

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ANAIS DO IV SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO
EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gestão em Saúde: experiências e impactos

Belo Horizonte, 6 e 7 de Novembro de 2010

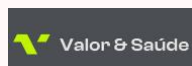
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ANAIS DO IV SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Geztão em Saúde: e<periências e<itozaz

Belo Horizonte, 6 e 7 de Novembro de 2023
ISSN: 2764-3816

Apoio:



Realização:

Anais do IV Seminário da Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde

Apresentação

O Seminário da Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde é um evento nacional, realizado pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Em sua quarta edição teve como tema “Gestão em Saúde: experiências exitosas”. O evento online aconteceu nos dias 6 e 7 de novembro de 2023 na modalidade on-line.

Os trabalhos publicados foram apresentados no formato de Resumo Expandido e de Artigo nos seguintes eixos temáticos:

- Política, Planejamento e Avaliação em Saúde (PPAS);
- Tecnologias Gerenciais em Saúde (TGS).

Os Anais também estão disponíveis no link: <https://www.even3.com.br/ebook/iv-seminario-posgraduacao-gestaodeservicosdesaude/>

ISSN: 2764-3816

Dados Internacionais de Catalogação na
Publicação (CIP)

AN532 Anais do IV Seminário da Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. Anais...Belo Horizonte(MG) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2023

Disponível em <[www.even3.com.br /anais/iv-seminario-posgraduacao-gestaodeservicosdesaude](http://www.even3.com.br/anais/iv-seminario-posgraduacao-gestaodeservicosdesaude)>

ISBN: 978-65-272-0264-6

1. Administração pública e ciência militar 2. Medicina e saúde 3. Serviços e problemas sociais; associações

Escola de Enfermagem da
Universidade Federal de
Minas Gerais

CDD - 370

COORDENAÇÃO GERAL

Karla Rona da Silva

SUBCOORDENAÇÃO

Adriane Vieira

Mirela Castro Santos Camargos

Doane Martins da Silva

COMISSÃO CIENTÍFICA

Adriane Vieira

Doane Martins da Silva

Karla Rona da Silva

Mirela Castro Santos Camargos

Wanessa Debôrtoli de Miranda

Maria Clara Rodrigues de Paula

Patrícia Lourdes Silva

COMISSÃO ORGANIZADORA

André de Barros Ferreira

Amanda Neves Cruz Coelho

Camilla Stephane Oliveira Silva

Fabiana Ribeiro Silva

Fernanda Aparecida Xavier da Costa Mol

Filomena Magda Fernandes Foureaux

Letícia de Oliveira Rocha

Natany de Oliveira Pazini

Patrícia Aguiar de Oliveira Soares

Priscila Faria de Oliveira

Rafael de Jesus da Paz

Shirlei Moreira Costa Faria

Periodicidade da publicação

Anual

Idiomas

Português

Editor

Even3 - R. Sen. José Henrique, 231 - Sala 509 - Ilha do Leite, Recife - PE

Responsável

Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Tel.: (31) 3409-9878

e-mail: colposgss@enf.ufmg.br

IV Seminário do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde (PPGSS)

RELAÇÃO DE ARTIGOS POR EIXO TEMÁTICO

EIXO TEMÁTICO POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE
2	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COM COVID-19 NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS/MG.
3	DESAFIOS PARA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA
4	QUALIDADE DE VIDA E ESTRESSE ENTRE DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR
5	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST): EXPERIÊNCIA EXITOSA DE SANTANA DO RIACHO/MINAS GERAIS
6	ATROPELAMENTOS DE IDOSOS: DADOS DE UM HOSPITAL PRONTO SOCORRO DO ESTADO DE MINAS

EIXO TEMÁTICO TECNOLOGIAS GERENCIAIS EM SAÚDE

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	EFETIVAÇÃO DOS PILARES DA GOVERNANÇA CLÍNICA NO COTIDIANO ASSISTENCIAL: DESCRIÇÃO DE UMA METODOLOGIA
2	GESTÃO DA QUALIDADE EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA
3	A INFLUÊNCIA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE
4	AS ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE BELO HORIZONTE: FORTALECIMENTO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM ÊNFASE NO CUIDADO
5	QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA CIDADE DE ARAÇUAÍ-MG
6	QUALIDADE DE VIDA DOS ESTUDANTES DO CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO EM SAÚDE DO IFNMG CAMPUS ARAÇUAÍ NA PANDEMIA DA COVID-19
7	ACOLHIMENTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTUDO QUANTITATIVO SOBRE A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

EIXO TEMÁTICO: POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	A ESTRUTURAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE QUEIMADO EM MINAS GERAIS
2	ACIDENTES DE TRABALHO: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS E ÓBITOS NOTIFICADOS EM MINAS GERAIS, ENTRE 2010 E 2019
3	ANÁLISE DE RESULTADOS DO ROI SALA DE VACINAÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
4	ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS JUDICIALIZADOS DA ESPECIALIDADE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EM UMA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
5	APOIO GERENCIAL A MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE MG: CONTRIBUIÇÃO COM A GESTÃO MUNICIPAL E A FORMAÇÃO EM EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA
6	ESTRATÉGIA DA ARTETERAPIA EM UM SERVIÇO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
7	FATORES ASSOCIADOS À COBERTURA VACINAL INFANTIL NO BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO
8	INTERFACE DO CUIDADO: ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO
9	O ENFERMEIRO COMO GESTOR DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II: PRÁTICAS EXITOSAS DA COORDENADORA
10	O ENFERMEIRO COMO GESTOR DE UMA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA: A INSTITUIÇÃO E SUAS POSSIBILIDADES
11	O FORTALECIMENTO DA ÁREA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
12	PRINCIPAIS IRREGULARIDADES EM ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR SUJEITAS AO CONTROLE SANITÁRIO EM MINAS GERAIS NO ANO DE 2022
13	PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA DO CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO EM MINAS GERAIS E SEU IMPACTO NAS NOTIFICAÇÕES DE MESOTELIOMA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
14	UNIVERSUS: EMPODERAMENTO DAS LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O SUS

EIXO TEMÁTICO TECNOLOGIAS GERENCIAIS NA SAÚDE

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	A IMPLANTAÇÃO DE UMA FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
2	A SIMULAÇÃO DE ATIVIDADES PRÁTICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE E O APRENDIZADO SIGNIFICATIVO PARA ACADÊMICOS E PROFISSIONAIS
3	ABSENTEÍSMO NO SETOR PÚBLICO: ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL PÚBLICO ESTADUAL
4	BARREIRAS DE ACESSO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
5	DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE GESTÃO DO ABSENTEÍSMO INSTITUCIONAL EM UMA ORGANIZAÇÃO PÚBLICA MINEIRA
6	DESENVOLVIMENTO DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS EM GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ENSINO E EXTENSÃO
7	DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA MORBIMORTALIDADE POR COVID-19 EM SANTA LUZIA, MINAS GERAIS-BRASIL, 2020-2021
8	EFEITOS DA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO HOSPITALAR
9	O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE A EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE
10	PRÁTICA DELIBERADA EM CICLOS RÁPIDOS: CENÁRIOS DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
11	PROTOCOLO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS À SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PÚBLICO
12	REDE DE REABILITAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A GESTÃO DO TRABALHO PARA A SUA EFETIVAÇÃO
13	RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO: AUTOLIDERANÇA BASEADA NAS PRÁTICAS DE MINDFULNESS
14	USO DA ARTETERAPIA COMO RECURSO DE APOIO NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Caroline Schilling Soares; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG); Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Denise Valadão da Silveira Souza; Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG); Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo; Mestrando em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG); Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Moisés Gonçalves de Oliveira; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG); Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

RESUMO: Trata-se de estudo transversal descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa, com o objetivo analisar o processo de implementação do Programa Previne Brasil em Belo Horizonte, por meio da investigação de instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde e dos resultados alcançados nos componentes deste Programa. O Previne Brasil foi instituído em novembro de 2019 e repercutiu em uma mudança do modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS). Anteriormente, o financiamento da APS, denominado Piso de Atenção Básica (PAB), consistia em um componente fixo (PAB Fixo) e um variável (PAB Variável) para custeio das ações de saúde. Para melhor compreensão a análise e discussão dos resultados foi dividida em três subseções: Evolução dos cadastros, Resultados dos indicadores de desempenho e Adesão a programas estratégicos. Concluiu-se que a extensão e complexidade da rede de atenção à saúde de Belo Horizonte impõe desafios no desenvolvimento e disseminação de ações. O município realizou ações de qualificação dos profissionais, desenvolvimento de ferramentas e materiais orientadores, promovendo melhoria nos resultados em 2023 se comparado a 2022.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Financiamento dos Sistemas de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O Programa Previne Brasil foi instituído em novembro de 2019 e repercutiu em uma mudança do modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS). Os modelos de financiamento de sistemas de saúde podem influenciar o modelo de atenção à saúde, a forma de organização do acesso a serviços e a eficiência da utilização de recursos, podendo impactar as práticas e os resultados em saúde (HARZHEIM *et al.*, 2020; MASSUDA, 2020; BRASIL, 2019a; 2021).

Anteriormente, o financiamento da APS, denominado Piso de Atenção Básica (PAB), consistia em um componente fixo (PAB Fixo) e um variável (PAB Variável) para custeio das ações de saúde. O valor recebido pelo PAB Fixo era estabelecido de acordo com a população do município, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O PAB Variável era um recurso que podia variar conforme a adesão dos municípios a equipes, programas e ações estratégicas (BRASIL, 1998). Adicionalmente ao PAB, havia o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), enquanto recurso para investimento, recebido pelos municípios conforme adesão e desempenho das equipes (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Originalmente o Programa Previne Brasil apresentava três componentes: Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Incentivo para Ações Estratégicas. Em 2022 foi incorporado um quarto componente, o Incentivo Financeiro com Base em Critério Populacional, que, em anos anteriores, consistiu em um recurso de transição na mudança do modelo para mitigar possíveis perdas dos municípios quanto ao financiamento federal. A Capitação Ponderada é um pagamento por pessoa cadastrada em equipes, sendo aplicados

pesos conforme vulnerabilidades da população e do município. O Pagamento por Desempenho considera os resultados alcançados pelas equipes em indicadores. O Incentivo para Ações Estratégicas se assemelha ao PAB Variável, à medida que o incentivo financeiro é repassado aos municípios conforme adesão a equipes, programas e ações estratégicas. Para todos os três componentes existem regras que influenciam nos recursos financeiros mensais efetivamente repassados aos municípios. O Incentivo Financeiro com Base em Critério Populacional, se assemelha ao PAB Fixo por ser um valor fixo conforme população definida pelo IBGE (BRASIL, 2019a; 2021; 2022c).

Até o primeiro quadrimestre de 2023 o Programa Previne Brasil não havia sido totalmente implementado pelo governo federal, que ao longo dos anos adotou medidas de transição com mudanças em regras e adiamento do início dos componentes. O Programa foi instituído para todos os municípios brasileiros, porém sua implementação pode variar devido à diversidade das municipalidades (SOARES, 2022). Os critérios do Previne Brasil constituem um desafio para a sua efetiva implementação pelos municípios.

