentes países y puede ocurrir en relaciones íntimas o sexuales, involucrando comportamientos de control, agresión, abuso sexual basado en imágenes y acoso. Consideraciones Finales: Las herramientas digitales reproducen y amplían estereotipos de género, con impactos físicos, psicológicos y económicos. Por lo tanto, la categoría de género desempeña un papel importante en el análisis del fenómeno. Este estudio destaca la necesidad de acciones de salud enfocadas en los jóvenes, incluida la ciberviolencia como un aspecto a abordar, con el objetivo de mitigar los impactos negativos de esta violencia en sus vidas.

**Palabras clave:** Violencia de Pareja, Género y Salud, Adolescente, Adulto Joven.

## INTRODUÇÃO

A Violência entre Parceiros Íntimos (VPI), que ocorre no contexto de relações afetivas ou sexuais, é uma forma significativa de violência que traz consequências destrutivas tanto para as vítimas quanto para os perpetradores. Pesquisas apontam que a maioria dos casos de VPI é perpetrada por homens com quem as mulheres têm relacionamentos afetivos, embora seja importante ressaltar que a violência também pode ser praticada por mulheres<sup>(1,2)</sup>.

As consequências negativas da VPI abrangem áreas como saúde, educação, trabalho e bem-estar econômico de indivíduos, famílias, comunidades e sociedades em geral <sup>(3,4)</sup>. Portanto, a VPI representa uma grande preocupação no campo da saúde, já que está associada a problemas como depressão, abuso de substâncias, infecções sexualmente transmissíveis, lesões físicas, isolamento social, dificuldades no autocuidado e morte <sup>(5,6)</sup>.

O advento e crescimento dos meios de comunicação digitais permitiram que a tecnologia assumisse importante forma de interação íntima entre os jovens. Dessa forma, as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) se tornaram um meio para perpetradores de violência exercerem controle sobre seus parceiros <sup>(7)</sup>. Essa forma de violência, que ocorre no ambiente online, é conhecida como ciberviolência e, muitas vezes, é o primeiro indício de violência em relacionamentos íntimos. Seus objetivos incluem o controle, exposição, assédio, coerção, pressão, monitoramento, ameaça e perseguição de parceiros íntimos por meio das tecnologias e mídias <sup>(8,9)</sup>. Ao investigá-la e detectá-la precocemente, é possível prevenir casos mais graves <sup>(10)</sup>.

Uma pesquisa realizada nos EUA, que envolveu 2.810 americanos com 15 anos ou mais, mostrou que 12% dos entrevistados sofreram pelo menos uma forma de ciberviolência <sup>(11)</sup>. Outras pesquisas demonstraram que cerca de 50% dos estudantes universitários relataram

ser vítimas ou perpetradores de abuso de parceiro íntimo através de tecnologias de comunicação<sup>(9, 12, 13)</sup>.

Para compreender as possibilidades de enfrentamento da ciberviolência entre parceiros íntimos jovens, faz-se necessário conhecer as características dessa problemática. A partir disso, foi estruturada a questão norteadora: Quais as características da ciberviolência entre parceiros íntimos jovens? Para isso, o estudo apresenta como objetivo: Analisar a produção científica produzida sobre as características da ciberviolência entre parceiros íntimos jovens.

Esta revisão é justificada pela necessidade de consolidar dados sobre a ciberviolência entre jovens parceiros íntimos, a fim de identificar sua prevalência<sup>(14)</sup>, fatores de risco<sup>(15)</sup> e, especialmente, preencher uma lacuna na literatura ao compreender como suas características, analisadas sob a perspectiva de gênero, podem contribuir para o desenvolvimento de intervenções efetivas no enfrentamento desse problema.

## MÉTODO

Trata-se de revisão de escopo de acordo com o proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI) foram seguidas as recomendações do PRISMA-ScR (*PRISMA extension for Scoping Reviews*). A pergunta de pesquisa foi construída utilizando a estratégia PCC, que preconiza como elementos fundamentais o mnemônico: P – População; C- Conceito e C- Contexto. Sendo: P (jovens e adolescentes); C (ciberviolência entre parceiros íntimos); C (âmbito da internet). A partir disso, foi elaborada a pergunta de pesquisa: “Quais as características da ciberviolência entre parceiros íntimos jovens e adolescentes?”

Foram incluídos neste estudo a população adolescente, que compreende o intervalo entre dez e dezenove anos de idade, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(16)</sup>, e a população jovem, que engloba, segundo o Estatuto da Juventude<sup>(17)</sup>, indivíduos com idade entre 15 e 29 anos.

Foram incluídos artigos originais derivados de pesquisa primária, que respondessem à pergunta de pesquisa, estivessem disponíveis na íntegra em meio online, e que tivessem sido realizados nos últimos cinco anos. Justifica-se esse período devido a publicação da Lei Federal 13.718/18, conhecida como Lei de Importunação Sexual e que torna crime a divulgação não autorizada de conteúdo com cena de nudez ou ato sexual de caráter íntimo e privado<sup>(18)</sup>. Não foi necessário definir critérios de exclusão.

A etapa da identificação dos estudos relevantes se deu nas plataformas: *MEDLINE*, *CINAHL*, *Scopus* e *PsycINFO*, devido à sua abrangência no contexto internacional. Foi elaborada uma estratégia de busca através do uso de descritores presentes nos títulos, resumos e nas palavras-chave de artigos relevantes sobre o assunto. Essa estratégia foi adaptada para cada base de dados pesquisada, como mostra o quadro dois. Foram aplicados filtros com o objetivo de refinar a busca e o idioma não foi limitado na busca.

Após a obtenção dos resultados das buscas, os artigos selecionados foram importados para o software Mendeley para gerenciamento de referências. O software foi utilizado para identificar e remover trabalhos duplicados. Os estudos, então, foram transferidos para o Rayyan (*Qatar Computing Research Institute*, Doha, Qatar), um aplicativo de software gratuito e online para web e dispositivos móveis, que permite a colaboração cega entre revisores e aprimora a triagem de dados.

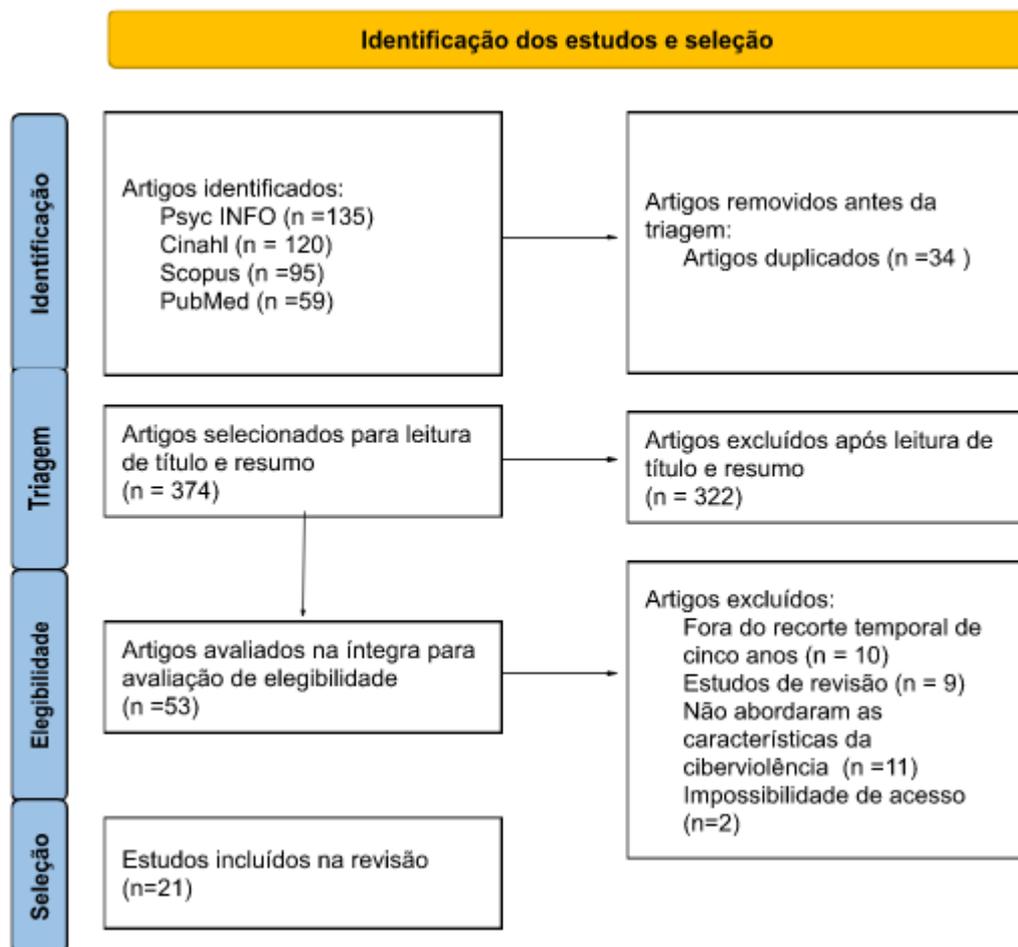
Os títulos e resumos selecionados foram lidos e analisados pelo pesquisador responsável para identificar os elegíveis para a revisão. Em seguida, os estudos incluídos foram lidos na íntegra e o mapeamento dos dados foi realizado através de uma planilha para caracterizar a produção, incluindo título, autores, ano, local e periódico de publicação, delineamento, objetivo, método, principais resultados, características da ciberviolência, questões de gênero identificadas e interface com a saúde. As dúvidas que surgiram nesse processo foram dirimidas por reunião de consenso entre os autores.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática à luz da categoria analítica gênero, que se baseia na compreensão das diferenças sociais construídas entre homens e mulheres, que são constitutivas das relações sociais e da forma como as relações de poder são significadas e articuladas <sup>(19)</sup>.

## **RESULTADOS**

Foram encontrados 409 artigos, destes, 34 eram repetidos. A partir da revisão de títulos e resumos, foram excluídos 322 artigos. Para leitura integral foram selecionados 53 artigos. Foram excluídos os estudos que não respondiam ao critério de tempo, aqueles com impossibilidade de acesso, os que não abordavam características da ciberviolência e os quais se tratavam de revisão de literatura. Foram selecionados 21 artigos para compor a revisão. A descrição das buscas e a seleção dos artigos foi baseada no PRISMA-ScR (Figura 1).

**Figura 1.** Diagrama de fluxo da seleção dos artigos da revisão, segundo o PRISMA-ScR, Curitiba, Paraná, 2023.



Fonte: Elaboração própria a partir do fluxograma PRISMA - ScR

O Quadro 1 mostra as publicações selecionadas. A maior parte dos estudos foi publicada na Espanha (n=9), seguido dos Estados Unidos (n=6), e do Reino Unido (n=3). Um dos estudos incluídos na revisão foi realizado em três países: Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia. Canadá, Dinamarca, Indonésia e Jordânia produziram um estudo cada. A linguagem das produções foi o inglês (n= 21 artigos).

**Quadro 1.** Descrição dos estudos incluídos na revisão (n=21)

AUTORES	TÍTULO	PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO	ANO
Rocío Linares, María Aranda, Marta García-Domingo, Teresa Amezcua, Virginia	<i>Cyber-dating abuse in young adult couples: Relations with sexist attitudes and violence justification, smartphone usage and impulsivity</i>	Espanha	<i>PLoS ONE</i>	2021

Fuentes, María Moreno-Padilla				
Fiolet, Renee; Brown, Cynthia; Wellington, Molly; Bentley, Karen; Hegarty, Kelsey	<i>Exploring the Impact of Technology-Facilitated Abuse and Its Relationship with Domestic Violence: A Qualitative Study on Experts' Perceptions</i>	Austrália	<i>Global Qualitative Nursing Research</i>	2021
María-Jesús Cava, Inés Tomás, Sofía Buelga, Laura Carrascosa	<i>Loneliness, Depressive Mood and Cyberbullying Victimization in Adolescent Victims of CyberDating Violence</i>	Espanha	<i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>	2020
Salerno-Ferraro, Alisha C; Erentzen, Caroline; Schuller, Regina A;	<i>Young Women's Experiences With Technology-Facilitated Sexual Violence From Male Strangers</i>	Canadá	<i>Journal of Interpersonal Violence</i>	2021
María José Díaz-Aguado, Rosario Martínez-Arias	<i>Types of Male Adolescent Violence Against Women in Three Contexts: Dating Violence Offline, Dating Violence Online, and Sexual Harassment Online Outside a Relationship</i>	Espanha	<i>Frontiers in psychology</i>	2022
Wirawan, Gede Benny Setia; Hanipraja, Magdalena Anastasia; Chrysanta, Gabrielle; Imtaza, Nadya; Ahmad, Karima Taushia; Marlina, Inda; Mahendra, Dimas; Larosa, Alvin Theodorus	<i>Anxiety and prior victimization predict online gender-based violence perpetration among Indonesian young adults during COVID-19 pandemic: cross-sectional study</i>	Indonésia	<i>Egyptian Journal of Forensic Sciences</i>	2022
Abby R. Phillips Regina, Saskatchewan	<i>Examining the perceived harms of digital dating abuse: A university sample</i>	Canadá	<i>Journal of Youth Studies</i>	2022
Mandau, MBH	<i>"Snaps", "screenshots", and self-blame: A qualitative study of image-based sexual abuse victimization among adolescent Danish girls</i>	Dinamarca	<i>Journal of Children and Media</i>	2020
Ruvalcaba, Y; Eaton, A A;	<i>Nonconsensual pornography among U.S. adults: A sexual scripts framework on victimization, perpetration, and health correlates for women and men</i>	Estados Unidos	<i>Psychology of Violence</i>	2020
Villora, B; Navarro, R; Yubero, S;	<i>The Role of Social-Interpersonal and Cognitive-Individual Factors in Cyber Dating Victimization and Perpetration: Comparing the Direct, Control, and Combined Forms of Abuse</i>	Espanha	<i>Journal of Interpersonal Violence</i>	2021
Lozano-Martinez, Josefina; Castillo-Reche, Irina Sherezade; Morales-Yago, Francisco Jose; Ibáñez-López, Francisco Javier;	<i>Control Violence Begins in Adolescent Dating: A Research from Students' Perception</i>	Espanha	<i>International journal of environmental research and public health</i>	2022

Powell, A; Scott, A J; Flynn, A; McCook, S;	<i>Perpetration of Image-Based Sexual Abuse: Extent, Nature and Correlates in a Multi-Country Sample</i>	Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia	<i>Journal of Interpersonal Violence</i>	2022
Alsawalqa, Rula Odeh;	<i>Evaluating Female Experiences of Electronic Dating Violence in Jordan: Motivations, Consequences, and Coping Strategies</i>	Jordânia	<i>Frontiers in psychology</i>	2021
Hinduja, S; Patchin, J W;	<i>Digital Dating Abuse Among a National Sample of U.S. Youth</i>	Estados Unidos	<i>Journal of Interpersonal Violence</i>	2020
Walker, K; Sleath, E; Hatcher, R M; Hine, B; Crookes, R L;	<i>Nonconsensual Sharing of Private Sexually Explicit Media Among University Students</i>	Reino Unido	<i>Journal of Interpersonal Violence</i>	2021
Gámez-Guadix, Manuel; Mateos-Pérez, Estibaliz; Wachs, Sebastian; Wright, Michelle; Martínez, Jone; Íncera, Daniel; Gámez-Guadix, Manuel; Mateos-Pérez, Estibaliz;	<i>Assessing image based sexual abuse: Measurement, prevalence, and temporal stability of sextortion and nonconsensual sexting ("revenge porn") among adolescents</i>	Espanha	<i>Journal of Adolescence</i>	2022
Reed, Elizabeth; Salazar, Marissa; Behar, Alma I.; Agah, Niloufar; Silverman, Jay G.; Minnis, Alexandra M.; Rusch, Melanie L.A.; Raj, Anita;	<i>Cyber Sexual Harassment: Prevalence and association with substance use, poor mental health, and STI history among sexually active adolescent girls</i>	Estados Unidos	<i>Journal of Adolescence</i>	08/2019
Reed, Lauren A.; Conn, Kourtney; Wachter, Karin;	<i>Name-calling, jealousy, and break-ups: Teen girls' and boys' worst experiences of digital dating</i>	Estados Unidos	<i>Children &amp; Youth Services Review</i>	2020
Ellyson, Alice M.; Adhia, Avanti; Lyons, Vivian H.; Rivara, Frederick P.;	<i>Prevalence, age of initiation, and patterns of co-occurrence of digital dating abuse behaviors nationwide.</i>	Estados Unidos	<i>Children &amp; Youth Services Review</i>	2021
Cava, María-Jesús; Martínez-Ferrer, Belén; Buelga, Sofía; Carrascosa, Laura;	<i>Sexist attitudes, romantic myths, and offline dating violence as predictors of cyber dating violence perpetration in adolescents</i>	Espanha	<i>Computers in Human Behavior</i>	2020
Stonard, Karlie E.;	<i>"Technology was designed for this": Adolescents' perceptions of the role and impact of the use of technology in cyber dating violence</i>	Reino Unido	<i>Computers in Human Behavior</i>	2020

Fonte: Elaboração própria

Os artigos foram publicados entre 2019 e 2022. Os anos de maior concentração de publicações foram 2020 (n=7) e 2021 (n=7). Seguidos por 2022 (n=6), e por 2019 (n=1). Em relação à base de dados, oito foram publicados na *Scopus*, seis na *CINAHL*, cinco na *MEDLINE*, e dois na *Psyc INFO*. Quanto ao delineamento metodológico, 16 artigos eram quantitativos, três eram qualitativos e dois adotaram métodos mistos.

A análise dos dados dos estudos quantitativos foi feita por meio de modelos estatísticos, que mensuraram as variáveis e calcularam a prevalência do fenômeno da ciberviolência. Nos três estudos qualitativos foi utilizada a técnica de análise temática de conteúdo proposta por Braun e Clarke (2013) <sup>(20)</sup>.

Os resultados foram agrupados nas categorias empíricas: Tecnologia como facilitadora da violência; ciberviolência por parceiro íntimo; abuso sexual baseado em imagem; adolescência atravessada pela ciberviolência; interface entre a ciberviolência e a saúde.

### **Tecnologia como facilitadora da violência**

Fazem parte desta categoria dois estudos. Ambos destacam a natureza perturbadora do abuso tecnológico e do assédio sexual online, e ressaltam o poder e influência exercidos pelos agressores <sup>(21, 22)</sup>.

### **Ciberviolência por parceiro íntimo**

Foram incluídos sete estudos nesta categoria, que empregam diferentes terminologias em inglês relacionadas à ciberviolência por parceiro íntimo, como *Cyber Dating Abuse*, *Cyber Dating Victimization and Perpetration*, *Electronic Dating Violence*, *Dating Violence* e *Digital Dating Abuse*. No entanto, para fins de consistência, neste estudo será adotada a denominação "ciberviolência por parceiro íntimo" em referência aos estudos que abordam essa temática.

As pesquisas que compõem essa categoria demonstram que a maioria dos jovens participantes dos estudos vivenciou algum tipo de ciberviolência por parte do parceiro íntimo <sup>(23, 24)</sup> e considera esses comportamentos prejudiciais <sup>(25)</sup>. Além disso, a exposição à ciberviolência aumenta a probabilidade de ocorrer violência offline, envolvendo abusos psicológicos, emocionais, verbais e físicos <sup>(26)</sup>. Também foi constatado que a falta de apoio social aumenta a probabilidade de ser vítima e perpetrador de ciberviolência por parceiro íntimo <sup>(27)</sup>.

### **Abuso sexual baseado em imagem**

Fazem parte desta categoria quatro publicações que demonstram que abuso sexual baseado em imagem é uma forma de ciberviolência que envolve a vitimização e a perpetração. Ocorre através da criação não consensual de fotos ou vídeos íntimos, distribuição não consensual desses conteúdos ou ameaças de compartilhamento <sup>(28, 9)</sup>.