O município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, apresenta uma extensa rede de atenção à saúde, cuja organização e monitoramento da oferta de serviços ocorre em nível local, nas nove regionais de saúde e na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA). A Atenção Primária à Saúde se estrutura em: 152 Centros de Saúde; 80 Academias da Cidade; 596 equipes de Saúde da Família (eSF), que corresponde a uma cobertura de 81,3%; 314 equipes de Saúde Bucal (eSB); 83 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); e 8 equipes de Consultório de Rua (eCR) (BELO HORIZONTE, 2018; 2023).

Desde 2002, Belo Horizonte optou pelo modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para organização da APS, com vistas à ampliação do acesso da população ao sistema de saúde, promoção do cuidado integral e estímulo à vinculação do usuário aos serviços ofertados. Desde a implantação da ESF, a organização da atenção à saúde ocorre a partir da definição de áreas de abrangência vinculadas às Regionais, Centros de Saúde e às equipes de Saúde da Família. Os Centros de Saúde da capital mineira são estruturas complexas que oferecem diversos serviços para a população e funcionam como uma das principais portas de entrada dos usuários para outros pontos de atenção à saúde (BELO HORIZONTE, 2018). Neste contexto, a implementação de programas, ações e serviços de saúde no município seguem esse modelo de regionalização e de organização da APS.

O objetivo do presente artigo é analisar o processo de implementação do Programa Previne Brasil no município de Belo Horizonte, por meio da investigação de instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos resultados alcançados nos componentes do referido Programa.

REFERENCIAL TEÓRICO

Na concepção do Programa Previne Brasil, o mesmo visava estruturar o modelo de financiamento para induzir o acesso aos serviços, a cobertura da APS e a melhoria da qualidade da assistência, com foco no resultado de indicadores e no atendimento às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2021).

Capitação é uma forma de alocação de recursos, em que a população adscrita previamente definida é vinculada a uma unidade, equipe ou profissional. Essa população é multiplicada por um valor per capita ajustado por fatores, e o pagamento independe da utilização dos serviços, estando usualmente associada a outros modelos de remuneração (RICE; SMITH, 1999; UGÁ, 2012; POLI NETO *et al.*, 2016).

No Programa Previne Brasil, a Capitação Ponderada se refere ao pagamento por pessoa cadastrada em equipes, sendo aplicados pesos conforme a vulnerabilidade

socioeconômica e o perfil demográfico dessa população e a classificação geográfica do município. A população cadastrada corresponde ao resultado da multiplicação do número de equipes homologadas pelo quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe. Para municípios urbanos, como Belo Horizonte, o potencial de cadastro é de 4.000 usuários por eSF (BRASIL, 2019a). A Capitação Ponderada prevê a suspensão de percentual do incentivo financeiro quando há irregularidades nas equipes e na ausência de profissionais por período superior a 60 dias (BRASIL, 2022a).

Uma das críticas que impulsionou a mudança do modelo de financiamento da Atenção Primária foi o elevado número de usuários não cadastrados pelas equipes, sendo que para o Ministério da Saúde a exigência do cadastramento poderia assegurar a assistência. O cadastro e conhecimento da população adscrita, principalmente da população vulnerável, é uma das atribuições da Atenção Primária. Ao possibilitar mais informações sobre o perfil epidemiológico da população, o cadastro contribui para o acompanhamento longitudinal e o planejamento de ações de saúde. Porém não garante maior acesso e qualidade dos serviços prestados (HARZHEIM, 2020; MASSUDA, 2020; SOARES *et al.*, 2021).

Ademais, problemas na manutenção de equipes completas, estrutura física de unidades, perdas de registros em transições de sistemas de informação e questões administrativas podem impactar esse cadastro (HARZHEIM, 2020; MASSUDA, 2020; LOPES *et al.*, 2021; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). A substituição do PAB Fixo pela Capitação Ponderada, com regras específicas aplicadas à população cadastrada em equipes, causa incertezas aos municípios, podendo dificultar o planejamento em saúde e a garantia de ações e serviços, variando substancialmente no país (MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; SOARES *et al.*, 2021).

O financiamento da APS restrito aos habitantes cadastrados do município se traduz em perda do componente universal, como ocorria com o PAB Fixo. Porém com a incorporação do Incentivo Financeiro com Base em Critério Populacional há o retorno do componente universal (SOARES, 2022).

O pagamento por desempenho (P4P) consiste na transferência de recursos financeiros a provedores ou serviços de saúde, conforme resultados alcançados em indicadores de estrutura, processo ou resultados, quantitativos ou qualitativos. No setor saúde, esse modelo de remuneração objetiva incentivar condutas individuais ou coletivas para alcance de resultados mais satisfatórios (UGÁ, 2012; BARRETO, 2015).

O Pagamento por Desempenho das equipes do Programa Previne Brasil considera os resultados alcançados em indicadores estabelecidos por meio da Portaria nº 3.222 de dezembro de 2019 (BRASIL, 2019b) e, posteriormente, alterados pela Portaria nº 102 de janeiro de 2022 (BRASIL, 2022b). Sendo que até o 2º quadrimestre de 2023 seriam considerados para fins de financiamento apenas os resultados alcançados nos indicadores de pré-natal, saúde da mulher e saúde da criança, com repasse considerando 100% de alcance dos indicadores de doenças crônicas (BRASIL, 2023).

Inicialmente, foram definidos sete indicadores de processo, tendo sido estabelecidas as metas e os pesos de cada um (Quadro 1). O incentivo financeiro é transferido mensalmente e recalculado para todos os municípios a cada quadrimestre, correspondendo ao somatório dos resultados por equipe, obtendo-se um indicador sintético final (ISF) (BRASIL, 2019a, b, 2021).

Com relação às regras dos indicadores, o Programa Previne Brasil considera apenas consultas realizadas por médicos e enfermeiros da APS, conforme critérios pré-estabelecidos: pessoas cadastradas em eSF e eAP, informações corretas de cadastro, determinadas classificações brasileiras de ocupação (CBO) de profissionais que realizam atendimento ou procedimento, seleção de determinadas classificações internacionais de doenças (CID), registro realizado em campos específicos do sistema de informação, dentre

outros. Destaca-se que não são considerados para apuração dos resultados os atendimentos e procedimentos realizados em outros níveis de atenção à saúde, como para o pré-natal de alto risco, além da população assistida pela saúde suplementar (SOARES, 2022).

Quadro 1 – Indicadores de pagamento por desempenho

Temáticas	Descrição dos indicadores	Meta	Peso
Pré-Natal	Indicador 1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação	45%	1
	Indicador 2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	60%	1
	Indicador 3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60%	2
Saúde da Mulher	Indicador 4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	40%	1
Saúde da Criança	Indicador 5 - Proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por <i>haemophilus influenzae</i> tipo b e Poliomielite inativada	95%	2
Doenças Crônicas	Indicador 6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	50%	2
	Indicador 7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	50%	1

Fonte: BRASIL, 2021, 2022b.

Ademais, o Programa considera duas possibilidades de denominador: informado e estimado, sendo utilizado o informado quando o município identifica no cadastro pelo menos 85% da população alvo do indicador. Dessa forma, o denominador informado considera a quantidade de população-alvo (gestante, mulheres na faixa de 25 a 64 anos e pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus) cadastrada em equipes do município. Por outro lado, o denominador estimado varia conforme o indicador, sendo que: para os indicadores de pré-natal e saúde da criança é considerada a quantidade de nascidos vivos do município, segundo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); para o indicador de coleta do citopatológico considera-se a projeção de mulheres com idade entre 25 e 64 anos estimada pelo IBGE para o ano corrente; e para os indicadores de doenças crônicas, é computado o percentual de pessoas com hipertensão ou diabetes do Estado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (BRASIL, 2022b; SOARES, 2022).

O Ministério da Saúde destaca que monitorar e avaliar o desempenho das ações realizadas na Atenção Primária é de relevância para a gestão da saúde, ao contribuir para a avaliação do processo de trabalho, do acesso, da qualidade e da resolutividade dos serviços prestados (BRASIL, 2021). Contudo, estudos mostram que o modelo de remuneração de pagamento por desempenho melhora modestamente indicadores de processo em curto prazo, com limitação de efeito em longo prazo (acima de 3 anos) e poucos efeitos sobre resultados em saúde (RYAN et al., 2016; MENDELSON *et al.*, 2017; MASSUDA, 2020). Como os indicadores focam na atenção para alguns públicos específicos, as equipes podem reduzir a oferta de cuidado a outros problemas de saúde, deixando de oferecer o cuidado integral conforme a necessidade da população, o que deve ser acompanhado pela gestão municipal (POLI NETO *et al.*, 2016; SARTI; FONTANELLE, 2017; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; MASSUDA, 2020; TOMASI; NEDEL; BARBOSA, 2021).

O financiamento baseado em resultados alcançados em indicadores pode aumentar o déficit nas receitas dos municípios, considerando que problemas estruturais e tecnológicos podem dificultar a adequação dos serviços para o cumprimento desses indicadores. A redução do financiamento pode comprometer a qualidade assistencial da APS, com aumento da demanda para a média e alta complexidade, perpetuando o modelo hospitalocêntrico no país (SOARES *et al.*, 2021).

Para o componente de Incentivo para Ações Estratégicas, o Ministério da Saúde considerou os seguintes programas, equipes e ações estratégicas: Programa Saúde na Hora; Programa de Apoio à Informatização da APS; Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Academia da Saúde; equipe de Consultório na Rua (eCR); equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP); equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); equipe de Saúde Bucal (eSB); estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); Unidade Odontológica Móvel (UOM); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); microscopista; custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade; e incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional (BRASIL, 2019a).

Para fins de custeio federal, não foram contempladas com financiamento específico as equipes de Saúde da Família, as equipes de Atenção Primária e as equipes multiprofissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Estudo verificou que os incentivos financeiros federais para as eSF já eram insuficientes, na época do PAB, para o custeio dos profissionais, necessitando de uma contrapartida majoritária dos municípios. Mediante ausência de um financiamento federal específico para essas equipes, aumenta-se o gasto dos municípios para a manutenção das mesmas (COSTA, 2016; SOARES, 2022). Mas, de certa forma, as eSF e eAP foram contempladas pela Capitação Ponderada e ao Pagamento por Desempenho, que consideram a população cadastrada em equipes e o resultado desempenhado pelas equipes nos indicadores, respectivamente.

Já as equipes do NASF-AB, além de perderem um custeio federal, não foram contempladas por outros componentes do Programa Previne Brasil. O NASF-AB atua de forma integrada e apoia os profissionais da APS, compartilhando práticas e saberes em saúde de forma a auxiliar as equipes no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários e agregar práticas que ampliam o escopo de ofertas da APS (BRASIL, 2014). A ausência de financiamento específico para o NASF-AB pode implicar redução do número dessas equipes no país, comprometendo a abrangência, integralidade e resolutividade dos serviços da Atenção Primária (MASSUDA, 2020; MOROSINI, FONSECA, BAPTISTA, 2020).

Dentre os programas estratégicos, destaca-se o Programa Saúde na Hora que foi instituído em maio de 2019, anterior ao Programa Previne Brasil, sendo incorporado ao PAB Variável daquele ano. A proposta do Saúde na Hora é a de que as Unidades Básicas de Saúde funcionem em horário estendido, visando a ampliação do acesso e dos atendimentos e a redução de atendimentos em hospitais e unidades de pronto atendimento que poderiam ser resolvidos pela APS (BRASIL, 2019c; HARZHEIM, 2020).

A mudança do modelo de financiamento da APS impôs desafios aos municípios para a sua implementação segundo regras do programa, especialmente para o cadastramento da população e para o alcance das metas dos indicadores, que repercutem diretamente no financiamento federal da Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa dividida em duas fases.

A primeira fase, quantitativa, consiste na análise de dados secundários do portal e-Gestor Atenção Básica (e-Gestor AB) do Ministério da Saúde sobre dados de cadastro, resultados dos indicadores e ações estratégicas aderidas pelo município de Belo Horizonte no período de 2018 a agosto de 2023. A coleta dos dados foi realizada em agosto de 2023 e o recorte inicial e final se deve à disponibilidade dos relatórios de domínio público para cada componente do Programa Previne Brasil.

Para os dados de cadastro foi utilizado o “Relatório de Cadastros Vinculados” do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do 1º quadrimestre de 2018 ao 1º quadrimestre de 2023. Para os resultados dos indicadores foram utilizados os relatórios “Indicadores de Desempenho” e “Relatório de Indicadores 2018-2021 (descontinuado)”, também extraídos do SISAB, do 1º quadrimestre de 2018 ao 1º quadrimestre de 2023. Segundo informações do portal e-Gestor AB, os dados referentes aos anos de 2018 a 2021 foram preservados mas descontinuados em razão de mudanças ocorridas no método de cálculo dos indicadores. Devido a essa diferença do método de cálculo, as análises dos indicadores foram separadas de 2018 a 2021 e 2022 a 2023. O resultado do Indicador Sintético Final (ISF) foi obtido da aba “Desempenho ISF” dos relatórios de pagamento, com resultados do 1º quadrimestre de 2022 ao 1º quadrimestre de 2023, considerando o período em que iniciou de fato a apuração com vinculação ao financiamento. As informações das ações estratégicas aderidas foram obtidas dos relatórios de financiamento, denominados: Pagamento AB referente aos anos de 2018 e 2019, Pagamento APS (2020-2021) e Pagamento APS (2022-atual). Os relatórios disponíveis não constam o quantitativo de equipes e adesões em todo o período de análise, dessa forma foi verificado apenas quais os programas e equipes o município aderiu nos anos correspondentes. Os dados referentes ao cadastro e aos indicadores foram extraídos por quadrimestre e os dados das ações estratégicas foram obtidos por mês, devido ao formato disponibilizado no portal e-Gestor AB.

Os dados coletados foram armazenados em planilhas do *software* Microsoft Excel 365® para tratamento e análise. O método de análise baseou-se na realização de estatística descritiva por meio da distribuição de frequências absolutas e relativas, com informações organizadas em tabelas e gráficos.

A segunda fase, qualitativa, consiste na análise documental dos relatórios de gestão de Belo Horizonte disponíveis no portal da Prefeitura de Belo Horizonte, a saber: Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) do terceiro quadrimestre de 2019 ao primeiro quadrimestre de 2023. O período de escolha se deve à data de instituição do Programa Previne Brasil (novembro de 2019) e ao último relatório disponível na etapa de análise dos dados, que coincide com as informações utilizadas na fase quantitativa. O intuito dessa análise foi identificar as ações desenvolvidas pelo município para melhoria dos resultados do Programa Previne Brasil contemplando todos os seus componentes.

A análise documental possibilita o aprofundamento no objeto de estudo, ao buscar compreender os fenômenos a partir de perspectivas contidas em documentos que ainda não foram explorados por outros autores, produzindo novos conhecimentos (KRIPKA, SCHELLER, BONOTTO, 2015). Os relatórios de gestão são documentos relevantes de construção e formalização das políticas públicas de saúde, previstos desde a Lei nº 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e discussão dos resultados foi dividida em três subseções: Evolução dos cadastros, Resultados dos indicadores de desempenho e Adesão a programas estratégicos.

Evolução dos cadastros

Belo Horizonte apresenta uma população de 2.315.560 habitantes, segundo censo de 2022 (IBGE, 2023). A população cadastrada no 1º quadrimestre de 2018 era de apenas 1.755 pessoas e apresentou um aumento expressivo ao longo dos anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Quantidade de população cadastrada em Belo Horizonte, por quadrimestre, nos anos de 2018 a 2023

Ano - Quadrimestre	População cadastrada
2018 - Q1	1.755
2018 - Q2	1.864
2018 - Q3	229.031
2019 - Q1	825.944
2019 - Q2	1.227.444
2019 - Q3	1.598.615
2020 - Q1	2.191.149
2020 - Q2	2.441.582
2020 - Q3	2.445.192
2021 - Q1	2.554.529
2021 - Q2	2.547.330
2021 - Q3	2.565.357
2022 - Q1	2.523.450
2022 - Q2	2.549.892
2022 - Q3	2.577.378
2023 - Q1	2.592.717

Fonte: IBGE, 2023.

O Programa Previne Brasil foi instituído em novembro de 2019 e o cadastro em Belo Horizonte já havia aumentado consideravelmente no 3º quadrimestre de 2019, atingindo mais de 2 milhões de pessoas cadastradas no 1º quadrimestre de 2020, o que demonstra uma rápida resposta do município ao componente de Capitação Ponderada. Em 2023, o cadastro correspondeu a 2.592.717 habitantes, que representa 112% da população do último censo do IBGE. Verificou-se um aumento de 62% de usuários cadastrados no 1º quadrimestre de 2023 em relação ao 3º quadrimestre de 2019.

Ações direcionadas ao aumento e qualificação do cadastro são observadas nos relatórios de gestão a partir de 2020, sendo que no relatório de 2019 foi relatado que estava em processo de contratação, serviço de dispositivos móveis para os atendimentos domiciliares dos ACS, que contribui para o cadastramento dos usuários. A SMSA realizou ações de qualificação do cadastro, mediante publicação de notas técnicas orientadoras quanto a informações essenciais e qualificadoras do cadastro, de forma a permitir a sua integração com outras bases nacionais de dados do SUS. Para maiores esclarecimentos das notas técnicas, foram realizadas reuniões técnicas *online* sobre cadastro para profissionais da recepção dos Centros de Saúde e para os ACS, com participação de quase 2.000 profissionais. Ressalta-se que as ações de cadastro contemplaram também populações vulneráveis do município, como pessoas em situação de rua, indígenas e quilombolas. Foram entregues tablets aos ACS para auxílio no cadastro e na atualização dos usuários e foi implantado um *software*, denominado e-Visita, com realização de web conferências para orientação quanto à utilização do sistema e adaptações no processo de trabalho. O *software* permite o registro das visitas realizadas, o cadastramento, a atualização dos dados da

população e o georreferenciamento, fortalecendo a gestão do território e as ações de vigilância em saúde.

Tais ações identificadas podem ter contribuído para o resultado de aumento da população cadastrada em Belo Horizonte. O município utiliza sistema de informação em saúde próprio, sendo necessários ajustes e adequações para a migração correta dos dados para os sistemas do Ministério da Saúde. Dessa forma, como parte dos recursos financeiros passam a considerar a população cadastrada (Capitação Ponderada), a mudança do modelo de financiamento pode ter impulsionado as adequações para a exportação dos cadastros para o Ministério da Saúde.

Corroborando com esses achados, um estudo mostrou que o Programa Previne Brasil impactou positivamente o cadastro da população de Minas Gerais em praticamente todas as macrorregiões de saúde do Estado, inclusive da população vulnerável. Anteriormente ao Programa, elevado percentual de municípios de Minas Gerais apresentavam baixa cobertura de população cadastrada em relação ao potencial de cadastro, sendo esse um cenário que se altera nos anos posteriores (SOARES; CAMARGOS; NORONHA, 2023). Essa baixa cobertura também foi verificada por Lopes e colaboradores (2021) nos estados da região Nordeste. Segundo Harzheim e colaboradores (2022), a Capitação Ponderada melhorou a responsabilização pela população e a ampliação do acesso, ao estimular os municípios a identificarem os cidadãos atendidos por meio de cadastros qualificados e informatizados. Houve um rápido crescimento da base de dados de cadastro no sistema de informação do Ministério da Saúde, que era aquém da população estimada pelo IBGE para a maioria dos municípios brasileiros (HARZHEIM *et al.*, 2022).

Resultados dos indicadores de desempenho

Nessa seção os resultados dos indicadores são divididos em duas tabelas, sendo a primeira com os resultados de 2018 a 2021 (Tabela 2) e a segunda com os resultados de 2022 e 2023 (Tabela 3). Essa separação ocorreu em função da mudança do método de cálculo dos indicadores, não permitindo a comparabilidade entre os períodos.

A Tabela 2 mostra resultados zerados e próximos de zero para os indicadores até o 1º quadrimestre de 2019, à exceção do indicador 5 de imunização que foi o período de melhor desempenho. Os baixos resultados podem estar relacionados a problemas de migração de dados do sistema próprio do município para os sistemas do Ministério da Saúde, considerando que o período coincide com os baixos dados de cadastro da Tabela 1. Após o 2º quadrimestre de 2019 observa-se pequenas oscilações nos resultados dos indicadores.

Tabela 2 – Resultados dos indicadores de Pagamento por Desempenho, por quadrimestre, nos anos de 2018 a 2021

Ano - Quadrimestre	Indicador r 1	Indicador r 2	Indicador r 3	Indicador r 4	Indicador r 5	Indicador r 6	Indicador r 7
2018 Q1 (%)	0	0	0	0	100	0	0
2018 Q2 (%)	0	0	0	0	100	0	0
2018 Q3 (%)	0	0	0	1	100	0	2
2019 Q1 (%)	0	2	6	3	56	0	12
2019 Q2 (%)	25	5	24	6	45	0	19
2019 Q3 (%)	34	10	32	10	9	0	26
2020 Q1 (%)	35	13	31	12	34	0	22
2020 Q2 (%)	37	19	29	11	73	0	18
2020 Q3 (%)	35	20	20	12	63	4	7
2021 Q1 (%)	35	25	22	13	51	5	0
2021 Q2 (%)	34	24	25	13	29	5	4
2021 Q3 (%)	32	27	25	15	33	5	16

Fonte: elaborado pelos autores.