Tanto homens quanto mulheres podem ser vítimas, mas as mulheres enfrentam um maior risco de vitimização. Muitas vezes, as vítimas, especialmente as mulheres, não procuram ajuda devido ao constrangimento, medo ou estigma associado. As principais motivações para o compartilhamento não consensual foram busca de conselhos, diversão/brincadeira, discussão

e exibicionismo <sup>(29, 30)</sup>. Em estudos com adolescentes, há maior prevalência de envio ou recebimento de imagens sexuais sem consentimento <sup>(9)</sup>.

### **Adolescência atravessada pela ciberviolência**

A população adolescente, entre dez e 19 anos, constitui a amostra de nove dos 21 artigos incluídos neste estudo. Constata-se que pelo menos um terço dos participantes das pesquisas relatou ter sofrido algum tipo de ciberviolência <sup>(31, 32, 33)</sup>. A forma mais prevalente foi o controle do parceiro exercido de maneira digital seguido da agressão cibernética<sup>(31)</sup>.

### **Interface entre a ciberviolência e saúde**

A relação da ciberviolência com algum aspecto da saúde foi abordada em 11 artigos. As vítimas percebem que o impacto do abuso se estende mesmo após deixar o relacionamento, resultando em graves repercussões a longo prazo <sup>(22)</sup>. Foi observado, que a vitimação por ciberviolência está associada à vulnerabilidade psicossocial, especialmente as meninas, que apresentam maior humor depressivo, solidão emocional, risco de transtornos de humor e ideação suicida <sup>(31, 34, 25)</sup>.

Além disso, a vitimização por abuso sexual baseado em imagem está relacionada a efeitos negativos na saúde física e mental, como sintomas somáticos, baixo bem-estar psicológico e maior risco de transtornos mentais <sup>(29)</sup>. Foi observada também associação entre ciberviolência e comportamentos de uso de substâncias, como consumo de álcool e drogas, além de uma maior prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) <sup>(35)</sup>.

## **DISCUSSÃO**

A análise dos artigos demonstrou que a ciberviolência por parceiro(a) íntimo(a) faz parte da realidade de adolescentes <sup>(31, 32, 33, 36, 39)</sup> e adultos jovens <sup>(23, 24, 25, 26, 27)</sup> de ambos os sexos e dos diversos países nos quais foram realizados os estudos.

Trata-se de um fenômeno de elevada magnitude <sup>(24, 27, 30, 37)</sup> caracterizado pela perpetração e vivência de diversos tipos de violência <sup>(38, 28, 25)</sup> tanto por parte dos homens e meninos quanto das mulheres e meninas <sup>(39, 40)</sup>.

Em relação a violência por parceiro(a) íntimo(a) adolescente, uma investigação que teve como amostra 604 adolescentes, revelou que aproximadamente metade dos adolescentes relatou ter sofrido comportamentos de controle digital por parte do parceiro, sendo que um terço sofreu ocasionalmente e mais de um em cada 10 sofreu frequentemente <sup>(31)</sup>.

O estudo de Hinduja e Patchin (2020) <sup>(32)</sup> obteve uma amostra nacional de 5.539 estudantes dos EUA, a pesquisa revelou que 28,1% dos adolescentes foram vítimas desse tipo

de violência, enquanto 35,9% foram vítimas de abuso offline por parceiro íntimo. Houve uma correlação significativa entre as formas digitais e tradicionais de abuso, com a maioria das vítimas de abuso online também sofrendo abuso offline. Os meninos apresentaram uma probabilidade significativamente maior de experimentar ciberviolência por parceiro íntimo (32,3%) em comparação com as meninas (23,6%).

Esses resultados reforçam as descobertas do estudo de CAVA et al. (2020b) <sup>(36)</sup>, que identificou que os meninos relataram maior incidência de vitimização por agressão cibernética em seus relacionamentos românticos. Também vão ao encontro dos dados obtidos por Linares et al. (2021) <sup>(24)</sup> e Lozano-Martinez et al. (2022) <sup>(33)</sup>, que identificaram que os participantes do sexo masculino também se perceberam como mais controlados por suas parceiras.

A diferença de gênero mencionada levanta várias questões, uma das quais já foi explorada pelos autores em um dos estudos <sup>(32)</sup>, que argumentaram que jovens de um determinado sexo podem usar comportamentos mais típicos do sexo oposto ao lidar com conflitos em relacionamentos. Especificamente, as meninas podem usar mais violência contra seus namorados na tentativa de resolver seus problemas relacionais, enquanto os meninos podem tentar conter iniciativas agressivas ao lidar com desentendimentos com suas parceiras <sup>(32)</sup>. Por outro lado, pesquisas sugerem que as meninas, que são mais propensas a sofrer violência física, recorrem a comportamentos violentos verbais, psicológicos e digitais como forma de defesa <sup>(41, 36, 40)</sup>.

No entanto, ao analisar essa questão sob à luz da categoria gênero, surgem novas possibilidades de interpretação. Há que se questionar se as meninas realmente praticam mais ciberviolência ou se, devido a questões relacionadas ao gênero, elas são menos propensas a relatar a ocorrência desse tipo de violência em comparação aos meninos. Nesse contexto, é importante considerar a normalização da violência, uma vez que diversos comportamentos e formas de tratamento que perpetuam a inferiorização das mulheres em relação aos homens são aceitos e até mesmo encorajados pela sociedade nas interações entre meninos e meninas <sup>(42)</sup>.

Em vista disso, o estudo de Linares et al. (2021) <sup>(24)</sup> encontrou uma associação moderada entre atitudes sexistas e justificção da violência com a agressão digital em casais de adultos jovens. Participantes com crenças sexistas mais fortes e maior naturalização da violência apresentaram níveis mais altos de vitimização e perpetração de agressão e controle digital do parceiro. Além disso, aqueles que consideravam o sexismo impossível ou difícil de superar devido à natureza humana e às diferenças biológicas entre os sexos sentiam-se mais controlados por sua parceira. Os homens apresentaram pontuações mais altas para atitudes sexistas e justificção da violência.

Um outro estudo destaca a naturalização e aceitação da violência, embora tenha sido realizado com jovens árabes e, portanto, sujeito a diferentes formas culturais. No entanto, seus resultados evidenciam questões importantes de gênero relacionadas à percepção e ao impacto da violência entre os jovens. Esses resultados apontam que as mulheres são responsabilizadas pelos abusos nos relacionamentos. Além disso, foi observado que nenhuma das participantes vítimas de ciberviolência buscou ajuda da família devido ao medo de serem mortas ou expulsas da universidade, e por perceberem que continuariam sofrendo múltiplas formas de abuso <sup>(26)</sup>.

A violência contra as mulheres na Jordânia, cenário da pesquisa, surge através do controle coercitivo e das desigualdades de poder entre homens e mulheres em uma sociedade patriarcal, que impõe papéis de gênero masculinos rígidos. Os homens são incentivados a mostrar agressividade, adotar comportamentos controladores e promover discriminação de gênero com base em estereótipos, enquanto as mulheres são ensinadas a aceitar e se submeter aos homens. Essa ideologia expõe as mulheres à exploração e ao abuso, tanto no mundo real quanto no virtual <sup>(26)</sup>.

Por outro lado, para Borrajo, Gámez-Guadiz e Calvete (2015) <sup>(8)</sup>, a naturalização da ciberviolência pode estar relacionada aos mitos que envolvem a construção social do amor romântico. Adolescentes e jovens que têm uma visão idealizada sobre a construção de um relacionamento afetivo e/ou sexual podem interpretar determinados comportamentos abusivos como aceitáveis e até mesmo como expressão de preocupação e amor, como por exemplo, o controle digital.

A pesquisa de Salerno-Ferraro (2021) <sup>(21)</sup> revela que o abuso sexual baseado em imagem também pode envolver convites para trocar fotos explícitas e ofertas de dinheiro em troca de favores sexuais. Esse comportamento pode estar relacionado a concepções de direito sexual por parte dos homens. Além disso, demonstra que os homens tendem a superestimar o interesse sexual das possíveis parceiras. As mulheres são socializadas a aceitar ou ignorar comentários sexistas e assediadores em ambientes públicos, e agora também estão sendo condicionadas a ignorar ou excluir comentários online e aceitar a possibilidade de receber imagens íntimas não solicitadas e comentários sexualmente degradantes em suas postagens pessoais.

Vários estudos mostraram como os discursos sobre *sexting* entre jovens enquadraram o abuso baseado em imagem como resultado do comportamento tolo, ingênuo e impulsionado por hormônios de adolescentes do sexo feminino, propagando a culpabilização das vítimas <sup>(34, 29, 8)</sup>. A auto culpabilização descrita pelos adolescentes nos estudos mostra como a responsabilização de gênero nos discursos sobre *sexting* entre jovens é refletida e reproduzida nas narrativas dos adolescentes sobre sua vitimização. Isso se assemelha às atitudes

compartilhadas e culturalmente aceitas de culpabilização das vítimas em relação a agressão sexual física, que muitas vezes são internalizadas e se transformam em autoacusação nas vítimas-sobreviventes de estupro<sup>(34)</sup>.

Em relação aos impactos da ciberviolência na saúde, uma investigação revelou que as meninas relataram maior solidão emocional, humor depressivo e vitimização por *cyberbullying* direta em comparação com os meninos. As que foram frequentemente vitimizadas por agressão cibernética em relacionamentos amorosos apresentaram níveis mais altos de solidão emocional, humor depressivo e vitimização por *cyberbullying* em comparação com aquelas que nunca foram vitimizadas<sup>(31)</sup>. Por isso, é necessário considerar as diferenças de gênero na vitimização por controle digital para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficazes.

Esses resultados vão ao encontro com os encontrados por Phillips e Saskatchewan (2022)<sup>(25)</sup>, em que as mulheres classificaram os comportamentos de ciberviolência como mais prejudiciais do que os homens, especialmente em relação a comportamentos como pressionar para envolvimento em atos sexuais ou para envio de material sexualmente sugestivo e receber material sexual não solicitado. Além disso, as mulheres e participantes de gênero diverso relataram ser vítimas desses comportamentos com mais frequência do que os homens. Esses resultados indicam uma clara diferença de gênero na percepção do dano e na experiência de vitimização em relação a comportamentos de abuso digital em relacionamentos amorosos.

Os resultados desta revisão indicam que apesar da gravidade da ciberviolência na sociedade e suas consequências negativas para saúde dos jovens, o tema ainda é abordado de forma limitada pelo setor de saúde, muitas vezes sendo considerado exclusivo das áreas de segurança pública e justiça.

Ao analisar os artigos, foi possível compreender a influência da categoria geração na ocorrência da ciberviolência em que adolescentes relataram o medo de buscar ajuda dos adultos<sup>(32, 33, 39)</sup>. Verifica-se que a subordinação geracional cria uma vulnerabilidade significativa à violência por parceiro íntimo, pois impede o diálogo entre adolescentes e adultos, o qual se mostra essencial para a prevenção e o apoio aos adolescentes no término de relacionamentos violentos.

Uma visão superficial sobre o fenômeno da ciberviolência seria capaz de indicar que a falta de diferenças físicas na internet poderia ajudar a equalizar a dinâmica de poder entre homens e mulheres, no entanto, verifica-se que essas ferramentas acabam reproduzindo e ampliando estereótipos de gênero, que têm impactos físicos, psicológicos, acadêmicos e financeiros na vida dos indivíduos<sup>(43, 26)</sup>.

Com isso, entende-se que a ciberviolência é uma forma de violência simbólica que utiliza a cultura de exposição e humilhação das mulheres como estratégia. O sistema patriarcal-racista-capitalista se sustenta através do uso da violência, buscando legitimá-la. A violência simbólica, que retira a humanidade da mulher, impregna tanto o subjetivo quanto o objetivo. Esse sistema naturaliza as violências e afeta a saúde física e mental da mulher, retirando sua dignidade, autonomia e humanidade <sup>(44)</sup>.

Por isso, entende-se que a ciberviolência por parceiro íntimo é uma forma de violência de gênero, resultante de relações de dominação/subordinação moldadas pela construção histórica e social das masculinidades e feminilidades hegemônicas. A presença da ideologia androcêntrica permeia as relações de intimidade, mantendo a desigualdade de poder entre os sexos e reforçando a hegemonia masculina.

Embora recentemente tenha sido estabelecida no contexto brasileiro a Lei de Importunação Sexual, que criminaliza a divulgação não autorizada de conteúdo íntimo e privado, incluindo imagens de nudez ou atos sexuais, seu papel na erradicação da violência de gênero é limitado. Essas leis são formuladas dentro de uma cultura hegemônica que subestima, domina e explora as mulheres, o que torna a aplicação das leis uma ameaça à estrutura de poder estabelecida. Como resultado, tais leis são frequentemente rejeitadas pelas pessoas privilegiadas que não desejam abrir mão de seus privilégios <sup>(44)</sup>.

Os resultados desta revisão destacaram uma lacuna científica em relação à produção de estudos na área da saúde brasileira sobre essa temática. A escassez de conhecimento científico nacional é estimada como possivelmente relacionada à pouca visibilidade desse fenômeno no Brasil e à falta de medidas efetivas para enfrentá-lo e preveni-lo.

A relevância desta discussão concentra-se no fato de que relacionamentos afetivos e/ou sexuais estabelecidos no meio virtual estão em ascensão. Trata-se de um processo geracional, marcado pela busca e pela manutenção de grupos de pares também virtualmente. A VPI que ocorre no espaço digital pode acontecer de maneira simultânea à VPI perpetrada face-a-face, devido à intersecção da vida digital e real. E, além disso, pode propagar a violência de maneira rápida e permanente por estar atrelada a rede *online*. Por isso, o desenvolvimento de relações digitais e os abusos perpetrados nesse meio necessitam fazer parte de estratégias de enfrentamento da VPI.

## CONCLUSÃO

Nos relacionamentos íntimos, a ciberviolência manifesta-se por meio de comportamentos de controle e agressão, sendo o controle mais comum e naturalizado entre os jovens. Além disso, a ciberviolência pode acontecer através do abuso sexual baseado em imagens, que envolve a criação não consensual de fotos ou vídeos íntimos, distribuição não consensual desses conteúdos e ameaças de compartilhamento. O assédio ou importunação sexual também pode ser uma forma de ciberviolência, caracterizada pela sensação de falta de controle das vítimas sobre seu espaço online, aumento do medo e persistência do assédio.

A ciberviolência é um fenômeno de elevada magnitude entre os jovens. À vista disso, a categoria geração desempenha um papel importante na análise deste fenômeno, indo além, a perspectiva geracional é essencial para a prevenção e o enfrentamento de um fenômeno tão complexo como a ciberviolência entre parceiros íntimos jovens. É fundamental que os jovens sejam capazes de reconhecer e questionar a violência. Além de fornecer informações sobre o tema, é essencial criar espaços de escuta e diálogo, respeitando as perspectivas e experiências dos jovens.

A maioria dos estudos analisados reconhece as diferenças de gênero na vitimação e perpetração da violência, porém não abordam o fenômeno sob essa perspectiva. A análise a partir da ótica de gênero busca superar a concepção unicausal, linear, patologizante e reducionista da violência contra a mulher, além de desconstruir estereótipos de gênero e evitar a revitimização das mulheres. Adicionalmente, os resultados deste estudo revelam que as ferramentas digitais reproduzem e ampliam estereótipos de gênero, causando impactos físicos, emocionais e financeiros dos indivíduos.

As reflexões proporcionadas por este estudo têm implicações significativas para a área da saúde, fortalecendo o reconhecimento da ciberviolência entre parceiros íntimos na juventude como uma forma de violência baseada em estereótipos de gênero que normalizam sua ocorrência desde os primeiros relacionamentos afetivos e sexuais. Esses padrões podem perpetuar esse fenômeno nos relacionamentos vividos na vida adulta. Além disso, os resultados deste estudo destacam a necessidade de incluir essa questão como foco de atenção nas ações de saúde direcionadas aos jovens, buscando práticas de assistência que possam mitigar os impactos negativos que a ciberviolência jovem têm nos projetos de vida desses indivíduos.

## **REFERÊNCIAS**

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.

2. Gebrewahd GT, Gebremeskel GG, Tadesse DB. Intimate partner violence against reproductive age women during COVID-19 pandemic in northern Ethiopia 2020: a community-based cross-sectional study. *Reprod Health*. 2020 Oct 7;17(1):152.
3. World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Geneva: WHO; 2010.
4. Lucena KDT, Vianna RPT, Nascimento JA, Campos HFC, Oliveira ECT. Association between domestic violence and women's quality of life. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017;25:e2901.
5. Gibbs A, et al. Prevalence and factors associated with recent intimate partner violence and relationships between disability and depression in postpartum women in one clinic in eThekweni Municipality, South Africa. *PLoS One*. 2018;12(7).
6. Mendonça MFS, Ludemir AD. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. *Revista de Saúde Pública*. 2017;51:1-8.
7. Hellevik PM. Teenagers' personal accounts of experiences with digital intimate partner violence and abuse. *Computers in Human Behavior*. 2019;92:178–187.
8. Borrajo E, Gámez-Guadix M, Pereda N, Calvete E. The development and validation of the cyber dating abuse questionnaire among young couples. *Computers in Human Behavior*. 2015;48:358–365.
9. García-Sánchez PV, et al. Apego Y Ciber-Violencia En La Pareja De Adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. *Revista INFAD de Psicología*. 2017;2(1).
10. Semenza DC. Gender Differences in the Victim-Offender Relationship for On- and Offline Youth Violence. *J Interpers Violence*. 2021;36(19-20):9255-9276. doi: 10.1177/0886260519864358. Epub 2019 Aug 2. PMID: 31370739.
11. Ybarra ML, Price-Feeney M, Lenhart A, Zickuhr K. Intimate partner digital abuse. Data & Society Research Institute. [Internet]. 2017. [cited 2023 Apr 20].
12. Burke SC, Wallen M, Vail-Smith K, Knox D. Using technology to control intimate partners: An exploratory study of college undergraduates. *Computers in Human Behavior*. 2011;27:1162-1167.
13. Martinez-Pecino R, Durán M. I love you but I cyberbully you: The role of hostile sexism. *Journal of Interpersonal Violence*. 2019;34:812-825.
14. Patel U, Roesch R. The Prevalence of Technology-Facilitated Sexual Violence: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2022;23(2):428–443.
15. Sumra M, Asghar S, Khan KS, Fernández-Luna JM, Huete JF, Bueno-Cavanillas A. Smartphone Apps for Domestic Violence Prevention: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(7):5246.
16. World Health Organization. Adolescent Health. Available from: [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1).

17. Brasil. Lei nº 12.852, de 05 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Diário Oficial da União. 2013 Aug.
18. Brasil. Lei n. 13.718, de 24 de setembro de 2018. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2018/lei/L13718.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/L13718.htm). Accessed Aug 10, 2019.
19. Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS corpo; 1991.
20. Braun V, Clarke V. Successful qualitative research: A practical guide for beginners. Los Angeles, CA: Sage; 2013.
21. Salerno-Ferraro AC, Erentzen C, Schuller RA. Young Women's Experiences With Technology-Facilitated Sexual Violence From Male Strangers. *Journal of Interpersonal Violence*. 2022;37(19–20):NP17860–NP17885.
22. Fiolet R, Brown C, Wellington M, Bentley K, Hegarty K. Exploring the Impact of Technology-Facilitated Abuse and Its Relationship with Domestic Violence: A Qualitative Study on Experts' Perceptions. *Global Qualitative Nursing Research*. 2021;8. doi:10.1177/23333936211028176.
23. Ellyson AM, Adhia A, Lyons VH, Rivara FP. Prevalence, age of initiation, and patterns of co-occurrence of digital dating abuse behaviors nationwide. *Child Youth Serv Rev*. 2021 Mar;122:105921.
24. Linares R, Aranda M, García-Domingo M, Amezcua T, Fuentes V, Moreno-Padilla M. Cyber-dating abuse in young adult couples: Relations with sexist attitudes and violence justification, smartphone usage and impulsivity. *PLoS ONE*. 2021;16(6):e0253180.
25. Abby R. Phillips & Bridget Klest. Examining the perceived harms of digital dating abuse: a university sample. *Journal of Youth Studies*. 2022.
26. Alsawalqa RO. Evaluating Female Experiences of Electronic Dating Violence in Jordan: Motivations, Consequences, and Coping Strategies. *Front Psychol*. 2021 Nov 30;12:719702.
27. VÍllora B, Navarro R, Yubero S. The Role of Social-Interpersonal and Cognitive-Individual Factors in Cyber Dating Victimization and Perpetration: Comparing the Direct, Control, and Combined Forms of Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021;36(17–18):8559–8584.
28. Henry N, Flynn A, Powell A. Technology-Facilitated Domestic and Sexual Violence: A Review. *Violence Against Women*. 2020;26(15-16):1828–1854.
29. Ruvalcaba Y, Eaton AA. Nonconsensual pornography among U.S. adults: A sexual scripts framework on victimization, perpetration, and health correlates for women and men. *Psychology of Violence*. 2020;10(1):68–78.
30. Walker K, Sleath E, Hatcher RM, Hine B, Crookes RL. Nonconsensual Sharing of Private Sexually Explicit Media Among University Students. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021;36(17-18):NP9078-NP9108.