Informações a respeito de ações relacionadas aos indicadores do Programa Previne Brasil começam a aparecer no RDQA do 1º quadrimestre de 2020, com menção de ações para qualificação do registro para contabilizar nos indicadores, dentre elas, reuniões com regionais e gestores de centros de saúde, bem como participação da SMSA no Fórum Nacional de Gestão da Atenção Primária à Saúde, realizado pelo Ministério da Saúde. O Fórum teve como objetivo capacitar gestores para o Programa, esclarecer dúvidas e trocar experiências para a construção conjunta de soluções de organização da APS no período de transição do novo financiamento. Posteriormente, o Previne Brasil só volta a ser mencionado nos relatórios de gestão a partir do 2º quadrimestre de 2021, possivelmente em função da reorganização dos serviços de saúde no contexto da pandemia causada pela Covid-19. Naquele ano foi elaborada e divulgada nota técnica e foram gravados vídeos sobre os indicadores, com o intuito de contextualizar o programa para os profissionais e qualificar o registro dos atendimentos. Também foi reforçada a importância do trabalho dos ACS no acompanhamento das gestantes com pré-natal em atraso, crianças com vacinação em atraso, dentre outras situações elencadas pela equipe de Saúde da Família e que fazem parte dos públicos prioritários do Programa Previne Brasil.

Corroborando com os resultados encontrados, autores identificaram melhoria gradual dos indicadores ao longo do período de 2018 a 2021 em Minas Gerais, apesar de todos os indicadores apresentarem resultados muito abaixo das metas estabelecidas, e nenhum município conseguiu atingir a meta para o conjunto dos sete indicadores. O percentual de municípios que conseguiu cumprir as metas estabelecidas foi mais elevado para os indicadores alusivos ao cuidado das gestantes, o que pode ser explicado por se tratarem de indicadores de rápida resposta e que não necessitam de maior estruturação para o atendimento de grande parte dos requisitos, diferentemente dos indicadores de cobertura de citopatológico e de doenças crônicas (SOARES, 2022; SOARES; CAMARGOS; NORONHA, 2023).

Estudo que comparou a média nacional dos indicadores no 3º quadrimestre de 2020 em relação ao 3º quadrimestre de 2021 mostrou que não houve alcance das metas apesar de uma melhoria nos resultados, exceto no indicador de cobertura vacinal. Aumento mais expressivo foi observado para os indicadores de doenças crônicas e atendimento odontológico à gestante (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2022). Esse cenário demonstra uma dificuldade dos municípios frente aos indicadores, que pode repercutir em perdas de financiamento.

A Tabela 3 evidencia melhoria em todos os indicadores de Pagamento por Desempenho ao comparar os resultados do 1º quadrimestre de 2023 com o 1º quadrimestre de 2022, com melhora mais expressiva para os indicadores de exames na gestação (indicador 2 com 44%), cuidado à hipertensão arterial (indicador 6 com 41%), cuidado à diabetes (indicador 7 com 39%) e atendimento odontológico à gestante (indicador 3 com 35%). Apesar da melhoria dos resultados, todos ainda se encontram aquém das metas estabelecidas. O Indicador Sintético Final (ISF) passou de 3,8 para 5,4 (Gráfico 1), com uma curva ligeiramente ascendente que representou uma melhoria de 71% em um ano.

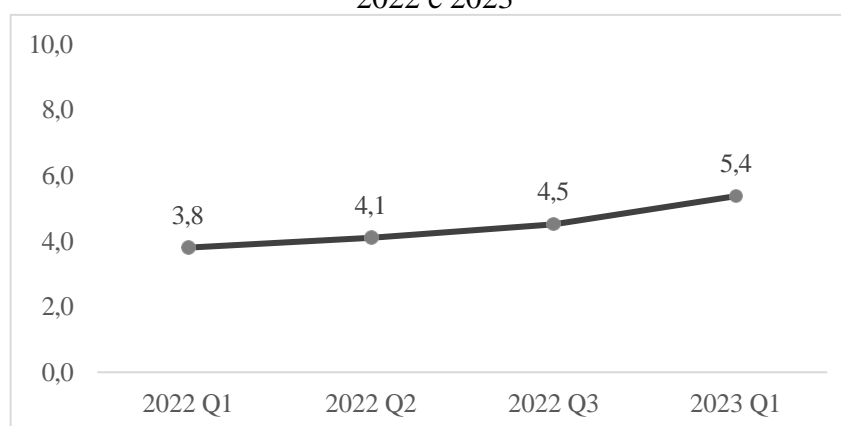
Tabela 3 – Resultados dos indicadores de Pagamento por Desempenho, por quadrimestre, nos anos de 2022 e 2023

Ano - Quadrimestr e	Indicador r 1	Indicador r 2	Indicador r 3	Indicador r 4	Indicador r 5	Indicador r 6	Indicador r 7
2022 Q1 (%)	24	25	26	15	47	10	11
2022 Q2 (%)	21	28	25	16	53	13	15
2022 Q3 (%)	22	35	30	17	48	16	18

Fonte: elaborado pelos autores.

Nota-se nos relatórios de gestão a partir de 2022 uma intensificação de ações voltadas à melhoria dos resultados dos indicadores. O município de Belo Horizonte apresenta Grupo de Trabalho (GT) Previne Brasil constituído por representantes do nível central e GT Ampliado Previne Brasil com participação também de representantes das nove regionais de saúde, com o objetivo de alinhar e desenvolver ações em conjunto que impactam nos indicadores. Durante os anos de 2022 e 2023 foram realizadas reuniões com os gestores das regionais e dos centros de saúde para alinhamentos a respeito do Programa. Nesse contexto foi elaborado plano de ação para melhoria dos resultados e foi realizada junto às regionais a revisão dos resultados apurados pelo Ministério da Saúde, com identificação dos motivos de perdas de pontuação e esclarecimentos das correções necessárias nos processos para pontuação em avaliações futuras. A SMSA participou da "Oficina Previne Brasil - Minas Gerais" conduzida pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), com abordagem das alterações ocorridas em 2022 para qualificação dos gestores municipais.

Gráfico 1 – Resultado do Indicador Sintético Final (ISF), por quadrimestre, nos anos de 2022 e 2023



Constata-se que a SMSA desenvolveu diversos materiais para qualificação dos profissionais quanto ao registro adequado e cuidado aos usuários público-alvo dos indicadores, a saber: elaboração e atualização de notas técnicas e elaboração de mapa mental com as regras dos indicadores. No campo de ferramentas de gestão, foi desenvolvido painel em Power BI para acompanhamento dos processos relacionados aos indicadores e foram disponibilizadas para as equipes, centros de saúde e regionais, via Google Drive, planilhas de acompanhamento assistencial de usuários (gestantes, menores de um ano, citopatológico, hipertensão e diabetes) público alvo dos indicadores.

Para a qualificação dos profissionais foram realizadas 39 oficinas presenciais, que contaram com a participação de 715 pessoas, dentre diretores, gerentes, referências técnicas, ACS, dentistas, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. O município também realizou 9 reuniões técnicas *online* sobre os indicadores, registro adequado e ferramentas disponibilizadas, voltadas para técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, que contou com cerca de 890 participantes. Para a qualificação do cuidado para as condições de saúde priorizadas no Programa Previne Brasil, foram realizadas 10 oficinas presenciais de apoio institucional, que contou com 248 participantes de regionais, com a proposta de serem replicadas para as equipes dos Centros de Saúde. Foram utilizadas metodologias e ferramentas ancoradas nos ciclos de melhoria contínua do PDSA e aplicação de *checklist*

para verificação dos processos assistenciais e de gestão. A SMSA também realizou 8 oficinas presenciais sobre o indicador de atendimento odontológico de gestantes para os dentistas, com participação de cerca de 150 profissionais. Visando o compartilhamento de experiências, foi realizado webinar com apresentação de experiências de 11 Centros de Saúde que obtiveram os melhores resultados nos indicadores de cuidado às gestantes, com participação de cerca de 450 pessoas, entre gestores, referências técnicas, médicos, equipes de enfermagem, ACS e demais colaboradores das unidades.

Outras ações de destaque nos relatórios de gestão que podem ter contribuído para a melhoria dos resultados dos indicadores e para a qualificação do cuidado às gestantes são: o projeto estratégico “Implementação da rede de vigilância ativa de gestantes e gestão do cuidado às populações vulneráveis com sífilis”, que dentro o escopo de atuação inclui o acompanhamento das gestantes com sífilis; a implantação do projeto piloto do Ministério da Saúde em 4 centros de saúde de Belo Horizonte para utilização dos Testes Rápidos DUO, que investigam Sífilis e HIV simultaneamente em gestantes durante o pré-natal; o Grupo de Trabalho Mulheres em Situação de Vulnerabilidade, que inclui gestantes; a atuação da Equipe Multiprofissional de Apoio às Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidade (EMAP-GPV); realização do Fórum Perinatal Ampliado, que visa fortalecer e melhorar os fluxos e contrafluxos da rede de assistência materno fetal e infantil; as reuniões do Comitê Municipal de Transmissão Vertical e Mortalidade Fetal e Infantil (CMTVMFI) e a investigação e monitoramento dos casos de gestantes e crianças, em especial de sífilis e HIV; a elaboração e divulgação do “Protocolo Colaborativo Diabetes Mellitus – Síntese Operativa para o Cuidado”, que apresenta atualizações no manejo do diabetes mellitus, orientando os profissionais de saúde para a condução clínica na diversidade de situações, para uma ampliada e otimizada assistência à população; e o curso de Atualização em Pré-natal, em formato de educação à distância (EAD), que contou com 659 profissionais médicos e enfermeiros da APS inscritos.

Com relação às ações relacionadas ao indicador de coleta de exame citopatológico, a SMSA realizou o compartilhamento das ações e apresentação dos resultados relacionados ao indicador em cada regional no ano de 2022. Além da organização, acompanhamento e avaliação dos mutirões para coleta de exame citopatológico do colo do útero nos Centros de Saúde, com realização de 88 mutirões e coleta de 3.145 exames preventivos.

Também foram identificadas ações que podem ter contribuído para a melhoria do indicador de diabetes, como: a realização de *live* “Encontro de Saberes: Protocolos Colaborativos”, com a participação de 420 profissionais para divulgação do Protocolo publicado em 2021; e a realização de capacitação no cuidado às pessoas com diabetes, denominada “Conversando com a Rede: A gestão clínica e o matriciamento no cuidado interdisciplinar aos usuários diabéticos no Território”.

Apesar da gama de ações realizadas pelo município, os resultados nos indicadores ainda estão aquém da meta, que podem ser justificados por problemas de registro e pelas próprias regras do Programa. A incorporação de indicadores com inúmeras regras consideradas para financiamento impõe mudanças de processos que precisam de tempo para serem absorvidas pelos profissionais (ANDRADE *et al.*, 2016). A falta de materiais e insumos e a deficiência de estrutura para a realização de exames ginecológicos têm sido apontadas como motivos para as baixas prevalências de cobertura do citopatológico (TOMASI *et al.*, 2017), contudo, nos relatórios analisados não houve menção de tais deficiências. Cunha e colaboradores (2019) identificaram que municípios de maior porte populacional apresentaram piores resultados em indicadores de pré-natal avaliados no PMAQ-AB em relação aos de menor porte, o que pode ser explicado por maior dificuldade no equacionamento das ações de políticas públicas por municípios de grande porte, como Belo Horizonte. Ademais, a Covid-19 pode ter influenciado os resultados, devido à

reorganização dos serviços e à menor procura dos usuários para questões crônicas não respiratórias, mediante recomendação de isolamento social e de redução da circulação de pessoas (CAETANO *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2021).