31. Cava MJ, Tomás I, Buelga S, Carrascosa L. Loneliness, Depressive Mood and Cyberbullying Victimization in Adolescent Victims of Cyber Dating Violence. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):4269.
32. Hinduja S, Patchin JW. Digital Dating Abuse Among a National Sample of U.S. Youth. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021;36(23–24):11088–11108.
33. Lozano-Martínez J, Castillo-Reche IS, Morales-Yago FJ, Ibáñez-López FJ. Control Violence Begins in Adolescent Dating: A Research from Students' Perception. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15):8974.
34. Mandau MBH. “Snaps”, “screenshots”, and self-blame: A qualitative study of image-based sexual abuse victimization among adolescent Danish girls. *Journal of Children and Media*. 2021;15(3):431-447.
35. Reed E, Salazar M, Behar AI, Agah N, Silverman JG, Minnis AM, Rusch MLA, Raj A. Cyber Sexual Harassment: Prevalence and association with substance use, poor mental health, and STI history among sexually active adolescent girls. *J Adolesc*. 2019 Aug;75:53-62.
36. Cava MJ, Martínez-Ferrer B, Buelga S, Carrascosa L. Sexist attitudes, romantic myths, and offline dating violence as predictors of cyber dating violence perpetration in adolescents. *Computers in Human Behavior*. 2020;111:106449.
37. Wirawan GBS, Hanipraja MA, Chrysanta G, Imtaza N, Ahmad KT, Marlina I, Mahendra D, Larosa AT. Anxiety and prior victimization predict online gender-based violence perpetration among Indonesian young adults during COVID-19 pandemic: cross-sectional study. *Egypt J Forensic Sci*. 2022;12(1):31.
38. Stonard K. "Technology was designed for this": Adolescents' perceptions of the role and impact of the use of technology in Cyber Dating Violence. *Computers in Human Behavior*. 2019 Nov 01;105.
39. Reed L, Conn K, Wachter K. Name-calling, Jealousy, and Break-ups: Teen Girls' and Boys' Worst Experiences of Digital Dating. *Children and Youth Services Review*. 2019 Dec 01;108.
40. Díaz-Aguado MJ, Martínez-Arias R. Types of Male Adolescent Violence Against Women in Three Contexts: Dating Violence Offline, Dating Violence Online, and Sexual Harassment Online Outside a Relationship. *Front Psychol*. 2022 Mar 9;13:850897.
41. Brancaglioni BCA, Fonseca RMGS. Violência por parceiro íntimo na adolescência: uma análise de gênero e geração. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(5):946-55.
42. Oliveira RNG, Gessner R, Brancaglioni BCA, Fonseca RMGS, Egry EY. Preventing violence by intimate partners in adolescence: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):134-43.
43. Reed LA, Tolman RM, Ward LM. Gender matters: Experiences and consequences of digital dating abuse victimization in adolescent dating relationships. *J Adolesc*. 2017 Aug;59:79-89. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.05.015. PMID: 28582653.
44. Sousa L de M, Alberto M de F P. Exposição íntima online: experiências de mulheres brasileiras e seu acesso a políticas públicas. *Estudos De Psicologia (Natal)*. 2023;27(1):57–67.

# Redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde: economia em saúde?

*Resizing District Health Management: health savings? Redimensionamiento de la gestión sanitaria distrital: economía en salud?*

Prof. Mestre *Sílvio Antônio Vieira*  
Profa. Dra. *Vania Roseli Correa de Mello*

## RESUMO

Trata-se de recorte do trabalho de conclusão do curso (TCC) de Especialização em Gestão Pública da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul. Estudo de Caso (Ex-pos facto), do tipo qualitativo, descritivo, exploratório, documental, com ênfase na análise de conteúdo das discursividades dos conselheiros municipais, representantes da gestão pública e população assistente que se encontram na gravação da Plenária Ordinária Virtual do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre de 07 de outubro de 2021. O objetivo geral deste estudo foi analisar as discursividades presentes na discussão entre representantes da gestão da Atenção Primária em Saúde (APS) de Porto Alegre e Conselho Municipal de Saúde, atentando-se para questões que envolvem redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre e territorialização. Como objetivo específico, buscou-se verificar de que forma o redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre contempla os preceitos legais da territorialização no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, a partir da análise de conteúdo, elencou-se como um dos temas: Redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde: economia em saúde? Desta forma, consideramos que a conjugação de economia de escala com economia de escopo é pertinente em todas as áreas dos serviços de saúde. No entanto, considerando que territorialização e economia de escopo sejam complementares, compreendemos que a ênfase a ser dada em APS, tanto no que diz respeito à organização, administração e prestação dos serviços, deva ser pautada e orientada pela economia de escopo.

**Descritores:** Atenção Primária em Saúde, Controle Social Formal, Organização e Administração, Economia, Territorialização da Atenção Primária

## ABSTRACT

This is an excerpt from the conclusion work of the Specialization in Public Management course (TCC) at the State University of Rio Grande do Sul. Case Study (Ex-pos facto), qualitative, descriptive, exploratory, documentary, with emphasis in the content analysis of the speeches of municipal councilors, representatives of public management and the assistant population who are in the recording of the Virtual Ordinary Plenary of the Porto Alegre Municipal Health Council on October 7, 2021. The general objective of this study was to analyze the speeches present in the discussion between representatives of the management of Primary Health Care (PHC) in Porto Alegre and the Porto Alegre Municipal Health Council, paying attention to issues that

involve resizing the District Health Managements of Porto Alegre and territorialization. As a specific objective, we sought to verify how the resizing of Porto Alegre's District Health Managements complies with the legal precepts of territorialization in the Unified Health System (SUS). To this end, based on content analysis, one of the themes was listed as: Resizing District Health Management: health savings? Therefore, we consider that the combination of economies of scale and economies of scope is relevant in all areas of health services. However, considering that territorialization and economies of scope are complementary, we understand that the emphasis to be given in PHC, both with regard to organization, administration and provision of services, must be guided by economies of scope.

**Keywords:** Primary health care, Social control, Formal, Organization and Administration, Economics, Territorialization in Primary Health Care.

## RESUMEN

Este es un extracto del trabajo de conclusiones del curso de Especialización en Gestión Pública (TCC) de la Universidad Estadual de Rio Grande do Sul. Estudio de caso (Ex-pos facto), cualitativo, descriptivo, exploratorio, documental, con énfasis en el contenido. análisis de los discursos de los concejales municipales, representantes de la gestión pública y población asistente que se encuentran en la grabación del Pleno Ordinario Virtual del Consejo Municipal de Salud de Porto Alegre del día 7 de octubre de 2021. El objetivo general de este estudio fue analizar los discursos presentes en la discusión entre representantes de la gestión de la Atención Primaria a la Salud (APS) de Porto Alegre y el Consejo Municipal de Salud de Porto Alegre, prestando atención a cuestiones que involucran el redimensionamiento de las Gerencias Distritales de Salud de Porto Alegre y la territorialización. Como objetivo específico, buscamos verificar cómo el redimensionamiento de las Gerencias Distritales de Salud de Porto Alegre cumple con los preceptos legales de territorialización en el Sistema Único de Salud (SUS). Para ello, a partir del análisis de contenido, se enumeró uno de los temas como: Redimensionamiento de la Gestión Distrital en Salud: ¿ahorro en salud? Por tanto, consideramos que la combinación de economías de escala y economías de alcance es relevante en todos los ámbitos de los servicios de salud. Sin embargo, considerando que la territorialización y las economías de alcance son complementarias, entendemos que el énfasis que se debe dar en la APS, tanto en lo que respecta a la organización, administración como a la prestación de servicios, debe estar guiado por las economías de alcance.

**Descriptorios:** Atención Primaria de Salud. Control Social Formal, Organización y Administración, Economía, Territorialización de la Atención Primaria.

## INTRODUÇÃO

A problematização do redimensionamento das gerências distritais de saúde

de Porto Alegre não somente suscita reflexões embasadas em teorias da Administração Pública. Neste aspecto, buscou-se, com o foco central da territorialização, analisar este contexto em sintonia com a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(1,2)</sup> e Política Nacional da Atenção Básica<sup>(3)</sup>, no que diz respeito a administração, organização e prestação dos serviços na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) de Porto Alegre.

O objetivo geral do estudo realizado foi analisar as discursividades presentes na discussão, entre representantes da gestão da APS de Porto Alegre e Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA), ocorrida na Plenária Ordinária Virtual do Conselho Municipal de Saúde de 07 de outubro de 2021<sup>(4)</sup>, tendo como foco a relação entre o redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre e territorialização. Elegeu-se, para tanto, o objetivo específico de verificar de que forma o redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre contempla os preceitos legais do SUS e Política Nacional de Atenção Básica no que diz respeito aos princípios da territorialização.

## **1 CONTEXTUALIZAÇÕES**

Nesta seção, apresentam-se contextos no âmbito das Gerências Distritais, Distritos Sanitários e Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre.

### **1.1 Gerências Distritais de Saúde e Distritos Sanitários**

Os serviços do SUS de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS's), que formam as Gerências Distritais (GD's). Os DS's são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul. Importante ressaltar que os DS's englobam, em seus respectivos territórios, vários bairros. As GD's foram concebidas como estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática onde pudessem ser operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. Na cidade, até dezembro de 2021, estavam distribuídas em oitoregiões de saúde: 1) Centro, 2) Noroeste /Humaitá /Navegantes /Ilhas, 3) Norte /Eixo Baltazar, 4) Leste/Nordeste, 5) Glória /Cruzeiro /Cristal, 6) Sul /Centro-Sul, 7) Partenon /Lomba do Pinheiro, 8) Restinga /Extremo-Sul. São compostas por

Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos<sup>(5)</sup>.

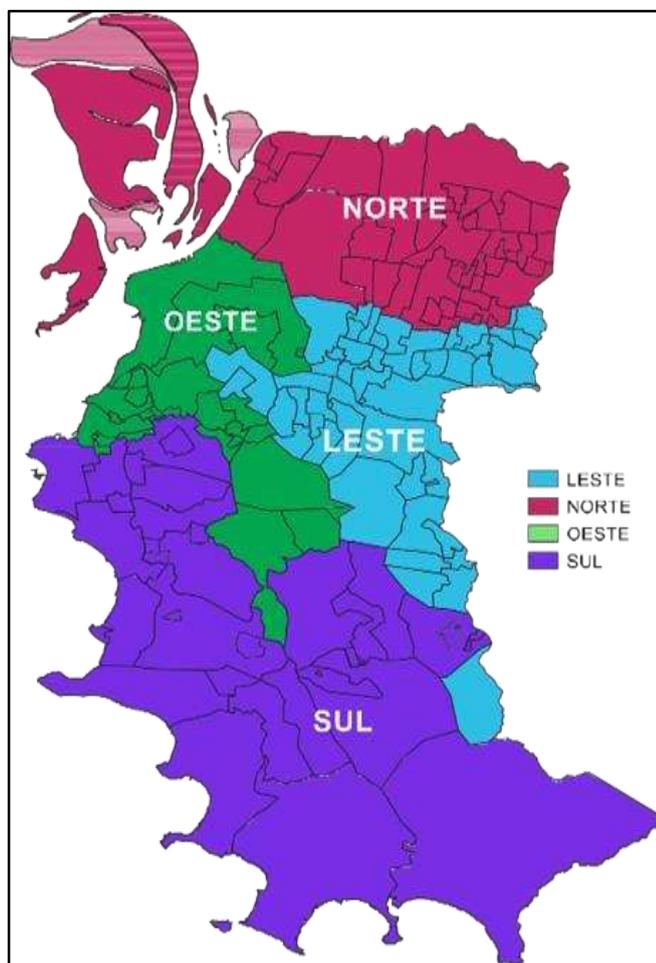
Figura 1. Mapa de divisão territorial das Gerências Distritais antes de dezembro de 2021.



Fonte: PMPA/SMS<sup>(6)</sup>

O Decreto Lei n. 21.315, de 29 de dezembro de 2021<sup>(7)</sup> revogou o Decreto n. 21.157 de 8 de setembro de 2021 (que mantinha a mesma divisão territorial das gerências)<sup>(8)</sup> e também o art. 1º. do Decreto n. 13.820 de 25 de julho de 2002<sup>(5)</sup>. Ao revogar tais decretos, criaram-se quatro Coordenadorias de Saúde: Coordenadoria de Saúde Leste (CS-LESTE); Coordenadoria de Saúde Oeste (CS-OESTE); Coordenadoria de Saúde Norte (CS-NORTE) e Coordenadoria de Saúde Sul (CS-SUL), subordinadas a Diretoria da Atenção Primária em Saúde<sup>(6)</sup>.

Figura 2. Mapa de divisão das Coordenadorias de Saúde e Distritos Sanitários após dezembro de 2021.



Fonte: PMPA/SMS/Diretoria de Atenção Primária à Saúde<sup>(9)</sup>.

Conforme o Portfólio Atenção Primária à Saúde da SMS/POA de 23 de maio de 2023<sup>(10)</sup>, a rede de assistência contratualizada na APS de Porto Alegre se apresenta da seguinte forma: 135 Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo 1 Unidade de Saúde (US) Indígena, e uma Unidade Móvel de Saúde. Destas, 117 são contratualizadas por quatro Organizações da Sociedade Civil: Hospital Divina Providência (HDP), Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCM), Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN), IBSAÚDE e União Brasileira de Educação e Assistência/Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) gerencia 5 US próprias e 13 US são conveniadas (12 US pelo Grupo Hospitalar Conceição e uma US pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre).

Atualmente, as US estão distribuídas em 4 Coordenadorias de Saúde: Norte,

Sul, Leste e Oeste (Figura 2). A administração e organização dos serviços de saúde na APS/POA<sup>(10)</sup>, realizada pela rede contratualizada, está dividida da seguinte forma: Coordenadoria Norte, com administração feita pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia, sendo composta pelos distritos Ilhas, Humaitá/Navegantes, Norte e Eixo-Baltazar; Coordenadoria Sul, administrada pela Associação Hospitalar Vila Nova, sendo composta pelos distritos da Sul, Centro- Sul, Restinga e Extremo-Sul; Coordenadoria Leste, administrada pela Sociedade Sulina Divina Providência, sendo composta pelos distritos Partenon, Lomba do Pinheiro, Leste e Nordeste; Coordenadoria Oeste, administrada pelo Instituto Brasileiro de Saúde, sendo composta pelos distritos Centro, Glória, Cruzeiro e Cristal. Todas as Coordenadorias apresentam US com turno estendido, no qual o atendimento vai até às 22 horas de segunda a sexta-feira, totalizando 16 US com turno estendido na Capital: CF Álvaro Difini, CF Campo da Tuca, CF Diretor Pestana, CF IAPI, CF José Mauro Ceratti Lopes, CF Moab Caldas, CF Modelo, CF Morro Santana, CF Primeiro de Maio, CF Santa Marta, CF Belém Novo, CF Navegantes, US Chácara da Fumaça, CF Tristeza, US São Carlos e US Ramos.

Para o CMS/POA<sup>(11)</sup>, a distribuição dos Conselhos Distritais de Saúde (CDS), ou seja, Distritos de Saúde se faz de outra forma. Os CDS's estão alocados em 13 regiões de Porto Alegre: 1. CDS Humaitá/ Navegantes / Ilhas; 2.CDS Norte; 3. CDS Noroeste; 4. CDS Eixo-Baltazar; 5. CDS Nordeste; 6. CDS Leste; 7. CDS Centro; 8. CDS Partenon; 9. CDS Glória / Cruzeiro Cristal; 10. CDS Lomba do Pinheiro; 11. CDS Sul / Centro-Sul; 12. CDS Restinga; 13. CDS Extremo Sul.

O processo licitatório para contratação das instituições é feito por lotes associados às Coordenadorias de Saúde, como constatado no edital licitatório de chamamento público 22/2022<sup>(12)</sup>.

Compreende-se que a medida institucional de redimensionamento das GD's tratou de conciliar territórios e distritos de saúde com áreas de abrangência das instituições contratualizadas.

Considerando que os contratos de prestação de serviços se dão através de processo licitatório e que tem tempo estipulado para execução e permanência, registra-se que, no mapa apresentado, possam ter variações futuras em relação as instituições responsáveis pelos territórios de saúde.

## **1.2 Contexto histórico da Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre**

A implantação da municipalização da saúde em Porto Alegre começou no ano de 1995. Segundo Martini<sup>(13)</sup>, criou-se um grupo de estudos entre profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Porto Alegre. Um dos resultados deste grupo de estudos, foi a organização do Seminário Internacional: A saúde da família e a qualificação do modelo assistencial do SUS, tendo o apoio do Ministério da Saúde, do Conselho de Saúde Britânico, do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, da Federação das Associações dos Municípios do RGS (FAMURGS) , do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), do Ministério da Saúde de Cuba, das Universidades de Londres e de Toronto, entre outras instituições públicas e privadas, nacionais e internacionais.

Em 1996, após ampla discussão com representantes da população, com auxílio de estudos e informações sobre o território de Porto Alegre, através de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), desdobrados por setor censitário, agregando dados do Departamento Municipal de Habitação (DEM HAB) sobre áreas de assentamentos e, conforme Martini<sup>(13)</sup>, complementados com dados epidemiológicos das Declarações de Óbitos, do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) e dos Programas de Crianças e Gestantes em Risco Nutricional, foi construído um mapeamento das diferentes regiões do município e suas carências de serviços de saúde.

Segundo Martini<sup>(13)</sup>, após o mapeamento das áreas, foram mobilizados conselhos locais de saúde, associações de moradores e demais entidades comunitárias a fim de visitar as áreas indicadas, compatibilizando os critérios iniciais com as peculiaridades das comunidades e com a aceitação do programa pela comunidade. Depois da definição dos locais de implantação, tinha início o processo de negociação dos convênios entre a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) e as associações comunitárias legalmente constituídas para repasse de recursos destinados ao pagamento dos profissionais das equipes do PSF. Os convênios estabelecidos eram monitorados e geridos por um Comitê Gestor, integrado pelas associações comunitárias conveniadas e a PMPA. Conforme Martini<sup>(13)</sup>, os levantamentos iniciais apontavam que, para atender os

460.000 cidadãos excluídos do município, seria necessário instalar 200 equipes de saúde da família.

O projeto inicial previa instalar a metade, 100 equipes entre 1995/1996, com uma possível complementação nos anos 1997/1998. No entanto, foram instaladas 28 equipes até 1999, com uma previsão de instalar mais 10 equipes no ano 2000. Concluído o projeto, sua apresentação e discussão pelos Conselhos Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS) ocorreram no período de agosto a setembro de 1995, acompanhadas das visitas conjuntas aos locais previstos para instalação das equipes. A aprovação do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), ocorreu em 21 de setembro de 1995, seguida da instalação da Comissão de seleção dos profissionais para composição das equipes. Houve processo de seleção que obedeceu às prescrições legais da PMPA: divulgação por edital do concurso público, inscrições de candidatos, homologação das inscrições, prova escrita, entrevista dos aprovados na prova, capacitação e prova prática, realizadas no período de janeiro a março de 1996 para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e de junho a julho de 1996 para seleção dos agentes comunitários<sup>(10)</sup>. Na Ata 18/09 (CMS/POA, 2009)<sup>(14)</sup>, decorrente de Sessão Extraordinária, ocorrida em 12 de agosto de 2009, há registros da cronologia de fatos ocorridos (desde março 2007 até setembro de 2009) que envolvem a gestão da Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre e suas relações contratuais com a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS) e Instituto Sollus. No que diz respeito ao período compreendido entre março a agosto de 2007 encontraremos:

1) Março de 2007, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre deixa de pagar a Taxa de Administração à FAURGS, que em julho do mesmo ano não renova o Contrato de Prestação de Serviços. 2) Julho de 2007, a FAURGS rescinde o contrato de trabalho de 731 profissionais de PSF. 3) 2 de agosto de 2007, o Conselho Municipal de Saúde delibera pela manutenção do contrato com a FAURGS até a realização de Concurso Público (Resolução 370) e rejeita contratos com OSCIPS. (...) 7) 20 de agosto de 2007, o Ministério Público Federal, o Ministério Público Estadual e o Ministério Público do Trabalho emitem recomendação ao Prefeito Municipal, orientando que se abstenha de contratar profissionais para a área de Atenção Básica à Saúde do município, sem realização de Concurso Público, estabelecendo o prazo de 12 meses para a realização dos concursos e admissão dos profissionais. 8) 22 de agosto de 2007, é publicado edital de seleção e contratação de pessoal pelo Instituto Sollus – PSF\_ Porto Alegre.<sup>(14)</sup>

O período compreendido entre agosto a outubro de 2007 é marcado por

entraves jurídicos e legais, destacando-se: bloqueio da efetivação do Convênio com o Instituto Sollus pelo Tribunal de Contas do Estado; Secretário de Saúde anuncia que há estudos de medidas jurídicas para assegurar a parceria com o Instituto Sollus; o Instituto Sollus passa a contratar os profissionais do PSF, com exceção dos Agentes Comunitários de Saúde, que são admitidos, através de contrato temporário pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre; reunião com o Ministério Público Estadual, solicitada pelo Conselho Municipal de Saúde, onde é entregue a Prestação de Contas, planilhas financeiras e planos operativos ao convênio com Instituto Sollus; Promotoria de Justiça de Defesa do Patrimônio Público do Ministério Público Estadual recomenda ao Senhor Prefeito suspender de imediato os repasses de verbas ao Instituto Sollus<sup>(14)</sup>. Importante apontar que após as denúncias realizadas pelo CMS/POA, foi firmado um Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta (TAC)<sup>(15)</sup> entre SMS/POA e Ministério Público do Trabalho e Ministério Público Estadual, em 03 de setembro de 2007, com finalidade de obrigar o município realizar concurso público para a área da APS<sup>(14)</sup>. Desta forma, como resposta da gestão municipal, o projeto de implantação do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) se consolidava.

No período compreendido entre abril de 2008 a maio de 2009, constataram-se irregularidades no uso dos recursos repassados ao Instituto Sollus. A Prefeitura de Porto Alegre, em agosto de 2009, não renova o contrato com o Instituto Sollus e inicia processo de conveniamento com a Fundação de Cardiologia<sup>(14)</sup>.

De acordo com Mesquita<sup>(16)</sup>, após a péssima experiência com a gestão do Instituto Sollus, a Fundação Universitária de Cardiologia (FUC)/Instituto de Cardiologia, uma fundação pública de direito privado assume a responsabilidade de gerir os grupos do ESF, permanecendo até 2012, momento em que o IMESF já estava lentamente começando seus trabalhos, sendo assim, não houve a renovação do contrato vigente com a FUC.

No início da gestão Fortunati (2010), foi sugerida a criação de uma fundação pública de direito privado que teria como única atribuição gerir a ESF. A sugestão deu início a várias discussões entre representantes do controle social (CMS e Sindicatos), executivo e legislativo municipal, começando uma disputa entre o ser ou não ser aprovada a criação dessa nova instituição, em razão de sua legalidade constitucional<sup>(16)</sup>.

Apesar dos esforços contrários para a não criação, o Instituto Municipal de Estratégia da Família de Porto Alegre (IMESF) foi institucionalizado através da Lei 11.062, de abril de 2011. No mesmo dia de sua criação, processo judicial de inconstitucionalidade foi impetrado por 17 entidades (sindicatos, associações e CMS/POA)<sup>(16)</sup>.

A permanência do IMESF ao longo dos anos (2012 a 2020) foi pautada pela briga judicial instaurada em várias instâncias até culminar com sua inconstitucionalidade por decisão proferida pela Ministra do Supremo Tribunal Federal (STF) Rosa Weber. Cabe registrar que tal acontecimento se deve principalmente ao fato de que, em 2019, o executivo municipal decidiu não mais fazer recursos judiciais.

Os processos de mudanças, na rede de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, implantados pela gestão municipal anterior (2017-2020), prosseguem na atual gestão municipal (2021-2024). Entre estas mudanças, destaca-se a extinção do Instituto Municipal de Estratégia da Saúde de Porto Alegre (IMESF) tendo como justificativa o julgamento de sua inconstitucionalidade perante o Superior Tribunal Federal (STF). Concomitante, a contratualização da rede hospitalar para gestão da assistência nas diversas unidades básicas se fazia de forma paulatina, mesmo sem levar em conta as diversas discussões sobre o tema que ocorriam em vários espaços: Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselhos Distritais de Saúde (CDS), sindicatos e outros órgãos institucionais como o Ministério Público e Justiça do Trabalho.

A gestão atual, ao instituir o decreto de Redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre (Decreto Lei n. 21.315 de 29 de dezembro de 2021)<sup>(7)</sup>, ignorou o papel consultivo e deliberativo do CMS. Neste aspecto, não há como deixar de registrar a manobra do executivo municipal junto a sua base de vereadores quando da criação da Lei Complementar (LC) n. 955/22<sup>(17)</sup> que redefiniria competências do CMS assim como na estrutura de seu colegiado, além de dar poder de veto ao Secretário de Saúde do município. Mesmo aprovada, a lei está suspensa por decisão judicial até julgamento final. Registra-se que:

A decisão baseou-se na iminência da capital deixar de receber os repasses financeiros para o Fundo Municipal de Saúde tendo em vista que a LC 955 não cumpre os requisitos de Conselho de Saúde com composição paritária de acordo com regramentos federais e afasta o

caráter deliberativo do Colegiado também previsto em lei<sup>(18)</sup>

Depreende-se, através desta situação, que há a existência de divergências políticas ou ideológicas nas relações institucionais entre a gestão pública municipal, representada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, e controle social formal, representado pelo CMS/POA. As diferenças de administração e organização existentes entre estas instituições são fatores que podem dificultar a elaboração e implantação de políticas públicas de saúde.

## **2 REFERENCIAIS TEÓRICOS**

Com os referenciais teóricos elencados, busca-se o aprofundamento reflexivo de temas costurados de forma direta ou indireta ao tema central que é territorialização em sua relação com economia da prestação de serviços na área da APS.

### **3.1. Administração Pública**

A Administração Pública possui um conjunto de órgãos e entes, que exercem uma série de atos administrativos, celebrando contratos e prestando serviços públicos, vinculados ou discricionários, visando à satisfação de necessidades públicas em detrimento do privado, podendo-se se apresentar de duas formas: direta e indiretamente, através de órgãos e entidades representativas do Estado-Administrador, buscando respeitar e resguardar a constituição e ordem pública<sup>(19)</sup>.

Conforme Santos<sup>(19)</sup>, “a pessoa Estatal é regida pelos princípios constitucionais previstos no artigo 37 da Constituição Federal, quais sejam: Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência” (pág.250), dotando o Estado de poderes administrativos, visando o melhor para com os seus administrados. Desta forma, a Administração Pública traz consigo atribuições: social, democrática e livre, cabendo aos agentes públicos, no exercício de suas funções, a prática de atos, com intuito de satisfazer o interesse coletivo.

Para Lozano (s/d)<sup>(20)</sup>, existem três modelos de Administração Pública: Patrimonialista; Burocrática e Gerencial.

Na noção Patrimonialista, tem-se que o aparelho do Estado é visto como uma extensão dos domínios do governante, onde capitalismo e democracia tornam-se dominantes; a sociedade civil e o mercado se distinguem do Estado<sup>(20)</sup>.

Na noção Burocrática, temos, com a ascensão do Estado liberal, diretrizes como: a existência de princípios orientadores dos procedimentos; o desenvolvimento dos sentidos de profissionalismo e capacitação técnica, impondo a ideia de noções de carreira com base em hierarquia funcional, impessoalidade e formalismo<sup>(20)</sup>.

O paradigma Gerencial apresenta-se como uma alternativa modernizadora do aparelho do Estado, buscando tornar suas ações de gestão direcionadas para a eficiência, eficácia e efetividade. Assim, busca avançar sobre o modelo burocrático na medida em que enfatiza processos voltados para/aos “fins” com vistas ao deslocamento da noção de “interesse do Estado” para “interesse público”<sup>(20)</sup>. Os princípios do paradigma Gerencial são: descentralização das decisões; horizontalização das estruturas; descentralização de funções; controle por resultados; incentivos à criatividade; orientação para o cidadão-cliente. Na verdade, podemos dizer que o paradigma Gerencial tem como modelo a política neoliberal de governar. Neste aspecto, o modelo neoliberal em saúde caracteriza-se pela descentralização dos serviços e retirada substancial da administração e organização dos serviços da gestão municipal nos territórios de saúde com repasse das obrigações às instituições contratadas. Assim, um dos objetivos da gestão municipal é a implantação de programas de saúde por metas atreladas à Carteira de Serviços. Aponta-se que tais medidas não contemplam os preceitos da territorialização.

### **3.2 Territorialização**

Segundo a Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde (MS)<sup>(3)</sup>, Territorialização e Adstrição são diretrizes da Atenção Básica, permitindo:

o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção,

prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

Para Colussi e Pereira<sup>(21)</sup>,

o território, no contexto do sistema de saúde brasileiro, tem definições político-organizativas desde o seu princípio, quando a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) definiu que o município passaria a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (pág.19).

Conforme Gondim e Monken<sup>(22)</sup>, “os territórios, no setor saúde, são estruturados por meio de horizontalidades, constituindo-se em uma rede de serviços, devendo ser ofertada pelo Estado a todo cidadão em seu direito de cidadania”(pág.394). Assim, a organização e a operacionalização do espaço geográfico é pautada pelo pacto federativo e por instrumentos normativos assegurados pelos princípios e diretrizes do Sistema de Saúde regidos pela Constituição Federal de 1988<sup>(17)</sup>.

Gondim e Monken<sup>(22)</sup> salientam que a territorialização pode expressar também pactuação em relação a delimitação de unidades fundamentais de referência, devendo estruturar funções associadas ao conjunto da atenção em saúde. Para que isso ocorra, deve haver o envolvimento da organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Trata-se de Estudo de Caso (Ex-pos facto), do tipo qualitativo, descritivo, exploratório, documental com ênfase na análise de conteúdo das discursividades (conselheiros municipais, representantes da gestão pública e população assistente) que se encontram na gravação da Plenária Ordinária Virtual do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre de 07 de outubro de 2021<sup>(4)</sup>. Entende-se que se trata de estudo com foco nas discussões (discursividades) ocorridas, buscando assinalar temas com questões pertinentes a Administração

Pública e os preceitos que dizem respeito a territorialização. Neste aspecto, é importante registrar o papel institucional do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) e de seus Conselhos Distritais de Saúde (CDS), com o intuito de reforçar a importância das plenárias em todos os seus níveis de representação. Desta forma, justifica-se a escolha específica da Plenária Ordinária acima citada, considerando que oportuniza a análise do debate entorno do tema.

### **3.1 O contexto observado**

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) foi criado em 20 de maio de 1992. As atribuições do CMS/POA foram instituídas com base na Constituição Federal. Conforme as diretrizes da Resolução n. 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, é instância deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação permanente do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre<sup>(23)</sup>. O CMS/POA tem caráter de colegiado (integrado por representantes do governo, profissionais de saúde, usuários e prestadores de serviços) sendo sua composição, organização e competências fixadas na Lei Federal n. 8.142/90<sup>(2)</sup> e na Lei Municipal Complementar n. 277/92<sup>(23)</sup>. As instâncias representativas, descentralizadas e regionalizadas do CMS/POA nos vários distritos de saúde de Porto Alegre são os Conselhos Distritais de Saúde (CDS). O (CDS) tem função deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação do Sistema Único de Saúde na sua área de abrangência (correspondente ao espaço geográfico do Distrito de Saúde), ficando sua criação, modificação, fusão, incorporação ou extinção sujeita à aprovação do Plenário do CMS/POA<sup>(11)</sup>.

O contexto escolhido para observação e análises do estudo realizado foi a Plenária Ordinária Virtual do CMS/POA, realizada em 07 de outubro de 2021, gravada e com acesso ao público, disponível através do endereço

eletrônico:<https://www.facebook.com/conselhodesaudeportoalegre/videos/1250047918775001><sup>(4)</sup>. A pauta da plenária versou sobre o tema: “Territorialização e Distritos de Saúde: Proposta de mudança da organização das Gerências Distritais de Saúde”. Para tanto, houve apresentação da proposta pela Diretora da Atenção Primária e, na sequência, foi realizada a explanação pelo (convidado) Professor Alcides Miranda (docente da Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS) para subsidiar o debate sobre a proposta apresentada pela SMS/POA. Após as explanações dos palestrantes (Diretora

da Atenção Primária e Professor convidado), foi oportunizado momento para manifestação dos conselheiros (10 inscritos do plenário) e presentes no chat do Facebook (5 perguntas). Logo em seguida, representantes da Gestão e Professor convidado tiveram mais 10 minutos, cada um, para tecer suas manifestações.

Fizeram parte, como membros desta plenária e, portanto, com direito a voto: Coordenação do CMS/POA, Conselheiros (as) Distritais, Representantes de instituições vinculadas de forma direta ou indireta a área da saúde (Controle Social instituído) e Representantes do governo municipal. Salienta-se que durante a plenária houve a presença oscilante de 48 conselheiros ou suplentes. Contudo, com base na declaração redigida pelo Coordenador do CMS/POA votaram 26 conselheiros, resultando na reprovação da proposta de unificação das gerências distritais de Porto Alegre com o seguinte resultado: 4 votos a favor, 22 contrários e zero abstenções. Ao final, foram feitos encaminhamentos.

### **3.2 Os sujeitos do contexto**

A fim de preservar a identidade dos sujeitos, utilizamos um sistema de codificação. Isto é, para os presentes no chat do Facebook, utilizou-se as letras “CFB”. Contudo, como no Plenário houve a presença de Conselheiros Distritais, Professor Convidado e representantes da gestão municipal, utilizou-se: PCD (Plenário Conselheiro Distrital); PPC (Plenário Professor Convidado); PRG (Plenário Representantes da Gestão) e para que não ocorressem repetições ou confusão de ideias, após a colocação das siglas, foram acrescentadas as iniciais de seus respectivos nomes entre parênteses, identificados no vídeo da plenária ocorrida.

## **4 DISCURSIVIDADES EM ANÁLISE**

Nesta seção, apresenta-se análise sobre discursividades que surgiram, durante a realização da Plenária Ordinária do CMS/POA que ocorreu em 07 de outubro de 2021<sup>(4)</sup>, nas discussões presentes entre representantes da gestão municipal de saúde de Porto Alegre e CMS/POA, com vistas ao tema: “Redimensionamento das Gerências Distritais: economia em saúde”?

Michel Foucault<sup>(24)</sup> utiliza o conceito de discursividade para descrever as práticas sociais por meio das quais o discurso é formado, regulado e utilizado como instrumento de poder e como as instituições exercem poder sobre ele, contribuindo para a formação de discursividades específicas em diversos contextos sociais.

O redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre reduziu o número de gerências de 8 para 4. Esta medida foi justificada pela gestão pública (Diretoria da Atenção Primária em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre) com a necessidade de melhorar a eficiência e a eficácia do gerenciamento de saúde nos territórios de Porto Alegre.

Uma das justificativas para este redimensionamento, segundo a gestão de saúde municipal, é permitir uma melhor coordenação entre as gerências distritais, resultando em um atendimento mais eficiente e humanizado à população.

Para PRG (CS), Diretora da Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre,

*A gente tem atendimentos que são avaliados, essa carteira de serviços são 28 atendimentos, 5 deles são de saúde bucal e 23 são atendimentos médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde... São atendimentos. (...) Mas, a ideia da carteira de serviços é a gente conseguir oportunizar para todas as unidades. Vou dar o exemplo que a gente quer que isso aconteça. E, a gente vem trabalhando. A colocação de DIU nas mulheres, dentro das unidades de saúde.*

Em relação a carteira de serviços, é importante compreender que não pode ser encarada como padronização de serviços prestados às diferentes populações. Há de se compreender como certo tipo de normatização que tem em sua essência certas limitações, considerando-se as necessidades de saúde da população adscrita nos diversos territórios da capital. Conforme CFC (GS), é a “*carteira de serviços essa que também restringe a importância do território e a reduz a multiprofissionalidade*”.

Cunha *et al.*<sup>(25)</sup> registram que o Ministério da Saúde do Brasil propôs diversas estratégias de fortalecimento da APS através da criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), em maio de 2019. Uma das estratégias desenvolvidas pela SAPS foi a elaboração da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde

(CASAPS), visando buscar a integralidade do cuidado nas ações desenvolvidas por equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Na carteira nacional de serviços para a APS, foram definidos 210 itens, com ações previstas de integração entre atenção primária e vigilância em saúde.

Para Cunha *et al.*<sup>(25)</sup>, a carteira nacional poderá ser adaptada às realidades e contextos municipais em cada uma das unidades federativas. Neste aspecto, chama atenção a discrepância constatada entre o número de itens definidos na carteira de serviços da SAPS e o número de atendimentos/procedimentos definidos pela Diretoria de Atenção Primária de Porto Alegre na carteira de serviços da APS. A economia de escala pode ser uma estratégia eficaz para reduzir os custos da APS. No entanto, é importante considerar os possíveis aspectos negativos dessa estratégia.

Um dos principais aspectos negativos da economia de escala na APS é o risco de perda da qualidade do atendimento. Isso ocorre porque a busca pela eficiência pode levar à redução da equipe, à diminuição do tempo de atendimento e à perda da atenção individualizada.

Outro aspecto negativo da economia de escala na APS é o risco de exclusão social. Isso ocorre porque a oferta de serviços integrados e especializados pode ser mais acessível a pessoas de maior renda e escolaridade. Neste aspecto, aponta-se como fator colaborador a contratualização da rede privada para a administração e organização nos diversos territórios de saúde.

As discursividades manifestadas no Plenário do CMS, pelo Professor convidado e participantes do chat do Facebook, levantaram questionamentos e argumentos contrários, tanto em relação a questões de ordem econômica (oferta de serviços de saúde) quanto de organização e gestão dos serviços no que diz respeito a sua proximidade dos territórios e, conseqüentemente, das pessoas e de suas necessidades de saúde. Neste aspecto, houve argumentos que o redimensionamento levará ao aumento da burocracia e distanciamento entre a população e os serviços de saúde. Além disso, houve discursividades que levantaram hipóteses de que este redimensionamento poderia prejudicar a autonomia das gerências distritais,

dificultando a implantação de políticas públicas próprias e direcionadas às necessidades e características de cada território.