Adesão a programas estratégicos

Na análise dos relatórios do e-Gestor, identificou-se que Belo Horizonte apresentava adesão às seguintes equipes e programas em 2018 e 2019 (período anterior ao Programa Previne Brasil): eSF, eSB, eCR, NASF-AB, ACS, Academia da Saúde (denominada Academia da Cidade pelo município em questão) e custeio de adolescentes em atendimento socioeducativo. Nos anos seguintes as equipes de Saúde da Família e NASF-AB deixaram de apresentar um financiamento específico, porém, como evidenciam os relatórios de gestão, o município permaneceu com essas equipes. Em 2019 haviam 588 eSF e 82 equipes NASF-AB, com aumento em 2023 para 596 e 83, respectivamente. Dessa forma, a perda de financiamento específico para essas equipes não ocasionou sua redução em Belo Horizonte.

Entre os anos de 2020 e 2023, além do custeio das eSB, eCR, ACS, Academia da Saúde e dos adolescentes em atendimento socioeducativo, foram incorporados recursos para o Programa Saúde na Hora, Programa de Informatização da APS, Programa Saúde na Escola (PSE), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD). Contudo, os 3 últimos programas já eram vinculados a financiamentos federais, porém não constavam no escopo de recursos para a Atenção Primária. Adicionalmente, em 2023, Belo Horizonte apresentou adesão também à eAPP e ao incentivo de atividade física.

A primeira menção específica das ações voltadas para o Incentivo para Ações Estratégicas consta no RDQA do 1º quadrimestre de 2023. A ação consistiu na realização de reuniões presenciais e *online* com cada regional e os gerentes dos Centros de Saúde. O objetivo desses encontros foi apresentar as equipes e os programas aderidos pelo município e alinhar aspectos que os gestores precisam estar atentos para evitar a perda de financiamento federal relacionado a esse componente do Programa Previne Brasil. Contudo, em relatórios anteriores são apresentados os quantitativos das equipes/profissionais (eSF, eCR, eSB, NASF-AB, ACS) e estabelecimentos (Academia da Saúde, CEO, LRPD) com a descrição das ações desenvolvidas pelos mesmos, além das atividades relacionadas aos programas PSE e de adolescentes em atendimento socioeducativo (vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei - PNAISARI). No período analisado não foram mencionadas ações relacionadas ao Programa de Informatização da APS.

O Programa de Apoio à Informatização da APS teve boa adesão em Minas Gerais, chegando a 699 municípios em 2021. A informatização da APS constitui estratégia importante para o planejamento e monitoramento de ações, automatização dos processos, qualificação da gestão da informação e da gestão clínica, caracterização do perfil epidemiológico da população e auxílio na coordenação do cuidado pela APS (SORANZ; PINTO; CAMACHO, 2017; CAVALCANTI *et al.*, 2018; LOPES; MONTEIRO; SANTOS, 2020).

O Programa Saúde na Hora é mencionado apenas no RQDA do 3º quadrimestre de 2019, que contextualiza a adesão do município ao Programa, com ampliação do horário de funcionamento dos Centros de Saúde para 12 horas diárias. Esse formato proporciona prioritariamente a melhoria da qualidade do cuidado ofertado por meio da Estratégia da Saúde da Família e a ampliação do acesso do usuário aos serviços de saúde. Para que a ampliação fosse possível, foram contratados 828 profissionais entre enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos em farmácia e auxiliares administrativos, favorecendo o acesso e a

organização das unidades. O Saúde na Hora tem se mostrado promissor na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados. Em 2022 existiam 2.600 Unidades Básicas de Saúde (UBS) atuando com horário estendido, distribuídas em 595 municípios brasileiros. O funcionamento das UBS apenas em horário comercial constitui uma barreira de acesso aos cuidados à população, e mediante instituição do Saúde na Hora houve ampliação do acesso a população trabalhadora e a pessoas que nunca tinham frequentado os serviços da APS, bem como ampliação do número de atendimentos e procedimentos, aumento da resolutividade e da satisfação dos usuários (ALMEIDA; PEREIRA, 2020; HARZHEIM *et al.*, 2022).

O credenciamento das eAPP se consolidou no município em 2023, sendo que os relatórios de gestão apontam que houve uma solicitação inicial de credenciamento junto ao Ministério da Saúde em 2021 e posteriormente em 2022, com aprovação em abril de 2023 de e equipes para Belo Horizonte, contemplando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

CONCLUSÃO

Belo Horizonte apresenta uma extensa e complexa rede de atenção à saúde, que impõe desafios no desenvolvimento e disseminação de ações. O município vinha gradativamente aumentando sua população cadastrada nos sistemas do Ministério da Saúde, qualificando os dados cadastrais e a exportação, e já no início de 2020 havia superado a população do censo. Com relação aos indicadores, o município realizou ações de qualificação dos profissionais, desenvolvimento de ferramentas e materiais orientadores. Houve uma melhoria nos resultados em 2023 se comparado a 2022, quando houve mudanças na fórmula de cálculo, porém de forma menos expressiva que o cadastro. Belo Horizonte permaneceu com as eSF e NASF-AB mesmo na ausência de financiamento específico para essas equipes. Com o Incentivo para Ações Estratégicas houve adesão do município a mais programas, com destaque para o Programa Saúde na Hora, Programa de Apoio à Informatização da APS e eAPP.

Este artigo pode contribuir para debates e reflexões acerca do Programa Previne Brasil, bem como agregar informações para outros municípios desenvolverem ações de qualificação do cuidado e cumprimento dos requisitos do Programa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R.; PEREIRA, F. W. A. Ampliação e flexibilização de horários na APS: análise das experiências do Prêmio APS Forte. **APS em Revista**, v. 2, n. 3, p. 240-244, 2020.

ANDRADE, M. V. *et al.* The Evaluation of the LAB of Chronic Conditions Care (LIACC) in the Municipality of Santo Antônio do Monte, Brazil. **VII Seminário de Economia Mineira**, Diamantina, 2016. Disponível em: <<https://geesc.cedeplar.ufmg.br/the-evaluation-of-the-lab-of-chronic-conditions-care-liacc-in-the-municipality-of-santo-antonio-do-monte-brazil/>>. Acesso em 28 maio 2022.

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, 2015.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira orientadora de serviços do SUS-BH**: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. 2018. Disponível em:

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/carteira-orientadora_servicos-sus-bh-07-11-2018-1.pdf> Acesso em: 14 ago. 2023.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior**. 1º quadrimestre de 2023. 2023. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/1_rdqa-2023_31-05-23.pdf>. Acesso em 14 ago. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Presidência da República, Casa Civil, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em 15 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 39. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em 30 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Previne Brasil**: manual do financiamento da Atenção Primária à Saúde. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Previne Brasil. **Componentes do financiamento da Atenção Primária**. 2022c. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/componentesfinanciamento/>>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021. Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília, DF, 08 jun. 2021a. Edição 105, Seção 1, p. 105. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-1-de-2-de-junho-de-2021-324136445>>. Acesso em 03 dez. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 38, de 10 de janeiro de 2022. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 12 jan. 2022a. Edição 8, Seção 1, p. 102. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-38-de-10-de-janeiro-de-2022-373337659>>. Acesso em 08 maio 2022.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 21 jan. 2022b. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336>>. Acesso em 02 abr. 2022.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 610, de 17 de maio de 2023. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, para dispor sobre os indicadores do pagamento por desempenho no primeiro e segundo quadrimestres do ano de 2023. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 18 maio 2023. Edição 20, Seção 1, p. 96. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-610-de-17-de-maio-de-2023-483958877>>. Acesso em 14 ago. 2023.

BRASIL. Portaria MS nº 930, de 15 de maio de 2019. Dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das unidades de saúde da família. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, DF, 17 mai. 2019c. Edição 94, Seção 1, p. 122. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n%C2%BA-930-de-15-de-maio-de-2019-104562211>>. Acesso em: 02 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 nov. 2019a. Edição 220, Seção 1, p. 97. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em 31 jul. 2020.

BRASIL. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 10 dez. 2019b. Edição 239, Seção 1, p. 172. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>>. Acesso em 24 jan. 2021.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

CAVALCANTI, R. B. *et al.* Informatização da Atenção Básica à Saúde: avanços e desafios. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, e54297, 2018.

COSTA, N. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, 2016.

COSTA N. R; SILVA P. R. F; JATOBÁ A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. **Saúde Debate**, v. 46, n. especial 8, p. 8-20, 2022.

CUNHA, A. C. *et al.* Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 2, p. 459-470, 2019.

DE SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 2, p. 3781-3786, 2021.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v. 42, n.1, p. 208-223, 2018.

HARZHEIM, E. *et al.* Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 609-617, 2022.

HARZHEIM, E. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020.

IBGE. **Censo 2022 panorama: Belo Horizonte**. 2023. Disponível em: <<https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>>. Acesso em 16 ago. 2023.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **Investigação Qualitativa em Educação**, v. 2, p. 242-247, 2015.

LOPES, F. R. L.; MONTEIRO, K. S.; SANTOS, S. How data provided by the Brazilian information system of primary care have been used by researchers. **Health Informatics Journal**, v. 26, n. 3, p. 1617–1630, 2020.

LOPES, S. P. A. *et al.* Evolução dos cadastros individuais no SISAB a partir do novo financiamento da Atenção Básica: Um estudo descritivo. **Pré-print Scielo**, 2021.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **The Journal of Ambulatory Care Management**, v. 40, suppl. 2, p. 4-11, 2017.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MENDELSON, A. *et al.* The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. **Annals of Internal Medicine**, v. 166, n. 5, p. 341-353, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020.

POLI NETO, P. *et al.* Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1377-1388, 2016.

RICE, N. I.; SMITH, P. **Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey**. The University of York. Centre for Health Economics. 1999.

RYAN, A. M. Longterm evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. **Lancet**, v. 388, n. 10041, p. 268-274, 2016.

SARTI, T. D.; FONTENELLE, L. F. O que podemos aprender com a atual realidade da Atenção Primária inglesa? Considerações a partir da tradução de textos da British Journal of General Practice pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-4, 2017.

SILVA, R. S. *et al.* O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: Uma Experiência Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2149–2157, 2021.

SOARES, C. S. **Programa Previne Brasil: análise da mudança do modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde em municípios do estado de Minas Gerais**. 190f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

SOARES, C. S.; CAMARGOS, M. C. S.; NORONHA, K. V. M. S. Financiamento da Atenção Primária à Saúde e os resultados dos componentes do Programa Previne Brasil em Minas Gerais. **Revista Gestão e Planejamento**, v. 24, p. 223-240, 2023.