Em relação a temas de ordem econômica, atrelados a questões de ordem de gestão, a fala de PPC (AM) sobre economia de escala/varejo e economia de escopo oportunizou subsídios para debate sobre o redimensionamento gerencial em saúde nos territórios. Assim, registra-se:

*(...) vocês já ouviram falar muito da idéia de redes, redes de cuidado, redes de atenção à saúde... E, aí, inclusive, isso é muito importante porque a rede denota um arranjo ao mesmo tempo descentralizado e centralizado. Mas, o que é descentralizado? O que é centralizado? Eu vou usar dois conceitos aqui da economia que você já deve ter ouvido falar bastante também... Mas, para dizer que embora eles sejam complementares, eles são distintos. Há uma idéia de economia de escala. (...) Qual é a idéia de economia de escala? Eu centralizo alguns fluxos. Eu centralizo algumas coisas para diminuir custos... O que daria bom resultado na saúde em termos de economia de escala? Eu centralizar compras, eu centralizar sistemas de apoio, de suporte. Uma outra idéia que também vem da economia, mas a gente usa muito na saúde é a idéia de economia de escopo. (...) Mas, a economia de escopo tem a ver com o seguinte... A economia não é conjugada só pela idéia do que foi gasto no orçamento, mas a idéia de custo social.*

Neste sentido, ocorreram manifestações no chat do Facebook. CFB (ES) assinalou a seguinte observação: *“custo social para área de saúde deveria ser prioridade”*. Para CFB (GG), *“a economia de escopo se mede analisando melhorias do estado de saúde e acesso da população aos serviços”*.

Para Silva<sup>(26)</sup>, a economia de escala é:

obtida quando o custo médio dos procedimentos diminui pelo bom aproveitamento da capacidade instalada, com distribuição de custos fixos para o maior número possível de procedimentos, eliminando ociosidades e desperdícios (pág. 2756).

Para Szwarcfiter e Dalcol<sup>(27)</sup> economia de escala está dentro das chamadas Economias de Especialização, sendo assim:

A divisão do trabalho e a conseqüente especialização constitui talvez o alicerce mais importante das economias de escala na produção em massa e, mais ainda, segundo muitos economistas políticos e sociólogos, uma das mais importantes características da produção industrial no modo de produção capitalista (pág. 120).

Em uma lógica contrária, a economia de escopo se obtém:

ampliando a gama de serviços oferecidos pela unidade assistencial, com isso reduzindo também os custos fixos pelo fato de eles se diluírem em tipos diferentes de procedimentos como ocorre, por exemplo, com unidades de APS de maior porte, que agregam alguns serviços ambulatoriais especializados e de diagnose-terapia<sup>(26)</sup> (pág. 2756).

Para Mendes<sup>(28)</sup>, “Economia de escala, economia de escopo, disponibilidade de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização das redes de atenção à saúde”(pág.17).

A conjugação de economia de escala com economia de escopo é pertinente na área da saúde. Contudo, importante ressaltar a ênfase dada a cada uma nos diversos níveis de produção de serviços em saúde. Porém, há de se registrar que a ênfase a ser dada em APS deve ser pautada pela economia de escopo. Para tanto, é importante considerar os preceitos ancorados na territorialização. Neste aspecto, territorialização e economia de escopo são dois conceitos que podem se complementar. Desta forma, ao estabelecer uma presença física em um determinado território, uma unidade básica de saúde, por exemplo, pode reduzir seus custos e aumentar sua eficiência, o que pode levar a vantagens sobre distanciamentos provocados por certas centralizações gerenciais.

## **5 CONSIDERAÇÕES**

Compreende-se que estas considerações não são finais, tendo em vista seu caráter temporário e possibilidades de interpretação daqueles que irão ler este trabalho.

É importante considerar que os pressupostos que embasam a territorialização, elencados na Portaria do Ministério da Saúde n. 2.436 de 2017, sejam ferramentas norteadoras para a saúde das pessoas nos mais diversos territórios. Desta forma, não há como falar em Atenção Primária em Saúde (APS) sem falar em descentralização de gestão, gerencial e assistencial. Contudo, importante ressaltar que descentralização dos serviços de administração e organização das unidades de saúde com a rede contratualizada trás indagações quando da diminuição do número de coordenadorias de saúde e a função efetiva e eficaz de fiscalização das ações nos vários territórios de saúde de Porto Alegre. Neste contexto, concentração administrativa da gestão pública de saúde, através

do redimensionamento das gerências distritais de saúde, torna-se contraditória.

O processo de territorialização permite a construção da integralidade, da humanização e da qualidade na atenção e gestão em saúde, estimulando a afirmação da vida pelo desenvolvimento e estímulo à autodeterminação dos diferentes sujeitos envolvidos (usuários, população e profissionais de saúde).

Ficou evidenciado que, em saúde, a conjugação de economia de escala com economia de escopo é pertinente. Contudo, importante ressaltar a ênfase dada a cada uma nos diversos níveis de produção de serviços em saúde. Assim, há de se registrar que a ênfase a ser dada em APS deve ser pautada pela economia de escopo. Para tanto, é importante considerar os preceitos ancorados na territorialização. Neste aspecto, territorialização e economia de escopo são dois conceitos que podem se complementar.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Prod [Internet ]. Acessado em: 02 de fevereiro de 2022. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).
2. BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Prod [Internet ]. Acessado em: 02/02/2022. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm).
3. BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. Prod [Internet ]. Acessado em: 02/02/2022. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html#:~:text=%2D%20Territorializa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Adstri%C3%A7%C3%A3o%3A%20de%20forma,que%20constituem%20aquele%20espa%C3%A7o%20e](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html#:~:text=%2D%20Territorializa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Adstri%C3%A7%C3%A3o%3A%20de%20forma,que%20constituem%20aquele%20espa%C3%A7o%20e).
4. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Plenária Ordinária Virtual. 07 de outubro de 2021. Prod [Internet ]. Acessado em: 02/02/2022. Disponível em: [https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch\\_permalink&v=1250047918775001](https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=1250047918775001).
5. MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Decreto Lei n. 13.820 de 25 de julho de 2002. Prod [Internet ]. Acessado em 03/02/2022. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/decreto/2002/1382/13820/decreto-n-13820-2002-institui-as-gerencias-distritais-regionais-e-o-hospital-materno-infantil-presidente-vargas-na-sms-cria-e-altera-subordinacao-de-uts-exclui-lota-altera-denominacao-basica-e-classificacao-de-ccs-e-fgs-altera-a-estrutura-da-sms-os>

itens-12-e-18-do-anexo-ao-decreto-n- 8713-86-o-inc-xii-do-art-2-do-decreto-n-9391-89-e-da-outras-providencias

6. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. 2016-2021. Prod [Internet ]. Acessado em : 03/02/2022. Disponível em: [https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/plano\\_municipal\\_pcd.pdf](https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_pcd.pdf).

7. MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Decreto Lei n. 21.315 de 29 de dezembro de 2021. Prod [Internet ]. Acessado em: 03/02/2022. Disponível em : <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/decreto/2021/2132/21315/decreto-n-21315-2021-consolida-a-estrutura-organizacional-da-secretaria-municipal-de-saude-sms-nos-termos-das-leis-municipais-n-2662-de-18-de-dezembro-de-1963-e-n-7414-de-14-de-abril-de-1994-e-revoga-o-decreto-n-21157-de-8-de-setembro-de-2021-e-o-art-1-do-decreto-n-13820-de-25-de-julho-de-2002?r=p>.

8. MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Decreto Lei n. 21.157 de 08 de setembro de 2021. Prod [Internet ]. Acessado em: 02/02/2022. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/decreto/2021/2115/21157/decreto-n-21157-2021-consolida-a-estrutura-organizacional-da-secretaria-municipal-de-saude-sms-nos-termos-das-leis-municipais-n-2662-de-18-de-dezembro-de-1963-e-n-7414-de-14-de-abril-de-1994-e-revoga-o-decreto-n-20422-de-6-de-dezembro-de-2019>.

9. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saúde. Prod [Internet ]. Acessado em: 02/02/2022. Disponível em: [https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu\\_doc/cartadeservicos/Carteira%20de%20Servi%C3%A7os%20APS%20POA.pdf](https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/cartadeservicos/Carteira%20de%20Servi%C3%A7os%20APS%20POA.pdf).

10. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. PORTFÓLIO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. MAIO/2023. Prod [Internet ]. Porto Alegre. Acessado em: 21/10/2023. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1zjmGa3kmKJTfDoyc4LfdSfY5Nykgig9q/view>.

11. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Conselhos Distritais de Saúde. Prod [Internet ]. Acessado em: 14/05/2023. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p\\_secao=71](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=71).

12. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE . Secretaria Municipal de Saúde. EDITAL 22/2022 – CHAMAMENTO PÚBLICO. Prod [Internet ]. Acessado em: 20/10/2023. Disponível em: [https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu\\_doc/secretarias/smap/DLC/EDITAL%20CH%2022\\_2022.pdf](https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/secretarias/smap/DLC/EDITAL%20CH%2022_2022.pdf).

13. MARTINI, JG. Implantação do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre. R. Bras. Enferm. Brasília, v. 53, n. especial, p. 71 -76, dez. 2000. Prod [Internet]. Acessado em: 28/01/2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/m4T6fL7m765Jkg5wkQmyjYJ/?lang=pt>.
14. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. ATA 18/09. 12 de agosto de 2009. Prod [Internet]. Acessado em: 14/05/2023. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu\\_doc/ata\\_18-09.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_18-09.pdf).
15. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta. Prod [Internet]. Acessado em: 21/10/2023. Disponível em [:https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu\\_doc/tac\\_psf\\_2007.pdf](https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/tac_psf_2007.pdf) termo de compromisso de ajustamento de conduta 03 set 2007.
16. MESQUITA, ALN. O Avanço do Modelo Liberal Nas Políticas Públicas de Saúde de Porto Alegre: Uma análise das organizações privadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Ciências Administrativas. Porto Alegre, 2021. Prod [Internet]. Acessado em: 15/05/2023. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/237899>.
17. MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Lei Complementar 955/22. Prod [Internet]. Acessado em: 14/06/2023. Disponível em: [https://www.camarapoa.rs.gov.br/draco/processos/137166/LC\\_955.pdf](https://www.camarapoa.rs.gov.br/draco/processos/137166/LC_955.pdf).
18. SINDICATO DOS MUNICIPALÁRIOS DE PORTO ALEGRE – SIMPA. MP ingressa com ação para suspender alteração no Conselho Municipal de Saúde. Prod [Internet]. Acessado em: 18/05/2023. Disponível em: <https://simpa.org.br/mp-ingressa-com-acao-para-suspender-alteracao-no-conselho-municipal-de-saude/>.
19. SANTOS, F. Considerações sobre os direitos e garantias fundamentais dos usuários de serviços públicos e contratos administrativos: contributos da Lei 13.460/2017. Revista Direitos Fundamentais e Alteridade, Salvador, V.3,n.2, p.249-273, jul-dez, 2019. Prod [Internet]. Acessado em: 15/05/2023. Disponível em: <https://periodicos.ucsal.br/index.php/direitosfundamentaisealteridade/article/view/748/562>.
20. LOZANO, JRL. Fundamentos conceituais de administração pública. ADM.PÚBLICA I. (s/d). Prod [Internet]. Acessado em: 20/05/2023. Disponível em: [http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3843/material/01\\_FUNDAMENTOS%20ADM%20P%C3%A9BLICA\\_1.pdf](http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3843/material/01_FUNDAMENTOS%20ADM%20P%C3%A9BLICA_1.pdf).
21. COLUSSI, CF.; PEREIRA, KG. Territorialização como instrumento no planejamento local na Atenção Básica [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016. Acessado em: 15/01/2023. Disponível em:

[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO\\_LIVRO.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf).

22. GONDIM, GMM.; MONKEN, M. Territorialização em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, pág. 392-399. Prod [Internet ]. Acessado em: 12/05/2023. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>.

23. CONSELHO MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. O CMS/POA. Acessado em: 14/05/2023. Prod [Internet ]. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p\\_secao=1994](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=1994).

24. FOUCAULT, M. A ordem do discurso. 8ª. ed., São Paulo: Edições Loyola, 2002.

25. CUNHA, CRH. et all. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Associação Brasileira de Saúde Coletiva.25(4).pág.1313 -1326. 2020. Prod [Internet ]. Acessado em: 30/09/2023. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/carteira-de-servicos-da-atencao-primaria-a-saude-garantia-de-integralidade-nas-equipes-de-saude-da-familia-e-saude-bucal-no-brasil/17480?id=17480>.

26. SILVA, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. Associação Brasileira de Saúde Coletiva.16(6).pág.2753 -2762. 2011.Prod [Internet ]. Acessado em: 02/09/2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>.

27. Szwarcfiter C, Dalcol PRT. Economias de escala e de escopo: desmistificando alguns aspectos da transição. Prod [Internet]. 1997Dez;7(2):117–129. Acessado em: 22/09/2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65131997000200001>

28. MENDES, EV. A modelagem das redes de atenção à saúde. Secretaria de Estado de Minas Gerais. 2007. Prod [Internet ]. Acessado em: 20/09/2023. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0260.pdf>.

## **Estratégias para condicionamento comportamental durante atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais**

*Strategies for behavioral conditioning during dental care for patients with special needs*

*Estrategias para condicionamiento conductual durante la atención odontológica a pacientes con necesidades especiales*

*Graziane Ribeiro Couto Couto  
Dr<sup>a</sup> Alessandra Laís Pinho Valente Pires  
Senhora Juliana Santos De Jesus Azevedo  
Senhor Erik Vinícius Barros Guedes  
Ma Mônica Christine Alves Cabral Cardoso  
Mestre Marcos Antônio Lima Dos Santos  
Dr<sup>a</sup> Regiane Cristina Do Amaral  
Dr<sup>a</sup> Heloísa Laís Rosario Dos Santos*

**Resumo:** Pacientes com necessidades especiais (PNE) na odontologia é todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. Tal estudo se trata de uma revisão de literatura do tipo narrativa, cujo objetivo é investigar e descrever as estratégias para condicionamento comportamental durante o atendimento odontológico a PNE. A seleção dos manuscritos foi feita nas bases de dados *PubMed*, *Scielo*, *BVS* e *Google Scholar*, utilizando os termos: “*Health Strategies*”, “*Behavior therapy*” e “*Disabled Persons*”, nessa busca 22 estudos foram selecionados e constatou-se que existe uma variedade de estratégias de manejo dos PNE durante o atendimento odontológico. Tais estratégias podem ser divididas em não farmacológicas: comunicação não-verbal, controle da voz, dizer-mostrar-fazer, comunicação por troca de figuras, reforço positivo, dessensibilização, contenção, estabilização e musicoterapia; e farmacológicas: a sedação inalatória e a sedação oral. Conclui-se que a equipe de saúde bucal deve conhecer os recursos para condicionamento do comportamento dos PNE, para que ofereça uma assistência odontológica de qualidade para os PNE.

**Palavras-chave:** Adaptação Psicológica, Odontologia, Pessoas com deficiência, Terapia comportamental.

**Abstract:** Patients with special needs (PNE) in dentistry are all users who have one or more limitations, temporary or permanent, of a mental, physical, sensory, emotional, growth or medical nature, which prevents them from undergoing a conventional dental situation. This study is a literature review of the narrative type, whose objective is to investigate and describe the strategies for behavioral conditioning during dental care for PNE. The selection of manuscripts was made in the *PubMed*, *Scielo*, *BVS* and *Google Scholar* databases, using the terms: “*Health Strategies*”, “*Behavior therapy*” and “*Disabled Persons*”, in this search 22 studies were selected and it was found that there is a variety of PNE management strategies during dental care. Such strategies can be divided into non-pharmacological: non-verbal communication, voice control, tell-show-do, picture exchange communication, positive

reinforcement, desensitization, containment, stabilization and music therapy; and pharmacological: inhalation sedation and oral sedation. It is concluded that the oral health team must know the resources for conditioning the behavior of PNE, in order to offer quality dental care for PNE.

**Keywords:** Adaptation Psychological, Dentistry, Disabled people, Behavioral therapy.

**Resumen:** Pacientes con necesidades especiales (PNE) en odontología son todos los usuarios que presentan una o más limitaciones, ya sean temporales o permanentes, de orden mental, físico, sensorial, emocional, de crecimiento o médico, que les impiden someterse a una situación odontológica convencional. Este estudio consiste en una revisión de literatura de tipo narrativo, cuyo objetivo es investigar y describir las estrategias para el condicionamiento conductual durante la atención odontológica a PNE. La selección de manuscritos se realizó en las bases de datos PubMed, Scielo, BVS y Google Scholar, utilizando los términos “*Health Strategies*”, “*Behavior Therapy*” y “*Disabled Persons*”. En esta búsqueda, se seleccionaron 22 estudios y se observó que existe una variedad de estrategias para el manejo de PNE durante la atención odontológica. Estas estrategias se pueden dividir en no farmacológicas: comunicación no verbal, control de la voz, decir-mostrar-hacer, comunicación mediante intercambio de figuras, refuerzo positivo, desensibilización, contención, estabilización y musicoterapia; y farmacológicas: sedación inhalatoria y sedación oral. Se concluye que el equipo de salud bucal debe conocer los recursos para el condicionamiento del comportamiento de los PNE, a fin de ofrecer una atención odontológica de calidad para este grupo de pacientes.

**Palabras clave:** Adaptación Psicológica, Odontología, Personas con discapacidad, Terapia conductual.

## INTRODUÇÃO

Segundo consta nas publicações do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, para a Odontologia, é considerado paciente com necessidades especiais (PNE) todo usuário que apresente limitações, temporárias ou permanentes, sejam elas de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeçam de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, entre outras<sup>1,2,3</sup>.

No Brasil, nos resultados do Censo Demográfico realizado em 2010, 45 milhões de pessoas declararam possuir pelo menos um tipo de deficiência, seja ela visual, auditiva, motora, mental ou intelectual, de acordo com o seu grau de severidade, correspondendo a 23,9% da população brasileira<sup>4</sup>. No entanto, esses brasileiros não necessariamente são considerados pacientes especiais na odontologia pelo MS, uma vez que podem ou não ser submetidos a atendimento odontológico da maneira convencional.

Em alguns casos, para o atendimento odontológico aos referidos pacientes, é necessário a utilização de estratégias que condicionem o comportamento deles. Tais estratégias consistem, por exemplo, em utilizar recursos especiais para o posicionamento do paciente na cadeira odontológica. A utilização dessas estratégias é importante por viabilizar um posicionamento do paciente de forma confortável e segura, possibilitando estabilização, como também por garantir boa visibilidade para o cirurgião-dentista e por permitir segurança para transferência dos instrumentais pelo auxiliar<sup>5</sup>.

Na literatura, estão disponíveis várias estratégias, que podem ser farmacológicas ou não farmacológicas, para controlar a ansiedade ou estresse durante o atendimento odontológico aos pacientes especiais<sup>6</sup>. As estratégias para condicionamento comportamental no atendimento a tais pacientes do tipo não farmacológicas, envolvem a comunicação não-verbal, controle da voz, dizer-mostrar-fazer, comunicação por troca de figuras (*Picture Exchange Communication System – PECS*), reforço positivo, dessensibilização, contenção, estabilização e musicoterapia; e farmacológicas, abrangendo a sedação inalatória e sedação oral.

O tipo de estratégia a ser adotada para o condicionamento comportamental durante o atendimento aos pacientes especiais vai depender do comportamento do paciente frente ao seu grau de colaboração e nível de habilidade/conhecimento dos profissionais. Além disso, é importante reconhecer o perfil psicológico do paciente tendo como base sua idade cronológica e cognitiva<sup>5,7</sup>.

Diante do exposto, o objetivo desse estudo é descrever de forma detalhada as estratégias para condicionamento comportamental durante o atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa realizado por meio de uma revisão da literatura narrativa. Esse tipo de revisão caracteriza-se por detalhar o estado da arte de forma ampliada, através de uma análise específica e crítica dos autores sobre as estratégias para condicionamento comportamental no atendimento a pacientes especiais. Apenas estudos que se utilizaram de estratégias para condicionamento comportamental no atendimento a PNEs foram incluídos. Nenhum idioma ou ano de publicação foi imposto.

### **Busca e recursos de informação**

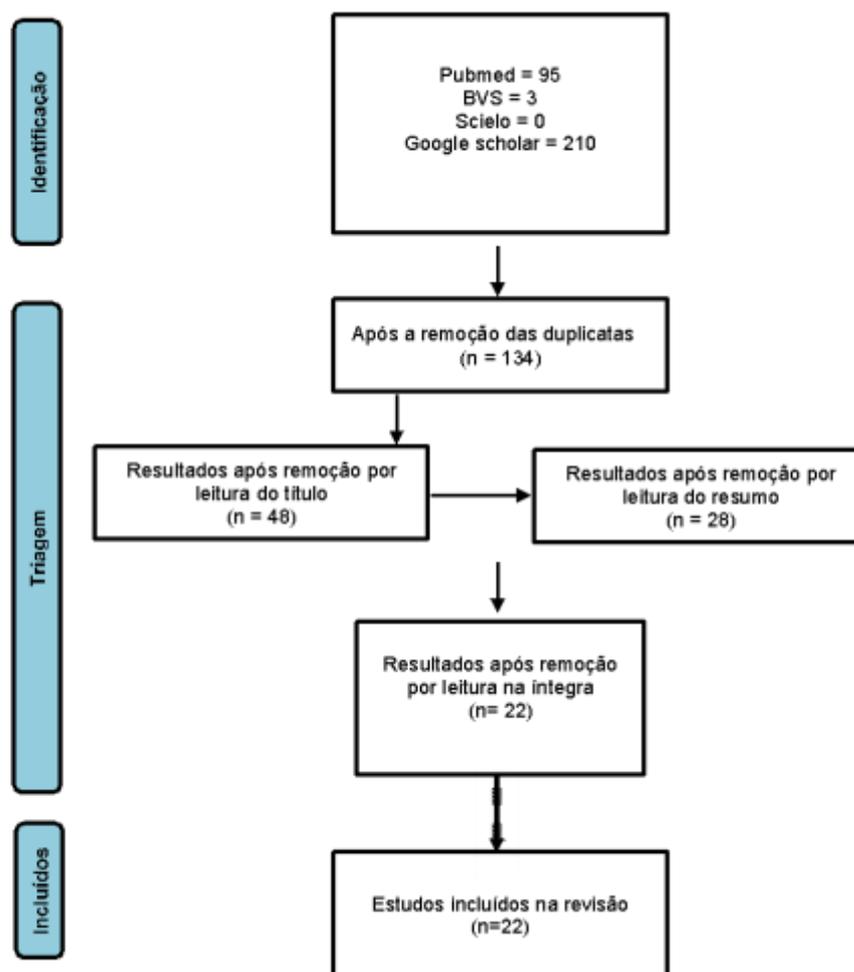
Para identificar estudos relevantes, foi realizada uma busca sistemática nas seguintes bases de dados eletrônicas: *PubMed* (incluindo *MedLine*), *Scielo* (*Scientific Eletronic Library Online*), *BVS* (Biblioteca Virtual em Saúde) e *Google Scholar*, utilizando os termos principais “*Health Strategies*”, “*Behavior therapy*” e “*Disabled Persons*”, diversificando a estratégia de acordo com a base de dados utilizada. Também foi conduzida uma pesquisa manual de referências cruzadas de artigos originais para identificar estudos que não puderam ser localizados nas bases de dados eletrônicas. Esses procedimentos foram realizados para evitar possíveis vieses de seleção e publicação.

Os descritores foram selecionados por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH) e *Embase Subject Headings* (Emtree). Operadores booleanos (AND e OR) foram utilizados para combinar os descritores e potencializar a estratégia de busca por meio de diferentes combinações. Todas as referências obtidas foram exportadas para o *software Excel*, no qual registros duplicados foram removidos.

## **RESULTADOS**

A estratégia de busca rendeu 308 estudos potencialmente relevantes. Após a remoção de duplicatas, este número foi reduzido para 134 estudos. Depois da triagem de títulos e resumos tendo como critério de inclusão objetivos semelhantes ao desta revisão narrativa, 22 artigos em texto completo foram avaliados quanto à elegibilidade e incluídos no referido estudo. Um fluxograma do processo de seleção do estudo e as razões específicas para a exclusão são detalhadas na Figura 1, a seguir.

**Figura 1:** Fluxograma do processo de seleção dos artigos



Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

Dos 22 manuscritos incluídos nesta revisão, 04 foram no formato de manuais técnicos, sendo que 03 foram escritos pelo MS e 01 por Campos *et al.* em 2009<sup>8</sup>, 01 protocolo construído por Caldas Júnior e Machiavelli em 2013<sup>5</sup>, 10 trabalhos eram do tipo revisão de literatura, 04 estudos do tipo pesquisa e 03 relatos de casos clínicos (Quadro 1).

Das buscas realizadas 40,9% do material utilizado nessa revisão descreveram as técnicas farmacológicas e não farmacológicas, os outros 40,9% abordaram as estratégias não farmacológicas e 18,2% detalharam as técnicas farmacológicas (Quadro 1). Apenas 27,3% dos estudos detalharam a idade, sendo que a faixa etária mais estudada foi de 05 a 22 anos e 72,7% dos manuscritos não fizeram menção ao intervalo de idades.

Referente a especificação dos diagnósticos o gráfico 1 demonstra que 4,6% dos estudos foram realizados em pacientes com síndrome de Down, 31,8% em usuários com transtornos do espectro do autismo (TEA), 40,9% mencionaram pacientes especiais de modo inespecífico e 22,7% não explanaram o diagnóstico.

Nesta revisão, o estudo escrito por Fisher-Owens em 2014<sup>9</sup> é proveniente dos Estados Unidos da América, a pesquisa conduzida por Scarpetta *et al.* (2012)<sup>10</sup> foi realizada na Colômbia, já as revisões de literatura realizada por Singh *et al.* (2014)<sup>11</sup> e por Attri *et al.* (2017)<sup>12</sup> são de origem da Índia e os 18 estudos restantes são oriundos do Brasil (Quadro 1).

Em relação ao idioma 15 artigos foram publicados em português, 06 em inglês e 01 no idioma espanhol. No que concerne ao ano de publicação os estudos foram publicados no período de 2009 a 2022.

**Quadro 1:** Características dos estudos avaliados

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Especificação do diagnóstico</b>	<b>Local de execução</b>	<b>Estratégias descritas</b>
Brasil	2008	Manual técnico do Ministério da Saúde	PNE sem especificação	Brasil	Não farmacológicas, envolvendo a comunicação não-verbal, controle da voz, dizer-mostrar-fazer, comunicação por troca de figuras, reforço positivo, dessensibilização, contenção, estabilização e musicoterapia; Farmacológicas, abrangendo a sedação inalatória e sedação oral.
Campos <i>et al.</i>	2009	Manual	PNE sem especificação	Brasil	Não farmacológicas, envolvendo a comunicação não-verbal, controle da voz, dizer-mostrar-fazer, comunicação por troca de figuras ( <i>Picture Exchange Communication System – PECS</i> ), reforço positivo, dessensibilização, contenção, estabilização e musicoterapia; Farmacológicas, abrangendo a sedação inalatória e sedação oral.
Albuquerque <i>et al.</i>	2010	Revisão de literatura	PNE sem especificação	Brasil	Não farmacológicas: controle pela voz, dizer-mostrar-fazer
Scarpetta <i>et al.</i>	2012	Pesquisa	Síndrome de Down	Colômbia	Não farmacológica: musicoterapia.
Caldas Jr. e Machiavelli	2013	Protocolo	PNE sem especificação	Brasil	Não farmacológicas, envolvendo a comunicação não-verbal, controle da voz, dizer-mostrar-fazer, comunicação por troca de figuras ( <i>Picture Exchange Communication System – PECS</i> ), reforço positivo, dessensibilização, contenção, estabilização e musicoterapia; Farmacológicas, abrangendo a sedação inalatória e sedação oral.
Fisher-Owens	2014	Revisão de literatura	PNE sem especificação	Estados Unidos da América	Não farmacológicas sem especificação
Picciani <i>et al.</i>	2014	Relato de caso	PNE sem especificação	Brasil	Farmacológica: sedação inalatória.
Singh <i>et al.</i>	2014	Revisão de literatura	PNE sem especificação	Índia	Não farmacológicas sem especificação
Barbosa <i>et al.</i>	2015	Relato de caso	TEA	Brasil	Farmacológica: sedação consciente.

Simões <i>et al.</i>	2016	Pesquisa	PNE sem especificação	Brasil	Não farmacológicas: dizer-mostrar-fazer, controle de voz, reforço positivo, contenção passiva, contenção ativa; Farmacológica: sedação inalatória.
Zink <i>et al.</i>	2016	Pesquisa	TEA	Brasil	Não farmacológica: comunicação por troca de figuras ( <i>Picture Exchange Communication System – PECS</i> ),
Attri <i>et al.</i>	2017	Revisão	PNE sem especificação	Índia	Farmacológica: sedação consciente.
Cruz <i>et al.</i>	2017	Revisão de literatura	TEA	Brasil	Não farmacológica: comunicação por troca de figuras ( <i>Picture Exchange Communication System – PECS</i> ),
Portolan <i>et al.</i>	2017	Revisão	PNE sem especificação	Brasil	Não farmacológica: contenção; Farmacológica: sedação consciente.
Brasil	2018	Manual técnico do Ministério da Saúde	PNE sem especificação	Brasil	Não farmacológicas, envolvendo a comunicação não-verbal, controle da voz, dizer-mostrar-fazer, comunicação por troca de figuras, reforço positivo, dessensibilização, contenção, estabilização e musicoterapia; Farmacológicas, abrangendo a sedação inalatória e sedação oral.
Santos, Lopes e Silva	2018	Pesquisa	PNE sem especificação	Brasil	Não farmacológica: musicoterapia.
Barreto; Simões	2019	Relato de caso	TEA	Brasil	Não farmacológicas: dessensibilização, controle da voz, controle da voz, dizer-mostrar-fazer.
Brasil	2019	Manual técnico do Ministério da Saúde	PNE sem especificação	Brasil	Não farmacológicas, envolvendo a comunicação não-verbal, controle da voz, dizer-mostrar-fazer, comunicação por troca de figuras ( <i>Picture Exchange Communication System – PECS</i> ), reforço positivo, dessensibilização, contenção, estabilização e musicoterapia; Farmacológicas, abrangendo a sedação inalatória e sedação oral.
Gomes, Vieira e Ferreira	2019	Revisão de literatura	TEA	Brasil	Não farmacológicas: controle da voz, dizer-mostrar-fazer, comunicação por troca de figuras e reforço positivo.

Santana <i>et al.</i>	2020	Revisão de literatura	TEA	Brasil	Não farmacológicas, envolvendo a comunicação não-verbal, controle da voz, dizer-mostrar-fazer, comunicação por troca de figuras ( <i>Picture Exchange Communication System – PECS</i> ), reforço positivo, dessensibilização, contenção, estabilização e musicoterapia; Farmacológicas, abrangendo a sedação inalatória e sedação oral.
Albuquerque <i>et al.</i>	2021	Revisão Integrativa	PNE sem especificação	Brasil	Farmacológica: sedação inalatória.
Curi <i>et al.</i>	2022	Revisão Integrativa	TEA	Brasil	Não farmacológicas: comunicação por troca de figuras; Farmacológica: sedação consciente.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

**Gráfico 1:** Especificação dos diagnósticos



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

## DISCUSSÃO

É importante destacar que, para o atendimento odontológico aos PNE, o cirurgião-dentista tem total capacidade e autoridade para conduzir a terapêutica, no entanto, os responsáveis legais por esses pacientes devem estar esclarecidos quanto aos métodos de controle comportamental que serão adotados durante o atendimento. Assim, para respaldo ético e legal, os profissionais da equipe de saúde bucal devem solicitar por escrito a anuência do responsável legal pelo PNE<sup>3,13</sup>.

A estratégia denominada de comunicação não-verbal pode ser usada em usuários de diversas idades e consiste em atrair e preservar a atenção do paciente através do contato, da postura e da expressão facial, guiando assim o comportamento do paciente. Essa técnica também potencializa a eficiência de outras estratégias para o condicionamento comportamental de PNE<sup>9</sup>. Então, o toque, o olhar e o sorriso são elementos que auxiliam no cuidado à saúde bucal dos PNE<sup>3</sup>.

O método de controle da voz consiste em uma mudança controlada do volume da voz, ritmo e tons, com o objetivo de influenciar de forma direta no comportamento do paciente tendo a comunicação a base principal para firmar uma relação amigável entre profissional e paciente<sup>11,13</sup>.

Nessa estratégia, para condicionamento comportamental para se obter um resultado eficaz, é necessário que a comunicação ocorra de uma única fonte, para que o usuário não fique confuso<sup>11</sup>.

Segundo a pesquisa de Albuquerque *et al.* (2010)<sup>14</sup>, a técnica de falar-mostrar-fazer engloba vários conceitos da teoria da aprendizagem e caracteriza-se pela demonstração de todo o aparato odontológico, para que o paciente saiba, antes de iniciar qualquer manobra, o que será utilizado durante o atendimento. Assim, o profissional está preparando o paciente, pois está tornando o ambiente conhecido, diminuindo assim o seu medo e a sua ansiedade. Essa estratégia pode ser bem-sucedida também quando associada às técnicas de modelagem e imitação<sup>15</sup>.

O estudo realizado por Gomes *et al.* (2019)<sup>16</sup> demonstrou que em usuários que apresentem limitações nas interações sociais o uso da técnica falar-mostrar-fazer pode não ser eficaz.

O estudo realizado por Cruz *et al.* (2017)<sup>17</sup> mostrou que a comunicação por troca de figuras (*Picture Exchange Communication System – PECS*) consiste em uma comunicação de maneira funcional através de recursos visuais, em que os pacientes podem se expressar utilizando um caderno com imagens ou fotografias com atividades desenvolvidas no seu dia a dia. Tal estratégia é um meio auxiliar na gestão comportamental durante a realização de procedimentos odontológicos preventivos, uma vez que permite um aumento do contato visual e uma melhor interação com o cirurgião dentista<sup>18</sup>.

Assim sendo, o método do PECS induz ao paciente mostrar, através da imagem, o que ele deseja, como também permite aproximar o paciente do profissional<sup>19</sup>.

O reforço positivo consiste em gratificar o paciente por comportamentos satisfatórios podendo ser através de elogios, de expressão facial feliz, de manifestação de afeto, de entrega de brindes ou brinquedos salientando, assim, o bom comportamento do usuário, sendo possível a repetição do ato positivo nas próximas consultas<sup>2,19</sup>. Tal técnica pode ser usada em pacientes que não ofereçam resistência e que possuam boa cognição<sup>3</sup>. Além disso, esse método motiva o paciente a continuar a cooperar com os próximos atendimentos<sup>19</sup>.

A dessensibilização é uma estratégia usada com o objetivo de promover um estado de relaxamento ao PNE, expondo-o de forma gradual aos procedimentos odontológicos, sendo necessário também preparar o consultório para que se apresente livre de distrações<sup>5</sup>. Essa técnica possibilita que o profissional desfrute de tempo para estabelecer uma maior interação social com o paciente e para fazer o registro no prontuário das manifestações de comportamento durante a execução dos procedimentos<sup>11</sup>.

A contenção consiste em manter em posição apropriada uma parte do corpo, já a estabilização faz referência a todo o corpo<sup>5</sup>. A contenção física tem como objetivo dar mais

segurança e proteção durante o atendimento e poderá ser feita com lençol (de preferência do próprio paciente) ou com faixas<sup>19</sup>.

A estabilização reduz movimentos voluntários e/ou involuntários do paciente e tem como objetivo mantê-lo na cadeira odontológica em condições favoráveis para realização do atendimento de forma adequada. Os métodos de estabilização podem ser feitos através da terapia do abraço, posição joelho a joelho, auxiliar contendo a cabeça do paciente, uso de faixas, utilização do estabilizador de Godoy<sup>5</sup>.

Para a utilização das técnicas de contenção e estabilização do PNE, só podem ser realizados após consentimento dos responsáveis legais pelo paciente, exceto em casos de urgência ou emergência<sup>3</sup>.

A utilização da musicoterapia durante o atendimento odontológico ao PNE tem o objetivo de redirecionar a atenção do paciente para lembrar situações agradáveis, capazes de diminuir suas tensões e ansiedades<sup>6,11</sup>. O uso da música pode garantir a execução de um atendimento mais tranquilo e de sucesso clínico<sup>3</sup>.

Segundo o manual escrito por Campos *et al.* (2009)<sup>8</sup>, para a pessoa com deficiência auditiva é recomendado a utilização da comunicação não verbal. Já para pacientes com paralisia cerebral (PC) esse manual propõe a utilização dos seguintes métodos: dizer-mostrar-fazer, reforço positivo, controle da voz e dessensibilização, e quando uma dessas técnicas falharem é recomendado a utilização de meios farmacológicos.

Para pacientes com transtorno do espectro autista, o guia de atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência publicado pelo MS, em 2019, sugere as seguintes técnicas de abordagem: controle da voz, falar-mostrar-fazer e reforço positivo. Esses métodos podem ser usados de forma isolada ou associados. Para os pacientes com o diagnóstico de TEA, o estudo realizado por Zink *et al.* (2016)<sup>18</sup> propôs a utilização comunicação por troca de figuras adaptadas à odontologia facilitando assim a assistência a esses pacientes em ambiente ambulatorial.

No caso de pacientes com reflexos patológicos, para maior segurança, é indicada a contenção dos membros superiores e/ou inferiores. Em se tratando da estabilização, a indicação é para pacientes com deficiência física e/ou déficit intelectual, pois são os que mais apresentam resistência ao tratamento odontológico<sup>5</sup>.

O estudo realizado por Scarpetta *et al.* (2012)<sup>10</sup> demonstrou que a música erudita foi apontada como um dispositivo importante para o controle da ansiedade em pacientes com o diagnóstico de síndrome de Down.

Nos casos mais complexos, em que não se obtenha sucesso com as estratégias não farmacológicas para manejo do comportamento dos PNE, os métodos farmacológicos podem ser úteis<sup>3</sup>. As vias para administração dos fármacos durante a sedação dos PNE podem ser: oral, nasal, intramuscular, intravenosa, subcutânea e inalatória<sup>12</sup>.

O uso da sedação inalatória com óxido nitroso e oxigênio em PNE vem se destacando atualmente devido ao nível mínimo de depressão da consciência, conservação da atividade respiratória autônoma e manutenção da capacidade de resposta aos estímulos físicos e comando verbal<sup>20</sup>. Isso porque o óxido nitroso promove uma leve depressão do córtex cerebral, não promovendo assim depressão do centro respiratório<sup>21</sup>.

A referida sedação é feita através do uso de uma máscara nasal que se ajuste à anatomia facial do PNE devido à necessidade de se manter livre a via aérea<sup>20</sup>. No que concerne à dosagem, o estudo realizado por Picciani *et al.* (2014)<sup>22</sup> afirma que a liberação do óxido nitroso deve ser de forma incremental na quantidade de 10% a cada minuto até chegar a um bom nível de sedação.

A sedação oral consiste em uma abordagem farmacológica com a utilização de drogas por via oral e é indicada quando a estabilização física não é suficiente para o controle do PNE durante o atendimento ambulatorial. Os fármacos mais usados para sedar o PNE são os anti-histamínicos, os benzodiazepínicos e o hidrato de cloral<sup>5</sup>.

Para realizar a sedação oral durante o atendimento odontológico do PNE, é importante a interação com o médico assistente desse usuário, uma vez que em alguns casos pode ser necessário o manejo dos medicamentos já em uso pelo PNE<sup>3</sup>.