SOARES, C. S. *et al.* Debate acerca do novo financiamento da APS: um relato de experiência. **RAHIS, Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 18, n. 2, 2021.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; CAMACHO, L. A. B. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 819-830, 2017.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, e00195815, p. 1-11, 2017.

TOMASI, E.; NEDEL, F. B.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. **APS em Revista**, v. 3, n. 2, p. 131-143, 2021.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3437-3445, 2012.

ATROPELAMENTOS DE IDOSOS: DADOS DE UM HOSPITAL PRONTO SOCORRO DO ESTADO DE MINAS

Cristiano Inácio Martins; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Fernanda Gonçalves de Souza; Mestranda em Demografia; Universidade Federal de Minas Gerais

Camilla Stephane Oliveira Silva; Graduanda em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Mirela Castro Santos Camargos; Doutora em Demografia; Universidade Federal de Minas Gerais

Karla Rona da Silva; Doutora em Biomedicina; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: Conhecer o paciente idoso atendido em serviços de urgência e emergência é uma ferramenta de gestão para fortalecer o planejamento do processo de trabalho. Com o envelhecimento populacional e aumento da longevidade, espera-se um aumento na demanda por atendimento dessa população, por diversos motivos, entre eles, as quedas. Assim, esse trabalho objetivou analisar os fatores sociodemográficos e clínicos associados aos atendimentos por atropelamento em pacientes idosos de um pronto-socorro referência para politraumatizado do Estado de Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal descritivo quantitativo e a coleta de dados foi realizada no prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar. Foram incluídas informações de atendimentos por motivo de atropelamento, sendo a amostra composta por 1.165 prontuários de pacientes idosos, atendidos no período de 2015 a 2019. O teste do qui-quadrado avaliou a prevalência de atropelamento e a análise de regressão logística permitiu examinar a associação entre as variáveis estudadas (sexo, idade, estado civil e classificação de risco) e a atropelamento. Diante dos estudos, evidenciou-se que as maiores quantidades de atropelamento foram observadas nos anos de 2016 com 23,61% e o de 2015 com 22,83% o teste acusou diferença entre as prevalências. Pode-se verificar também, uma maior ocorrência de traumatismo de cabeça (32,49%) e com menor incidente o trauma por traumatismo de tórax (3,08%). Os resultados apresentados são insumos para o planejamento de ações necessárias à gestão, políticas públicas e organização da atenção à saúde do idoso, com foco na prevenção e promoção.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Atropelamento. Pronto-socorro.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um desafio mundial e, no cenário atual, apresenta-se como prioridade no planejamento de assistência à saúde. A inversão da pirâmide etária, embora tenha ocorrido inicialmente nos países europeus ocidentais, é uma realidade também dos países da América Latina e do Caribe. Assim, o em decorrência do processo de envelhecimento é evidente à necessidade de melhorias no atendimento da abordagem primária do idoso, no qual

estratégias de prevenção devem ser encorajadas com o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida do indivíduo (SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2017).

De forma geral, quanto maior a faixa etária maior o número de eventos traumáticos, a dificuldade de abordagem e cuidado e principalmente a possibilidade de incapacidade funcional. Vale salientar que os principais eventos traumáticos que os idosos são mais vulneráveis, envolvem dois componentes potencialmente previsíveis, a queda e os acidentes (LEITE *et al.*, 2019). A população idosa brasileira é representada por mais de 13% do total e projeta-se que em 2050 chegue a 29,75%, tornando-se o sexto país com maior número absoluto de idosos (FONSECA, 2018; IBGE, 2009; CHENA *et al.*, 2015; IBGE, 2010).

Observa-se que, paralelo ao crescimento populacional, os idosos têm permanecido ativos por mais tempo, o que tem ocasionado maior suscetibilidade à ocorrência de causas externas. As causas externas são um conjunto de eventos assim denominados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e correspondem às causas de morbidades decorrentes de acidentes e de violências, dentre essas, os acidentes de trânsito (FREITAS, 2015; SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2017).

É fundamental conhecer os mecanismos de trauma com maior prevalência entre os idosos, do ponto de vista de sua natureza e das consequências para a saúde, sobretudo, nas informações trazidas pela análise desta pesquisa. Os dados de morbimortalidade por trauma em idosos têm o imprescindível papel de nortear ações de prevenção, bem como a organização de todo o sistema de atendimento para a ocorrência desses eventos.

A população idosa apresenta características particulares que refletem em maior tempo de hospitalização e chances aumentadas de reinternação, contribuindo para a superlotação dos prontos-socorros e aumento dos custos em saúde. Devido a todos esses fatos mencionados, considerou-se necessário aprofundar o conhecimento acerca do atropelamento na população idosa, portanto, o objetivo deste estudo foi conhecer os fatores sociodemográficos e clínicos do paciente idoso vítima de atropelamento atendido em um pronto-socorro referência para politraumatizado do Estado de Minas Gerais.

REFERENCIAL TEÓRICO

Os acidentes de trânsito configuram-se como um grave problema de saúde pública na atualidade e embora sejam considerados eventos que podem ser prevenidos, apresentam tendências de crescimento (SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2017). Definido pela Organização Pan-americana de Saúde como uma colisão ou incidente envolvendo pelo menos um veículo motorizado em movimento em uma via público ou privado a que a população tem

direito de acesso, podendo ser colisão entre veículos; atropelamento de pedestres ou animais; choque entre objetos fixos ou contra um veículo parado (OPAS, 2012).

O Trauma não é um acidente, embora frequentemente seja assim chamado, trauma é o termo científico cujo significado é lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzido por agentes diversos de forma intencional ou acidental. Assim, este termo deve ser considerado uma doença e não um acidente ou uma fatalidade. Já o acidente é definido como um evento ocorrido por acaso ou oriundo de causas desconhecidas e podem ser prevenidos (DEGANI, 2011; PHTLS, 2011).

No trânsito, os pedestres são considerados vulneráveis por se encontrarem desprotegidos, representando grande parcela dos acidentes graves em que ocorrem mortes ou lesões, desse modo, constituem-se como as vítimas com maior probabilidade de serem internadas ou de morrerem após sofrerem um acidente (MORAIS, 2014).

Estima-se que mais de um milhão de pessoas morram por ano no mundo devido aos acidentes de trânsito, correspondendo a 12% das mortes da população mundial e ocupando o primeiro lugar entre as mortes por causas externas. Os pedestres e motociclistas são as vítimas mais vulneráveis e, dentre os pedestres, as principais vítimas são os idosos e as crianças (Freitas, 2015).

Os idosos, vítimas de trauma, apresentam-se inicialmente com quadro clínico mais crítico necessitando de internação hospitalar com maior frequência e, muitas vezes, requerem cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com maiores possibilidades de desenvolvimento de complicações, o que pode levá-los a morte (SANTOS, 2013; COSTA; FORTES, 2018).

Os principais mecanismos de trauma em idosos, na literatura, são representados por queda, acidente de transporte, atropelamentos, queimadura e agressões (DEGANI, 2011; NETO; HANUSHEK, 2001; SANTOS, 2013). Em pacientes idosos os acidentes de trânsito são considerados as principais causas de trauma, no qual apresentam fatores únicos que os diferem das outras faixas etárias, em destaque mudanças fisiológicas, metabólicas, biomecânicas e maior susceptibilidade a complicações que afetam a qualidade de vida ou promovem o óbito desses pacientes.

Neste contexto é importante compreender que o próprio envelhecimento promove as circunstâncias de trauma, com o aumento da presença de acidentes domésticos e traumas de menor energia cinética. Vale salientar que o envelhecer promove alterações, diminuição da propriocepção, da resposta motora, surgimento de tremores, redução da acuidade visual e

auditiva no qual proporciona a formação do número de tropeços e conseqüentemente quedas (LEITE *et al.*, 2019).

Em sua pesquisa Rodrigues e Ciosak (2012) afirmam que, independentemente das outras variáveis incluídas no modelo de pesquisa (queda ou outros tipos de trauma como acidente automobilístico, atropelamentos, etc), o gênero feminino, a presença de cuidador, medicação de uso contínuo e presença de problemas auditivos aumentam significativamente a probabilidade de trauma por queda. No entanto, isso também significa dizer que, por outro lado, o gênero masculino, a ausência de cuidador, o não uso de medicação de uso contínuo e a ausência de problemas auditivos, aumentam a probabilidade de trauma por outros eventos.

Nessa perspectiva, Degani *et al.* (2014) salienta que os homens nas faixas etárias mais novas, se exponham mais a traumas, pelo fato de que circulam mais pelo perímetro urbano, enquanto as idosas, na maioria das vezes, circulam por lugares mais próximos de seus domicílios. Ainda chama a atenção que as práticas de risco estejam fortemente associadas ao sexo masculino, o que torna os homens as maiores vítimas da violência, potencializada pelas desigualdades sociais e outras condições adversas.

Dessarte, tratando-se de populações específicas como os idosos que geralmente possuem reserva fisiológica diminuída, apresentam doenças prévias e fazem uso de medicamentos diversos. Dessa forma, estes fatores devem estar claros para a equipe que o assiste, sobretudo em seu primeiro atendimento, possibilitando a prevenção de complicações (DEGANIET *et al.*, 2014). Ressalta também que, os profissionais de saúde devem ter a compreensão do impacto do trauma na vida do idoso, uma vez que suas conseqüências físicas, emocionais e sociais, podem ser evitadas, por meio de medidas preventivas que abordem a educação no trânsito, prevenção de acidentes, valorização do indivíduo em qualquer idade, cuidados com a saúde dos idosos, entre outros.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa, realizado a partir dos dados de atendimento de um pronto-socorro de referência para politraumatismo do Estado de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a março de 2020, e foi realizada em fonte secundária, utilizando as informações contidas no prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) institucional.

O SIGH é um sistema totalmente integrado, desenvolvido em ambiente web, com módulos independentes, centralizado em base única. Os módulos do sistema permitem a integração das informações de prontuário, atendimento, enfermagem, bloco cirúrgico, exames,

farmácia, hotelaria, custos, gestão, Central de Material Esterilizado, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, faturamento e protocolos clínicos, tem como principal objetivo garantir a informatização dos processos de atendimento do paciente, gerando informações consistentes, disponíveis para todos os níveis gerenciais, em tempo real (GONÇALVES *et al.*, 2012).

Foram incluídas na pesquisa informações da base de dados de atendimentos por motivo de atropelamento, sendo a amostra composta por 1.165 prontuários de idosos. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade igual e superior a 60 anos, atendidos no período de 2015 a 2019. As variáveis investigadas foram: idade, sexo, estado civil e o tipo de risco (segundo classificação de Manchester).