Com a finalidade de fazer a sedação oral com segurança e evitar graves efeitos colaterais provenientes do fármaco selecionado, são necessários cuidados pré-sedação, que consistem em: conhecer a história médica pregressa do PNE, registrar os sinais vitais, tais como pressão arterial, saturação de oxigênio e frequência cardíaca antes, durante e após o procedimento. Assim sendo, é de suma importância o monitoramento das funções vitais durante a realização do procedimento odontológico sob efeito da sedação<sup>23</sup>.

## **CONCLUSÕES**

Segundo o que preconiza as bases curriculares nacionais e o Conselho Federal de Odontologia, todo cirurgião-dentista está apto a realizar o atendimento odontológico aos pacientes especiais, desde que tenham conhecimento adequado para realizar os procedimentos, compreendam as limitações de cada indivíduo, sejam desprovidos de preconceitos e tenham

domínio e embasamento para decidir dentre as técnicas de manejo do comportamento, qual a ideal para conduzir o atendimento desses pacientes.

Logo, é de suma importância que a equipe de saúde bucal conheça as estratégias farmacológicas ou não farmacológicas, para condicionamento do comportamento dos PNE, para que assim ofereça uma assistência odontológica de qualidade para esses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 92 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; 17. [acessado 2021 Out 11]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde* [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [acessado 2021 Out 11]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. [acessado 2021 Out 11]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atencao\\_saude\\_bucal\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf)
4. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010*. Características Gerais da População, religião e pessoas com deficiência. 2010. [acessado 2021 Nov 19]. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)
5. Caldas Jr A de F, Machiavelli JL. *Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para cirurgiões-dentistas*. Recife: Ed. Universitária; 2013. [acessado 2021 Out 11]. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/299/o/Livro\\_-\\_Eixo\\_2\\_-\\_Cirurgi%C3%B5es-dentistas.pdf?1504016031](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/299/o/Livro_-_Eixo_2_-_Cirurgi%C3%B5es-dentistas.pdf?1504016031)
6. Santos LF dos, Lopes e Silva AMS. Efeito da música instrumental no comportamento de pacientes com necessidades especiais durante o tratamento odontológico. *ClipeOdonto* – UNITAU. 2018;9(1):7-12. [acessado 2021 Nov 11]. Disponível em: <https://www.periodicos.unitau.br/>
7. Curi DSCC, Miranda VEVL, Silva ZB da, Bem MC de L, Pinho, MD de, Zink AG. Strategies used for the outpatient dental care of people with autism spectrum disorder: An integrative review. *Research in Autism Spectrum Disorders (RASD)*. 2022;91:101903. [acessado 2022 Out 11]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101903>
8. Campos C de C, Frazão BB, Saddi GL, Morais LA, Ferreira MG, Setúbal PC de O, Alcântara RT. *Manual Prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais*. Universidade Federal de Goiás - Faculdade de Odontologia. 2ª edição. Goiânia, GO; 2009. [acessado 2021 Out 11]. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/133/o/Manual\\_corrigido-.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/133/o/Manual_corrigido-.pdf)

9. Fisher-Owens S. Broadening Perspectives on Pediatric Oral Health Care Provision: Social Determinants of Health and Behavioral Management. *Pediatric Dentistry*. 2014;36(2):115-120. [acessado 2021 Nov 11]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24717748/>
  
10. Scarpetta RÁG, Arismendy LD, Sosa LJC, Vargas CTP, Becerra, NRR. Musicoterapia para el control de ansiedad odontológica em niños com Síndrome de Down. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2012;17(2):13-24. ISSN 0121-7577. [acessado 2021 Nov 11]. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a02.pdf>
  
11. Singh H, Rehman R, Kadtane S, Dalai DR, Jain CD. Techniques for the Behaviors Management in Pediatric Dentistry. *International Journal of Scientific Study*. 2014;2. [acesso 2021 Nov 11]. Disponível em: [https://www.ijss-sn.com/uploads/2/0/1/5/20153321/ijss\\_oct\\_ra02.pdf](https://www.ijss-sn.com/uploads/2/0/1/5/20153321/ijss_oct_ra02.pdf)
  
12. Attri JP, Sharan R, Makkar V, Gupta KK, Khetarpal R, Kataria AP. Conscious Sedation: Emerging Trends in Pediatric Dentistry. *Anesthesia: Essays and Researches* 2017;11(2). [acesso 2021 Set 11]. Disponível em: <http://www.aeronline.org/>
  
13. Simões FXPC, Macedo TG, Coqueiro RS, Pithon MM. Percepção dos pais sobre as técnicas de manejo comportamental utilizadas em Odontopediatria. *Rev. Bras de Odontologia*, Rio de Janeiro. 2016;73(4):277-82. [acessado 2021 Nov 11]. Disponível em: <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/754>
  
14. Albuquerque CM, Gouvêa CVD de, Moraes R de CM, Barros RN, Couto CF do. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. *Arquivos em Odontologia*. 2010;45(2). [acessado 2021 Set 11]. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/aodo/v46n2/a08v46n2.pdf>
  
15. Barreto CRG, Simões NRR. *Manejo Psicologia para tratamento odontológico em paciente autista: relato de caso*. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes. Orientadora: Prof.ª MSC. Vanessa dos Santos Viana. Universidade Tiradentes. Aracaju SE; 2019. [acessado 2021 Out 11]. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/3545/MANEJO%20PSICOL%20C3%93GICO%20PARA%20TRATAMENTO%20ODONTOL%20C3%93GICO%20EM%20PACIENTE%20AUTISTA%20-%20RELATO%20DE%20CASO%20%28UNIT-SE%29.pdf?sequence=1>
  
16. Gomes KAS, Vieira LDS, Ferreira RB. *Autismo: uma abordagem comportamental*. Orientadora: Letícia Diniz Santos Vieira. 2019. 7f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos; 2019. [acessado 2021 Nov 11]. Disponível em: [https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/241/1/Karolayne\\_Gomes\\_0002492.pdf](https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/241/1/Karolayne_Gomes_0002492.pdf)
  
17. Cruz VSA, Cruz TAAA, Bandeira MAS, Gomes DDR, Silva LT de C, Santos V de CB dos. Conditioning strategies in the dental care of patients with autism spectrum disorders. Literature Review/Special Care Dentistry. *Rev. Bras. Odontol.* 2017;74(4):294-9. [acesso 2021 Out 11]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/322085979\\_Conditioning\\_strategies\\_in\\_the\\_dental\\_care\\_of\\_patients\\_with\\_autism\\_spectrum\\_disorders](https://www.researchgate.net/publication/322085979_Conditioning_strategies_in_the_dental_care_of_patients_with_autism_spectrum_disorders)
  
18. Zink AG, Dinis MB, Santos MTBR dos, Guaré RO. Use of a Picture Exchange Communication System for preventive procedures in individuals with autism spectrum disorder: pilot study. *Special Care Dentistry Association and Wiley Periodicals, Inc. Spec Care Dentist*. 2016;XX(X):1-7. [acesso 2021 Nov 11]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27059442/>

19. Santana LM, Leite G de JF, Martins MA, Palma ABO, Oliveira C de C. Pacientes autistas: manobras e técnicas para condicionamento no atendimento odontológico. *Revista Extensão & Sociedade*, Edição 2020.2. e-ISSN 2178-6054. [acesso 2021 Nov 11]. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/extensaoesociedade/article/view/22820>
20. Albuquerque MJV de, Vieira LGG, Lemos AC de A, Costa AMC, Soares AC, Santos BN dos, Silva LS de A, Costa LLL da, Nogueira R da S, Cruz VSA. Sedação inalatória com óxido nitroso em pessoas com necessidades especiais: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba. 2021;4(3):13279-13291 maio/jun.. [acessado 2021 Out 11]. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/31437>
21. Portolan C, Velaski D, Maçalai M, Hochmuller M, Cezar M, Portella V. Odontologia e pacientes especiais: conhecer, orientar e prevenir. II Semana Acadêmica do Curso de Odontologia. *Revista Saúde Integrada*, Edição Especial. 2017;10(20). ISSN 2447-7079. [acessado 2021 Nov 11]. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/229766027.pdf>
22. Picciani BLS, Humelino MG, Santos BM dos, Costa G de O, Santos V de CB dos, Silva-Júnior GO, Fidalgo FB, Bastos LF. Sedação inalatória com óxido nitroso/oxigênio: uma opção eficaz para pacientes odontofóbicos. *Rev. Bras. Odontologia*, Rio de Janeiro. 2014;71(1):72-5. [acessado 2021 Nov 11]. Disponível em: <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/514>
23. Barbosa AC da S, Pinho RCM, Vasconcelos MMVB, Junior A de FC. Avaliação da via medicamentosa como importante fator para a sedação consciente – um relato de caso. *Revista da Academia Brasileira de Odontologia*. 2015;4(3). [acessado 2021 Set 11]. Disponível em: <http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/269>

# **OFICINA MAPA INTELIGENTE COM OS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS NO LITORAL DO PARANÁ: ESTRATÉGIAS DE RECONHECIMENTO DO TERRITÓRIO NAS AÇÕES DE CONTROLE VETORIAL**

*TALLER DE MAPA INTELIGENTE CON AGENTES DE LUCHA CONTRA ENFERMEDADES ENDÉMICAS EN EL LITORAL DE PARANÁ: ESTRATEGIAS PARA EL RECONOCIMIENTO DEL TERRITORIO EN ACCIONES DE CONTROL DE VECTORES*

*SMART MAP WORKSHOP WITH AGENTS FIGHTING ENDEMIC DISEASES ON THE PARANÁ COAST: STRATEGIES FOR TERRITORIAL RECOGNITION IN VECTOR CONTROL ACTIONS*

*Michele Cristina Dullius*

*Neiva de Souza Daniel*

*Luciana Pavowski Franco Silvestre*

*Tainá Ribas Mélo*

## **RESUMO**

O objetivo principal deste estudo foi relatar a experiência da participação das estagiárias do curso de Saúde Coletiva na oficina sobre territorialização, com a utilização do mapa inteligente, no âmbito da Vigilância em Saúde com os Agentes de Combate às Endemias. Trata-se de um relato de experiência de 2 estagiárias e professores do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da UFPR- Litoral sobre a oficina intitulada O reconhecimento do Território nas ações do controle vetorial, realizada no dia 11 de novembro com envolvimento das Secretaria de Saúde de Matinhos, a Primeira Regional de saúde e a Universidade Federal do Paraná setor Litoral e participação dos Agentes de combate às endemias (ACEs) dos 7 municípios do litoral do Paraná. O roteiro da oficina apresentou 5 momentos, incluindo a apresentação dos mapas inteligentes. As categorias emergentes, com convergências de assuntos foram identificadas pelas observações das estagiárias (diários de campo): educação permanente em saúde e integração ensino-serviço-comunidade, educação em saúde e a participação da comunidade nas ações de controle vetorial, o descarte do lixo inadequado, identificação de especificidades e semelhanças entre os territórios. A realização da oficina mostrou-se viável e contribuiu com a formação profissional, por meio de um processo de organização e sistematização prévia com envolvidos. A oficina com mapa inteligente contribuiu com a Educação Permanente em Saúde dos ACEs de maneira a favorecer um olhar crítico, a integração serviço- ensino- comunidade e identificação de especificidades e semelhanças entre os territórios.

Descritores: Controle vetorial, Endemia, Educação em Saúde, Territorialização da Atenção Primária

## **ABSTRACT**

The main objective of this study was to report the experience of the participation of the interns of the Public Health course in the workshop on territorialization, with the use of the smart map, in the scope of Health Surveillance with the Agents to Combat Endemic Diseases. This is an experience report by 2 interns and professors of the Graduation Course in Public Health at UFPR-Litoral about the workshop entitled. The recognition of the Territory in vector control actions, held on November 11th with the involvement of the Department of Health of Matinhos, the First Health Regional and the Federal University of Paraná, Coastal Sector and participation of Agents to Combat Endemic Diseases (ACEs) of the 7 municipalities of the coast of Paraná. The workshop script had 5 moments, including the presentation of smart maps. The emerging categories, with convergences of subjects, were identified by the observations of the interns (field diaries): permanent health education and teaching-service-community integration, health education and community participation in vector control actions, garbage disposal inadequate, identification of specificities and similarities between the territories. The realization of the workshop proved to be feasible and contributed to professional training, through a process of organization and prior systematization with those involved. The workshop with a smart map contributed to the Permanent Health Education of the ACEs in order to favor a critical look, service-teaching-community integration and identification of specificities and similarities between the territories.

Keywords: Vector Control of Diseases, Endemic Diseases, Health Education, Territorialization in Primary Health Care

## **RESUMEN**

El objetivo principal de este estudio fue relatar la experiencia de la participación de los pasantes del curso de Salud Colectiva en el taller de territorialización, con el uso del mapa inteligente, en el ámbito de la Vigilancia en Salud con los Agentes de Combate a las Enfermedades Endémicas. Este es un relato de experiencia de 2 pasantes y profesores del Curso de Graduación en Salud Colectiva de la UFPR-Litoral sobre el taller titulado El reconocimiento del Territorio en las acciones de control de vectores, realizado el 11 de noviembre con la participación del Departamento de Salud de Matinhos, la Primera Regional de Salud y el Sector del Litoral de la Universidad Federal de Paraná y participación de Agentes de Combate a Enfermedades Endémicas (ACEs) de los 7 municipios del litoral paranaense. El guión del taller tuvo 5 momentos, incluyendo la presentación de mapas inteligentes. Las categorías emergentes, con convergencias de temas, fueron identificadas por las observaciones de los internos (diarios de campo): educación permanente en salud e integración enseñanza-servicio-comunidad, educación en salud y participación comunitaria en acciones de control vectorial, disposición de basura inadecuada, identificación de especificidades y similitudes entre los territorios. La realización del taller demostró ser factible y contribuyó a la formación profesional, a través de un proceso de organización y sistematización previa con los involucrados. El taller con mapa

inteligente contribuyó a la Educación Permanente en Salud de las ACE para favorecer la mirada crítica, la integración servicio-enseñanza-comunidad y la identificación de especificidades y similitudes entre los territorios.

Palavras-clave: Control de Vectores de las Enfermedades, Enfermedades Endémicas, Educación en Salud, Territorialización de la Atención Primaria.

## INTRODUÇÃO

O território, no âmbito da saúde, diz respeito a um espaço delimitado com uma população vinculada a uma determinada área de saúde. Para as equipes da atenção básica, o processo de territorialização é importante, pois se torna uma ferramenta para a localização de eventos de saúde-doença, de unidades de saúde, demarcação de áreas de atuação das equipes e para otimizar as ações de planejamento<sup>1</sup>.

Os Agentes de Combates às Endemias (ACE) são profissionais fundamentais para o controle das endemias de diversas doenças, e assim como os Agentes Comunitários de Saúde, trabalham em contato direto com a comunidade e exclusivamente no âmbito do SUS. No litoral do Paraná os ACE trabalham ativamente na prevenção principalmente da dengue, doença endêmica na região. O trabalho de Vigilância em Saúde por meio da territorialização permite potencializar as práticas de promoção, recuperação e reabilitação da saúde, considerando a realidade e as demandas do território adscrito.

Nesse sentido, entender o território permite conhecer e compreender o modo de vida das pessoas, dos grupos e como eles se organizam e se relacionam nesse espaço e nessa perspectiva é importante considerar os determinantes sociais da saúde, ou seja as condições de moradia, trabalho, grau de desigualdade de renda, as áreas de risco físico-natural, como por exemplo os deslizamentos de terra, entre outros<sup>1</sup>. Na existência de agravos à saúde e das endemias o processo de territorialização é fundamental para ações de vigilância.

Etimologicamente o termo endemia origina do grego clássico “*endemos*”, que significa "originário de um país, indígena", "referente a um país"<sup>2</sup>. Assim, as doenças endêmicas são as que apresentam características epidemiológicas relacionadas à distribuição espacial, associadas a condições e/ou determinantes sociais ou ambientais específicos<sup>3</sup>.

Além do território, essa distribuição de doenças pode estar associada a transmissores vetoriais (TV) ou vetores. TV consistem em organismos que podem transmitir doenças infecciosas entre os seres vivos. A maioria dos TV conhecidos são insetos hematófagos, que

ingerem micro-organismos produtores de doença em seres vivos durante a picada. A exemplo disso pode-se citar a dengue, doença endêmica no litoral do Paraná que tem como TV o *Aedes aegypti*. Durante a pandemia de COVID-19 identificou-se aumento da incidência de dengue no litoral do Paraná<sup>4,5</sup>. Além da dengue, inúmeras outras doenças exigem o cuidado e prevenção para os TV, é preciso estar atento ao território para realizar o combate a tais doenças.

No processo de territorialização o mapa se torna um instrumento utilizado para representar geograficamente o bairro ou o território sob a responsabilidade de uma equipe de saúde. No entanto, o mapa inteligente além de questões geográficas vai elencar outras informações sociais e específicas do território que podem favorecer ou comprometer a situação de saúde-doença da população<sup>6</sup>. Assim os ACE precisam dispor de conhecimento sobre território e TV, sendo que o mapa inteligente torna-se uma ferramenta indispensável ao planejamento de suas ações e ao controle vetorial.

Com a intuito de promover conhecimentos aos ACE o Primeiro Encontro Anti Vetorial do Litoral do Paraná que ocorreu nos dias 10 e 11 de novembro de 2022 na cidade de Matinhos teve como objetivo reunir os ACE dos sete municípios que compõem a Primeira Regional de Saúde do Paraná, com vistas à educação permanente e troca de experiências entre os profissionais.

O objetivo deste estudo foi relatar a experiência da participação das estagiárias do curso de Saúde Coletiva na oficina sobre territorialização, com a utilização do mapa inteligente, no âmbito da Vigilância em Saúde com os ACE. Os objetivos específicos foram: descrever o processo de elaboração e de realização da oficina e refletir sobre o processo de trabalho dos ACE com o reconhecimento do território nas ações de controle vetorial.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência de 2 estagiárias e professores do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da UFPR- Litoral sobre o processo de elaboração e aplicação da oficina intitulada: O RECONHECIMENTO DO TERRITÓRIO NAS AÇÕES DO CONTROLE VETORIAL. O relato de experiência se configura como uma metodologia de observação sistemática da realidade na vivência do estágio supervisionado do curso de

Graduação em Saúde Coletiva e uma estratégia de educação permanente. Para a elaboração da oficina ocorreram dois encontros semanais para discutir a temática e o cronograma proposto.

O cenário da experiência foi com ACE oriundos dos sete municípios do Litoral do Paraná que compõem a 1ª Regional de Saúde do Estado do Paraná: Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná. A oficina foi realizada no Primeiro Encontro Anti Vetorial do Litoral do Paraná feito pela Secretaria de Saúde de Matinhos, a Primeira Regional de saúde e a Universidade Federal do Paraná setor Litoral, contou com a participação dos profissionais ACE desses municípios e o evento ocorreu nos dias 10 e 11 de novembro de 2022.

O roteiro da oficina foi dividido em cinco momentos (Figura 1), que serviram para organizar a apresentação de modo sistemático e funcionou da seguinte maneira:

1. Apresentação dos participantes eicineiros;
2. Apresentação sobre o conceito de território, a territorialização e a importância desta no controle de vetores, e a explicação sobre a metodologia proposta do mapa inteligente;
3. Os profissionais ACE se reuniram em mesas com seus respectivos mapas de seus municípios e materiais que foram disponibilizados para confecção destes para discutir e identificar características dos territórios que favorecem ou comprometem o processo saúde doença;
4. Apresentação dos mapas inteligentes (Figura 2) elaborados pelos participantes e debate sobre os principais aspectos identificados, como os equipamentos públicos existentes, as áreas e situações de risco para a ocorrência de maior incidência de contaminação, comentário sobre a importância dos profissionais conhecerem os sistemas e a produção de indicadores de saúde.
5. Diário de campo realizado pelas estagiárias de Saúde Coletiva: anotações dos pontos principais e observações do processo.

Figura 1- Organização esquemática do roteiro da oficina do 1º Encontro Anti Vetorial do Litoral do Paraná (novembro de 2022) - Matinhos-Paraná-Brasil.



Fonte: as autoras (2023).

A oficina foi apresentada de modo sistemático conforme cronograma e teve duração de 50 minutos, os participantes relataram suas experiências e vivências, construíram mapas inteligentes. As estagiárias de Saúde Coletiva anotaram e sistematizaram as informações mais relevantes de maneira a ser possível categorizá-las para análise.

Figura 2 - Fotos da Oficina no 1º Encontro Antiveterial do Litoral do Paraná



Fonte: Acervo das autoras. Imagem editada com desfoque para preservar participantes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A oficina ocorreu dia 11 de novembro e teve mais de 40 participantes profissionais ACE dos sete municípios do Litoral do Paraná. A oficina propiciou a troca de experiências entre os profissionais, que puderam através das apresentações dos mapas conhecer a realidade dos municípios.

Após análise das apresentações realizadas nas oficinas algumas categorias emergentes com convergências de assuntos foram identificadas pelas observações das estagiárias (através dos diários de campo): educação permanente em saúde e integração ensino-serviço-comunidade, educação em saúde e a participação da comunidade nas ações de controle vetorial, o descarte do lixo inadequado, identificação de especificidades e semelhanças entre os territórios. Todas estas informações serviram de pressupostos para a apresentação dos principais resultados e discussões.

### 1. Educação permanente em saúde e integração ensino-serviço-comunidade

Por meio das apresentações dos mapas inteligentes, feitos pelos participantes, em concordância com a literatura<sup>7</sup>, ficou evidente que os profissionais ACE podem identificar e intervir oportunamente nos problemas de saúde e doença na comunidade, assim como facilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde, além de prevenir doenças. Isso é possível por meio de um olhar crítico para o território, com conhecimento da realidade local a fim de contribuir com o planejamento e definição das prioridades da VS.

Dessa maneira a oficina também se configurou como uma proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os ACE. Isso porque a educação permanente em saúde apresenta dois elementos estruturantes primordiais: as demandas específicas do trabalho e o processo crítico relacionado ao trabalho<sup>8</sup>. A EPS objetiva o fortalecimento dos processos de gestão político institucional do SUS, contribuindo com a qualificação e aperfeiçoamento do trabalho dos profissionais a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, com os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores, com base nos questionamentos para produzir mudanças<sup>9,10</sup>.

É importante destacar que a integração entre os profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e ACE agregam nas ações de controle dos agravos por possuírem vínculo estratégico com as famílias e o território, e podem auxiliar na articulação e adoção de estratégias intersetoriais como programas de educação, assistência social, entre outros<sup>9</sup>.

A necessidade do diálogo constante, articulação e complementaridade de atuação da VS foi mencionada e debatida durante a oficina, ressaltando-se os desafios ainda presentes no trabalho conjunto entre a Atenção Básica (AB) e a VS e estas com as demais políticas públicas presentes no território.

Essa integração entre AB e VS é estabelecida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como condição essencial para alcance de resultados que contemplem as necessidades da população de forma integral, considerando os determinantes sociais e riscos à saúde<sup>9</sup>.

Com isso ressaltamos a importância de incluir ofertas de educação permanente para as equipes da atenção básica e VS juntas permitindo a reflexão das práticas e incluir nos processos de formação temáticas abrangentes que permitam o conhecimento do que é a atribuição do outro, além de conteúdos relacionados aos problemas mais comuns da comunidade/território<sup>9</sup>.

Importa destacar a integração entre ensino, serviço e comunidade. Os ACE (serviço) podem representar figura chave na integração serviço-comunidade, pois são os profissionais da VS em contato direto com as pessoas, suas casas, conhecimentos e costumes. Na outra ponta a oficina contou com estagiários e professores da Graduação em Saúde Coletiva da UFPR

(ensino), Secretaria de Saúde de Matinhos e Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (serviços), propiciando articulação serviço-ensino e contribuindo com a formação profissional do Sanitarista de maneira ampliada.

Essa integração permite a inserção do estudante no cotidiano do trabalho favorecendo que futuramente sua atuação seja melhor articulada. Vendruscolo et al (11) apontam, a partir das ideias de Freire, que a integração ensino-serviço-comunidade aproxima a teoria da prática, pois possibilita ultrapassar o âmbito da percepção da realidade para uma esfera crítica da tomada de consciência. Os autores acrescentam ainda que, a integração das instituições por meio do envolvimento ativo dos atores, torna-se condição fundamental para adequação do processo de formação, condizentes com as necessidades do SUS.

## **2. Educação em saúde e a participação da comunidade nas ações de controle vetorial**

Na oficina os participantes ressaltaram, nas apresentações dos mapas, sobre a importância da educação em saúde e a participação da comunidade nas ações do controle vetorial, apontando-a como parte fundamental das estratégias de vigilância e controle de vetores nos territórios.

A educação em saúde se configura como uma prática onde a comunidade participa ativamente, proporcionando informação, educação sanitária e aperfeiçoando as atitudes indispensáveis para a vida, ou seja, ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa contribui com a autonomia do usuário reconhecendo-o como sujeito de direitos sendo capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade<sup>8,12</sup>.

A participação da comunidade nas ações de controle dos vetores é uma das temáticas que merece destaque e que foi apresentada durante a oficina pelos participantes. No controle da dengue, por exemplo, é de suma importância tendo em vista que o mosquito, *Aedes aegypti*, pode se reproduzir em todos os tipos de recipientes que são utilizados pelas pessoas nas atividades do dia a dia, como garrafas, embalagens descartáveis, latas, entre outros<sup>13</sup>. Sales (14) pontua que programas onde a comunidade participa das intervenções há significativas mudanças de atitude da população com a diminuição dos criadouros.

Chiaravalloti Neto et al (15) sugerem que, para a participação da comunidade ser efetiva, é necessário substituir a ideia de erradicação pelo controle, assim como os programas devem

ser baseados em estratégias a longo prazo, tendo em visto que o aprimoramento das práticas depende de uma interação permanente e contínua entre serviço e população.

Outro estudo de revisão feito por Dias (16), com o objetivo de identificar estratégias de enfrentamento das arboviroses mediante ações educativas, identificaram estudos que incluíram escolas como locais de intervenções, pois se configura como um espaço de formação cidadã e por ser campanhas que demandam pouco custo e apresentam resultados promissores no combate aos vetores, ressaltando a importância da ampliação das abordagens de enfrentamento às arboviroses em diferentes espaços públicos.

Sendo assim a territorialização deve ser considerada um meio operacional para o desenvolvimento do vínculo entre os serviços de saúde e a população, portanto é necessário estratégias para a articulação e trabalho conjunto entre os setores da saúde e também intersetorial envolvendo outros setores como saneamento, educação entre outros<sup>9</sup>.

### **3. Descarte do lixo inadequado**

Uma questão identificada pelos ACE e apontada nas apresentações dos mapas foi a problemática do descarte de lixo em locais inadequados. O acúmulo de lixo pode contribuir para criadouros de vetores como os mosquitos, assim como também favorece a proliferação de outros vetores como os ratos e aves<sup>17</sup>, os quais podem propagar doenças e, na falta de controle das mesmas, surtos, epidemias e até pandemias.

É necessário ressaltar que os resíduos sólidos ocupam papel estratégico na estrutura epidemiológica da comunidade visto que se torna um componente indireto na transmissão de doenças causadas pelos VT<sup>18</sup>, e que essa dimensão foi mencionada na oficina, reforçando a necessidade de formação contínua, tanto para oferecer informação como para receber observações da prática da VS.

Nessa perspectiva Sobral et al (19) destacam que a coleta de lixo urbana é uma medida sanitária importante para prevenir a proliferação de doenças transmitidas por vetores, o que ocasiona impacto significativo na redução de doenças como a dengue.

A participação comunitária no manejo do lixo deve ser estimulada pelos ACE, em parceria com a Secretaria de meio Ambiente, estes podem discutir com a comunidade novos destinos para o lixo reciclável e o armazenamento destes. Através da educação ambiental é possível adquirir consciência ambiental, ou seja, uma nova concepção e relação com o meio ambiente, e com isso ajudar a reduzir os vetores que causam doenças<sup>13</sup>.

#### **4. Identificação de especificidades e semelhanças entre os territórios**

Outro aspecto relevante observado na oficina é que o mapa inteligente mostrou-se como uma forma facilitadora aos ACE na identificação de especificidades e semelhanças entre os territórios do município.

O mapa inteligente é uma ferramenta que está adstrita à política de territorialização como uma estratégia para a tomada de decisões das ações e serviços da equipe. A partir de uma dimensão espacial, tal ferramenta possibilita monitorar e avaliar indicadores e informações em saúde no âmbito do SUS<sup>20</sup>, de maneira a retratar a realidade da situação de saúde do local. Conforme Budal et al (21, p.4):

(...) para além da delimitação do serviço e localização de agravos de saúde, equipamentos sociais e áreas de risco, é necessário que o mapa inteligente também seja capaz de retratar a realidade dos espaços e a dinamicidade dos processos saúde-doença.

O mapa inteligente é um instrumento para o planejamento, tem como objetivo melhorar a qualidade dos serviços de saúde, pode apresentar por exemplo o fluxo da população, através das ruas, transportes utilizados assim como também características das moradias e seus entornos como: condições de saneamento básico, presença de esgoto a céu aberto e lixo; as características do espaço urbano como: as ruas as calçadas, praças; as condições do meio ambiente como: desmatamento, poluição e os principais equipamentos sociais existentes no território como: escolas, centros comunitários, clubes, igrejas e outros serviços que as pessoas utilizam<sup>22</sup>.

Foi debatido na oficina a importância de identificar nos territórios tanto os riscos existentes que podem comprometer a saúde, como também os dispositivos que podem auxiliar na atuação das equipes na prevenção dos vetores como por exemplo as escolas e os centros comunitários.

Essa identificação permite realizar um diagnóstico local para a definição de prioridades, sendo assim os indicadores são fundamentais para compreender a realidade dos territórios, pois permitem estabelecer níveis de saúde que oportunizam a comparação de coeficientes obtidos com a população de outras áreas em outros períodos, com a finalidade de apoiar o desenvolvimento de uma ação pública ou uma política pública<sup>23</sup>.

Compreender os determinantes sociais e seus indicadores se tornam importantes na medida que estes refletem as condições que uma determinada população vive e com isso é possível evidenciar fatores de risco a que a população está exposta, fatores de vulnerabilidade, variáveis socioambientais e demográficas<sup>24</sup>.

Vale destacar que a territorialização apresenta-se como estratégia central para a consolidação do SUS seja para a reorganização do processo de trabalho em saúde como também reconfiguração do modelo de atenção pautado nos princípios da integralidade, universalidade e equidade e nos princípios organizativos que são: a regionalização e hierarquização, descentralização e Comando único, e a participação popular<sup>25</sup>.

## CONCLUSÃO

Na perspectiva das estagiárias de Saúde Coletiva a realização da oficina mostrou-se viável e contribuiu para a sua formação profissional, por meio de um processo de organização e sistematização prévia com a articulação entre UFPR e Secretaria Municipal de Matinhos, de maneira a permitir que os ACE fossem os atores principais de todo o processo. Identificou-se que a oficina sobre a Territorialização contribuiu com a EPS dos ACE de maneira a favorecer um olhar crítico, ao mesmo tempo que favoreceu a integração serviço-ensino-comunidade. Além disso, por meio do relato desses atores (ACE), percebeu-se que são meios facilitadores a educação em saúde, a participação da comunidade e a interação com outros setores como promotores nas ações de controle vetorial, tendo identificado como uma problemática já trabalhada e a ser aprimorada, a questão do descarte inadequado de lixo.

A realização da oficina e utilização do mapa inteligente mostrou-se como uma forma facilitadora aos ACE na identificação de especificidades e semelhanças entre os territórios.

Por fim, a proposta da oficina também se configurou como uma proposição para a consolidação do SUS, sendo o I Encontro Anti Vetorial do litoral do Paraná, um momento que finalizou com a pactuação da proposta com o envolvimento de outros municípios na organização, com novos encontros e com novas abordagens sobre a temática.

## REFERÊNCIAS

1. Gondim GMM, Monken M. Território e territorialização. In: Gondim GMM, Christóforo MAC, Miyashiro GM, organizadores. Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade. [Internet] Rio de Janeiro: EPSJV; 2017 [cited 2023 Jan 3]. p. 21-44. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39894/T%c3%a9cnico%20de%20Vigil%c3%a2ncia%20em%20Sa%c3%bade%20-%20Territ%c3%b3rio%20e%20territorializa%c3%a7%c3%a3o.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

2. Rezende JM de. Epidemia, endemia, pandemia, epidemiologia. Journal of Tropical Pathology [Internet] 1998 [cited 2023 Jan 3]; 27(1). Available from: <https://revistas.ufg.br/iptsp/article/view/17199>
3. Barata RB. Cem anos de endemias e epidemias. Ciência & Saúde Coletiva [Internet] 2000 [cited 2023 Jan 3]; 5(2):333-345. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200008>
4. Silva JF da, Mélo TR, Bueno RE, Ribeiro Jr E. Vigilância epidemiológica dos casos e da incidência da dengue no litoral paranaense durante a pandemia de COVID-19. Saúde E Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar [Internet] 2020 [cited 2023 jan 3]; 9(Supl.1):105–106. Available from: <https://doi.org/10.24302/sma.v9iSupl.1.3378>
5. Dullius MC, et al. Pandemia de COVID-19 e epidemia de dengue no litoral do Paraná: análise epidemiológica. In: Anais 4th Simpósio Brasileiro de Desenvolvimento Territorial Sustentável - SBDTS e do 4th Seminário Internacional da Rede Ibero-americana de Estudos sobre Desenvolvimento Territorial e Governança – SIDETEG [Internet]; 2023 [cited 2023 mai 5]. Available from: <https://www.even3.com.br/anais/ivsbdts/528251-PANDEMIA-DE-COVID-19-E-EPIDEMIA-DE-DENGUE-NO-LITORAL-DO-PARANA--ANALISE-EPIDEMIOLOGICA>
6. Gondim GMM, Monken M. Territorialização em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, FIOCRUZ [Internet] c2009 [cited 2023 jan 3]. Available from: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>
7. Brasil. Manual sobre Medidas de Proteção à Saúde dos Agentes de Combate às Endemias. Volume 1: Arboviroses Transmitidas pelo Aedes aegypti. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. [Internet] Brasília; 2019 [cited 2023 jan 3]. 90 p. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_protecao\\_agentes\\_endemias.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_protecao_agentes_endemias.pdf)
8. Falkenberg MB, Mendes T de PL, Moraes EP de, Souza EM de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência e Saúde Coletiva [Internet] 2014 Mar [cited 2023 mar 16]; 19(3):847–52. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>
9. Brasil. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [Internet] Brasília; 2018 [cited 2023 jan 3]. 68 p. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_integracao\\_atencao\\_basica\\_vigilancia\\_saude\\_modulo\\_1.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf)
10. Ceccim RB, Ferla AA. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, FIOCRUZ. [Internet] c2009 [cited 2023 mar 10]. Available from: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html#topo>
11. Vendruscolo C, Silva MT da, Kleba ME. Integração ensino-serviço-comunidade na perspectiva da reorientação da formação em saúde. Revista Sustinere [Internet] 2018 Jan [cited 2023 mar 16]; 5(2):245-259. Available from: <https://www.e-publicacoes.ueterj.br/index.php/sustinere/article/view/30559>
12. Brasil. Caderno de educação popular e saúde. [Internet] Brasília; 2007 [cited 2023 mar 10]. 160 p. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_educacao\\_popular\\_saude\\_p1.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf)

13. Brasil. O agente comunitário de saúde no controle da dengue. [Internet] Brasília; 2009 [cited 2023 mar 12]. 36 p. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agente\\_comunitario\\_saude\\_controle\\_dengue.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agente_comunitario_saude_controle_dengue.pdf).
14. Sales FMS. Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icarai-Caucaia-CE. *Ciência e Saúde coletiva*. [Internet] 2007 Oct [cited 2023 mar 5]. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acoes-de-educacao-em-saude-para-prevencao-e-controle-da-dengue-um-estudo-em-icaraicaucaia/1231>
15. Chiaravalloti Neto F, Fiorin AM, Conversani DT, Cesarino MB, Barbosa AAC, Dibo MR, et al. Controle do vetor da dengue e participação da comunidade em Catanduva, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* [Internet] 2003 Nov [cited 2023 mar 5]; 19(6):1739–49. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600018>
16. Dias ÍKR, Martins RMG, Sobreira CL da S, Rocha RMGS, Lopes M do SV. Ações educativas de enfrentamento ao *Aedes Aegypti*: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2022 Jan; 27(1):231–42. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202271.33312020>
17. Deus ABS de, de Luca SJ, Clarke RT. Índice de impacto dos resíduos sólidos urbanos na saúde pública (IIRSP): metodologia e aplicação. *Engenharia Sanitária e Ambiental*. [Internet] 2004 Oct [cited 2023 mar 5]; 9(4):329–34. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-41522004000400010>
18. Siqueira MM, Moraes MS de. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2009 Dec [cited 2023 mar 5]; 14(6):2115–22. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600018>
19. Sobral MFF, Sobral AIG da P. Casos de dengue e coleta de lixo urbano: um estudo na Cidade do Recife, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2019 Mar [cited 2023 mar 6]; 24(3):1075–82. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.10702017>
20. Armesto LM, Alonso TR, Ortega RAS, Torre LKD, Ribeiro AVG, Baueb JF. et al. O mapa vivo como estratégia de monitoramento das políticas públicas de saúde - uma revisão integrativa. *Revista Científica Saúde e Tecnologia* [Internet] 2022 Jan 17 [cited 2023 mar 6]; 2(1):e2165. Available from: <https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/view/65>
21. Budal AMB, Mazza VA, Buffon MCM, Ditterich RG, Jocowski M, Plucheg V. Construção de novo modelo de mapa inteligente como instrumento de territorialização na atenção primária. *Revista Baiana de Saúde Pública*, [Internet] 2018 Dec [cited 2023 mar 6]; 42(4):727-740. Available from: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n4.a2503> .
22. Biblioteca Virtual em Saúde. Qual o objetivo e como elaborar o mapa do território adscrito pela equipe de saúde da família no contexto da Atenção Básica? [Internet] Santa Catarina: BVS; 2016 Jul 14 [cited 2023 mar 14]. Available from: <https://aps-repo.bvs.br/aps/qual-o-objetivo-e-como-elaborar-o-mapa-do-territorio-adscrito-pela-equipe-de-saude-da-familia-no-contexto-da-atencao-basica>
23. Lavoratti C, Holzmann L. Diagnóstico participativo por territorialização: instrumento de planejamento de políticas de atendimento às crianças e adolescentes. In: Lavoratti C, organizador. Programa de capacitação permanente na área da infância e adolescência: o germinar de uma experiência coletiva. [Internet] Ponta Grossa: Ed UEPG; 2007 [cited 2023 mar 14]. 350 p. Available from: [https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/cedca\\_pr/livro\\_capacitacao.pdf](https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/cedca_pr/livro_capacitacao.pdf)

24. Lutinski JA, Morschbacher J, Ferraz L Indicadores de saúde associados à ocorrência da dengue em municípios do oeste de Santa Catarina. In: 6th Congresso Internacional em Saúde. [Internet] 2019 [cited 2023 mar 16]. Available from: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/10966>

25. Ribeiro MA, Albuquerque IMN, Diniz JL, Bezerra AKB, Bastos IB. Oficina Mapa Vivo na atenção básica: estratégia de planejamento local ao combate ao *Aedes aegypti*. Saúde em debate [Internet] 2017 Jun [cited 2023 mar 16]; 41(spe2):338–46. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S228>