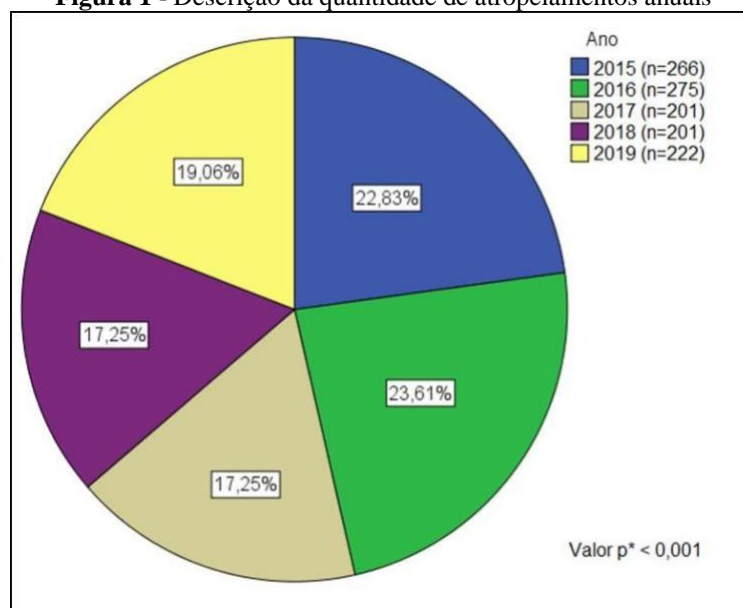
Os dados foram armazenados em planilha do programa Excel 2010®, codificados, sendo elaborado um dicionário de dados, os quais foram transcritos utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel. Após revisão e correção de erros, esses dados foram exportados e analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19. O teste do qui-quadrado avaliou a prevalência de atropelamentos no período estudado. A análise de regressão logística foi o método estatístico que permitiu examinar a associação entre as variáveis estudadas e o atropelamento.

Dessa forma, a regressão logística simples e multivariada verificou a associação entre a variável dependente (atropelamento) e as demais variáveis independentes (sexo, faixa etária, estado civil, classificação de Manchester), em que se calculou o *Odds ratio* (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos. Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos sob o nº do CAAE 98627418.0.0000.5149 e parecer nº 3.082.692.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A figura 1 demonstra que as maiores quantidades de atropelamento foram observadas para os anos de 2016 com 23,61% (n=275) e o de 2015 com 22,83% (n=266). O teste acusou diferença entre as prevalências, portanto, pode-se afirmar que entre os anos de 2015 e 2019 houve uma quantidade de atropelamentos diferentes entres os anos (Figura 1).

Figura 1 - Descrição da quantidade de atropelamentos anuais



*. Teste do qui-quadrado.
Fonte: Elaboração própria.

A tabela 1 mostra a análise de regressão logística simples e múltipla e as associações com o motivo de entrada atropelamento. A associação do sexo com motivo de entrada foi significativa, um paciente do sexo feminino tem 36,3% menos chances de ser atropelado em relação a um paciente do sexo masculino. Quando se avalia o sexo em conjunto com as demais variáveis essas chances são reduzidas em 41,8%.

Um paciente com faixa etária de 70 a 74 anos tem 30,1% menos chances de ser atropelado em comparação a um paciente na faixa de 60 a 64 anos. Essas chances são reduzidas em 29,8% se o paciente for da faixa de 75 a 79 anos, menos 45,7% se for da faixa de 80 a 84 anos, menos 52,3% se for da faixa de 85 a 89 anos, menos 62,8% se for da faixa de 90 a 94 anos e menos 82,3% se for da faixa de 95 a 99 anos. Quando se avalia a faixa etária com as demais, a faixa de 70 a 74 anos tem estas chances reduzidas em 36,5%, a de 80 a 84 anos redução de 49,9 e a de 85 a 89 anos redução de 70,2%.

Um viúvo (a) tem 32,3% menos chances de ser atropelado em relação a um solteiro (a). Na avaliação do estado civil com as demais variáveis não se observou significância estatística. Um paciente com classificação de Manchester laranja tem 8,0 vezes mais chances de ser atropelado em comparação a um paciente com classificação azul. Estas chances são aumentadas 5,1 vezes se o paciente tiver a cor vermelha como a de classificação. Quando se avalia a classificação com as demais, a classificação laranja tem estas chances aumentadas em 8,2 vezes e a cor vermelha aumento de 5,4 vezes (Tabela 1).

Tabela 1 - Associação do Atendimento por Atropelamento com o Sexo, Faixa Etária, Estado Civil e Classificação de Manchester

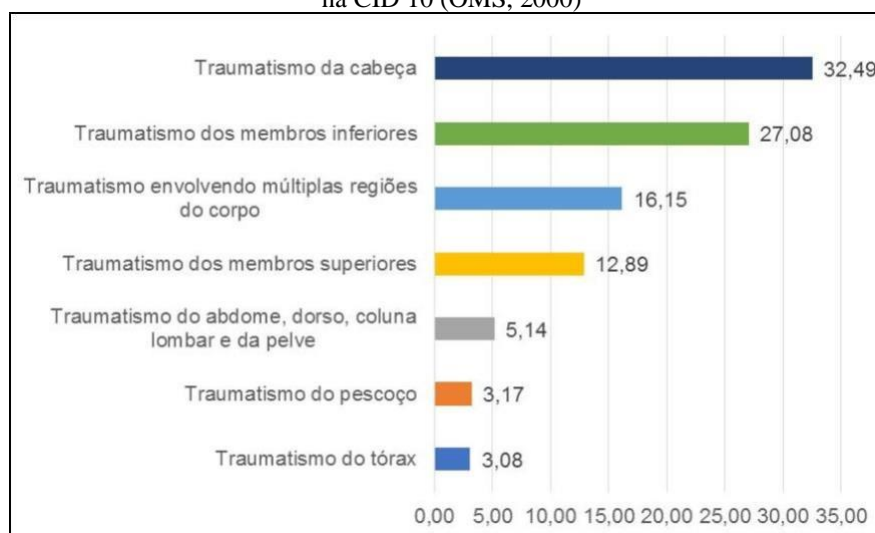
Variável dependente - Motivo de entrada (Atropelamento)	Valor p*	OR (bruto)	95% Intervalo de Confiança para OR		Valor p*	OR (ajustado)	95% Intervalo de Confiança para OR	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Sexo	Masculino	-	1	-	-	1	-	-
	Feminino	< 0,001	0,637	0,554	0,734	0,011	0,582	0,440 0,769
Faixa etária	60 a 64 anos	-	1	-	-	1	-	-
	65 a 69 anos	0,171	0,876	0,726	1,059	0,415	0,858	0,594 1,240
	70 a 74 anos	0,001	0,699	0,567	0,861	0,030	0,635	0,422 0,956
	75 a 79 anos	0,002	0,702	0,563	0,876	0,347	0,823	0,549 1,235
	80 a 84 anos	< 0,001	0,543	0,416	0,710	0,006	0,501	0,307 0,817
	85 a 89 anos	< 0,001	0,477	0,343	0,663	< 0,001	0,298	0,155 0,575
	90 a 94 anos	0,001	0,372	0,207	0,670	0,058	0,227	0,049 1,051
	95 a 99 anos	0,020	0,177	0,041	0,760	0,503	0,563	0,105 3,026
100 anos ou mais	0,999	0,000	0,000	0,000	0,999	0,000	0,000	
Estado civil	Solteiro (a)	-	1	-	-	1	-	-
	Viúvo (a)	0,011	0,677	0,500	0,916	0,427	1,224	0,743 2,016
	Casado (a)/união estável/amigado	0,743	1,035	0,843	1,270	0,823	1,040	0,738 1,466
	Divorciado (a)/separado (a)	0,431	0,870	0,614	1,231	0,845	1,057	0,607 1,838
Classificação de Manchester	Azul	-	1	-	-	1	-	-
	Verde	0,951	0,971	0,382	2,470	0,949	0,963	0,308 3,009
	Amarelo	0,634	1,241	0,510	3,018	0,646	1,291	0,435 3,827
	Laranja	< 0,001	8,010	3,441	18,648	< 0,001	8,239	2,918 23,264
	Vermelho	< 0,001	5,124	2,048	12,821	0,003	5,454	1,758 16,926

*. Regressão logística simples; **. Regressão logística múltipla; OR - OddsRatio; 1. Categoria de referência; significativo se $p < 0,050$.

Fonte: Elaboração própria.

A Figura 2 exibe os tipos de lesões corporais mais prevalentes nos idosos que sofreram atropelamento, com base na CID 10 (OMS, 2000). Constatou-se maior ocorrência de traumatismo de cabeça (32,49%) seguido de traumatismo dos membros inferiores (27,08%).

Figura 2 - Tipos de lesões corporais mais prevalentes nos idosos que sofreram atropelamento, com base na CID 10 (OMS, 2000)



Fonte: Elaboração própria.

Assim, os resultados contribuem para o conhecimento do perfil do idoso atendido em um serviço de urgência, constatando-se a vulnerabilidade do idoso aos eventos traumáticos ocasionados pelos atropelamentos, despertando para os possíveis agravos gerados por esses eventos em um grupo populacional que já apresenta limitações próprias do processo de envelhecimento.

Os acidentes de trânsito são as principais causas de vítimas com diagnóstico de politraumatismo, que podem ser definidos como lesões múltiplas de extensão, intensidade e gravidade variáveis, podendo ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, elétricos), de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas (GONÇALVES *et al.*, 2012). Cabe ressaltar a escassa literatura nesse tema, sendo que o enfoque da maioria das pesquisas está voltado para a queda. Considera-se que a ocorrência do politraumatismo é um problema de saúde pública, gera internação hospitalar de alto custo, podendo resultar em incapacidades físicas temporária, permanente e até mesmo a morte (VIEIRA; MAFRA; ANDRADE, 2011).

Neste estudo, compuseram a amostra 1.165 prontuários de pacientes idosos vítimas de atropelamento, com maior quantidade de atendimento nos anos de 2016 com 23,61% (n=275) e o de 2015 com 22,83% (n=266).

Foram observadas maiores chances de ocorrência de atropelamento no sexo masculino e em faixa etária mais jovem, 60 a 64 anos. Esse resultado corrobora com outros estudos nacionais (Teresina, Curitiba, Ribeirão Preto) e internacionais (Estados Unidos da América), ratificando que quando o mecanismo de trauma foi o atropelamento, ocorreu maior prevalência do sexo masculino e predomínio na faixa etária 60 a 79 anos de idade (SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2017; KIMURA; LOURENÇO, 2017; FREITAS, 2015; JÚNIOR; FOLCHINI; RUEDIGRE, 2013; ETEHAD *et al.*, 2015; LOMBARDI; HORREY; COURTNEY, 2017; MCELROY *et al.*, 2013).

A ocorrência de atropelamento envolvendo idosos diferencia-se em alguns pontos dos acidentes da mesma etiologia envolvendo indivíduos de outras faixas etárias. Podendo sofrer influências decorrentes do processo de envelhecimento, uma vez que, naturalmente, a pessoa, ao envelhecer, passa a vivenciar limitações de algumas de suas habilidades, incluindo declínios sensoriais, perceptuais, cognitivos e motores que podem afetar sua direção (ETEHAD *et al.*, 2015; LOMBARDI; HORREY; COURTNEY, 2017).

Uma possível explicação para as maiores chances de ocorrências de atropelamentos em idosos solteiros, seja um maior envolvimento em eventos sociais, desta forma, permanecendo mais expostos. Estudo observacional realizado na Suíça com adultos mais velhos e mais jovens

constatou que atravessar uma rua pode ser uma tarefa muito difícil para pedestres mais velhos. Nesse caso, os pedestres mais jovens se comportaram de maneira mais segura ao atravessar a rua, em comparação com os mais velhos, que passam por um declínio cognitivo com o avançar da idade. Para os autores, os idosos tomam a decisão de atravessar a rua principalmente com base na distância dos veículos, e não em sua velocidade, superestimam a própria velocidade de caminhada, não conseguindo adaptá-la às condições do tráfego (YEO *et al.*, 2009).

O predomínio do atropelamento dentre os acidentes de trânsito envolvendo idosos relaciona-se, em partes, com a dificuldade de travessia da pista entre esses pedestres, em virtude de o declínio cognitivo ficar mais acentuado com o aumento da idade. Nesse contexto, devem ser levadas em consideração as particularidades do pedestre idoso, como marcha mais lentificada, redução da capacidade visual, dentre outras alterações comuns do processo de envelhecimento. Muitas vezes as avenidas são largas, por andarem mais devagar, o tempo permitido pelos semáforos pode ser curto para que o idoso consiga atravessar com segurança, contribuindo para o atropelamento (LOMBARDI; HORREY; COURTNEY, 2017).

Os dados analisados neste estudo demonstram que a cor vermelha foi a classificação de Manchester com maior prevalência, seguido da cor laranja. O protocolo de Manchester é considerado ferramenta sensível para detectar, na porta de entrada dos serviços de emergência, os pacientes que precisarão de cuidados críticos, a cor corresponde ao tempo-alvo para atendimento, sendo vermelho atendimento imediato e laranja dez minutos, ambas sinalizam para maiores gravidades (ZITO *et al.*, 2015).

O trauma no idoso representa um desafio único para as equipes de trauma. Embora os mecanismos de lesão possam ser semelhantes àqueles para a população mais jovem, dados bem estabelecidos demonstram aumento da mortalidade de adultos idosos com trauma de semelhante gravidade (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2014; VIEIRA; MAFRA; ANDRADE, 2011).

Dentre os fatores que influenciam nas taxas de mortalidade encontram-se falhas na triagem, senescências do sistema orgânico, tanto anatômico como fisiológico, doenças pré-existentes e fragilidades, todos desempenham um papel que colocam os idosos vítimas de trauma em maior risco (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2014).

Neste estudo, o Traumatismo Cranioencefálico (TCE) foi a lesão corporal com maior número de ocorrência (32,49%), seguido de traumatismo de membros inferiores. O traumatismo Cranioencefálico é um problema de proporções epidêmicas na população idosa, as incidências são altas, com números estimados de 12 mil mortes nos Estados Unidos (ATLS, 2008; MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2014).

O envelhecimento faz com que a dura-máter esteja mais aderente ao crânio, aumentando assim o risco de hematomas peridural, além disso, os idosos costumam utilizar medicamentos anticoagulantes e antiplaquetários para condições de doenças pré-existentes, somado aos impactos gerados pelo atropelamento colocando o indivíduo idoso em alto risco para hemorragias intracerebrais (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2014; VIEIRA; MAFRA; ANDRADE, 2011; ATLS, 2008).

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo sinalizam para uma vulnerabilidade do idoso na condição de pedestre em se tornar uma potencial vítima de atropelamento. Isso aponta para a necessidade de replanejamentos e intervenções dos governantes, a fim de criar estratégias com as quais essa população possa ter mais liberdade na sua mobilidade, com melhor qualidade de vida e de acessibilidade. Por outro lado, este resultado tem o potencial de despertar os gestores na organização da rede de assistência no atendimento a essa demanda, visto que, o idoso, vitimado por trauma, requer uma assistência multiprofissional, pois tem potencial risco de complicação e maior tempo na permanência hospitalar e, conseqüentemente, com maiores custos para o serviço de saúde.

Destacam-se, assim, as campanhas de educação de trânsito com abordagem do respeito ao idoso pedestre, sendo um recurso importante a ser utilizado pelos serviços de saúde e órgão de trânsito, com vistas a conscientizar a população das limitações e a vulnerabilidade dos idosos, garantindo sua inclusão social e uma melhora na qualidade de vida. Por outro lado, a conscientização do idoso, família e cuidadores sobre as limitações fisiológicas do envelhecimento são importantes para garantir a responsabilidade no deslocamento seguro.

Adicionalmente, é necessárias intervenções de engenharia de tráfego, garantindo a manutenção das condições das vias públicas, adequação e manutenção dos semáforos e faixas de pedestres, iluminação de todas as faixas de travessias, melhorando a visibilidade dos pedestres aos condutores de veículos no período noturno, o controle velocidade por meio de fiscalização sistemática e abrangente com aplicação de medidas punitivas aos infratores. Todavia, cabe ressaltar a importância da inserção do especialista em geriatria e gerontologia nos serviços de atendimento ao trauma no idoso. Dessa forma, oportunizar atendimento pela equipe multiprofissional na abordagem inicial e acompanhamento quando demandar internação hospitalar com vista a redução das sequelas decorrente do agravo à saúde, conforme recomenda o Estatuto do Idoso.

REFERÊNCIAS

ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT (ATLS). **Suporte avançado de vida no trauma para médicos**. Colégio Americano de Cirurgiões - Comitê de trauma; 2008. (Manual do curso de alunos).

CHENA, D.N.C.; ORTALANI, F.P.B.; MAGALHÃES, F.G.; WITTER, C.; RODRIGUES, G.M. Envelhecimento e Interdisciplinaridade: Análise da produção científica. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/e/psi-70097>. Acesso em: 14ago. 2023.

COSTA, A.C.C.; FORTES, R.C. Principais intercorrências e desfechos clínicos de idosos vítimas de trauma na unidade de terapia intensiva. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/55366>. Acesso em: 14 ago. 2023.

DEGANI, G. C. et al. Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kKcmvzC4KmwfxKBQMBVgCB/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 14 ago. 2023.

DEGANI, G. C. **Trauma em idosos**: características e evolução. 2011. Dissertação.153 p. Mestrado em Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

ETEHAD, H. et al. Impacto of road traffic accidents on the elderly. **Arch GerontolGeriatr**, v. 63, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26321733>. Acesso em: 14 ago. 2023.

FONSECA, R. F. M. R. **Prevenção de queda nos idosos**: adesão na atenção primária. 2018. 162 p. Dissertação. Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

FREITAS, M.G., et al. Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2015 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000300701&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 ago. 2023.

GONÇALVES, M. A. et al. Acordo Externo de Resultados: inclusão de nova variável no Modelo de Gestão FHEMIG e sua possível influência. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-909624>. Acesso em: 14 ago. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**, 2010.

JÚNIOR, C. A.; FOLCHINI, A. B.; RUEDIGRE, R. R. Comparativestudyof trauma in theelderlyandnonelderlypatients in a University Hospital in Curitiba. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 40, n. 4, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n4/en_v40n4a05.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

KIMURA, F. A.; LOURENÇO, H. M. **Guia de emergências traumáticas e clínicas**. 2. ed. Belo Horizonte: Health, 2017.

LEITE, P. S. et al. Fatores Epidemiológicos do Trauma em Pacientes Idosos Atendidos em Serviços de Emergência. **Revista Multidisciplinar de Psicologia**, v.13, n. 48, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2250>. Acesso em: 14 ago. 2023.

LOMBARDI D. A.; HORREY, W. J.; COURTNEY, T. K. Age-related differences in fatal intersection crashes in the United States. **Accid Anal Prev**, v. 99, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27855312>. Acesso em: 14 ago. 2023.

MACKWAY-JONES K.; MARSDEN J.; WINDLE J. eds. **Emergency triage**: Manchester triage group. John Wiley & Sons; 2014.

MCELROY, L. M. et al. A single urban center experience with adult pedestrians struck by motor vehicles. **Wisconsin Medical Journal**, Madison, v. 112, n. 3, 2013. Disponível em: https://www.wisconsinmedicalsociety.org/_WMS/publications/wmj/pdf/112/3/117.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

MORAIS, J. R. et al. Análise do trauma em idosos internados por atropelamento. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 3, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9702/9768>. Acesso em: 14 ago. 2023.

NETO, J.B.G.; HANUSHEK, E.A. Etiologia do trauma. In: FREIRE, E. Trauma: a doença dos séculos, **Atheneu**, v. 1, 2001. Disponível em: [http://hanushek.stanford.edu/sites/default/files/publications/Gomes-Neto%20Bhanushek%201994%20EDCC%2043\(1\).pdf](http://hanushek.stanford.edu/sites/default/files/publications/Gomes-Neto%20Bhanushek%201994%20EDCC%2043(1).pdf). Acesso em: 14 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Gestão da velocidade**: um manual de segurança viária para gestores e profissionais da área. Brasília, 2012.

PREHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT (PHTLS). **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. National Association of Emergency Medical Technicians, 2011.

RODRIGUES, J.; CIOSAK, S. I. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Rc8XJpLXkZFj6LFzvz8bmGF/?lang=pt#>. Acesso em: 14 ago. 2023.

SANTOS, A. R. **Trauma por acidente de trânsito no idoso**: fatores de risco e consequências. 2013, 151 p. Tese, Doutorado em Ciências, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SANTOS, A.M.R.D.; RODRIGUES R.A.P.; DINIZ M.A. Trauma by Traffic Accident in Elderly People: Risk Factors and Consequences. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Santa Catarina, v. 26, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/TgdGH74VTnpwGcjj67fdkL/?lang=en>. Acesso em: 14 ago. 2023.

VIEIRA, C. A. S.; MAFRA, A. A.; ANDRADE, J. M. O. **Protocolo Clínico sobre Trauma**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.

YEO, Y. Y. et al. A review of elderly injuries seen in a Singapore emergency department. **Singapore Medical Journal, Singapore**, v. 50, n. 3, 2009. Disponível em: <http://smj.sma.org.sg/5003/5003a6.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023.

ZITO, G. A. et al. Street crossing behavior in younger and older pedestrians: an eye and head-tracking study. **BMC Geriatrics**, v. 15, n. 176, 2015. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-015-0175-0>. Acesso em: 14 ago. 2023.

DESAFIOS PARA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Luciana Novais Martins; graduanda em Gestão de Serviços de Saúde;
Universidade Federal de Minas Gerais

Wanessa Debórtoli de Miranda; Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou - FIOCRUZ Minas; Universidade Federal de Minas Gerais

Doane Martins da Silva; Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas faz parte do grupo das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, que visam combater as iniquidades em saúde e garantir o acesso com equidade para as populações em maior vulnerabilidade. O presente artigo objetiva descrever, por meio de uma revisão integrativa da literatura, os desafios para a garantia do direito à saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. A conquista do direito à saúde perpassa pelo surgimento do conceito de proteção social, pelo reconhecimento dos direitos sociais e pela evolução do conceito de saúde, que evoluiu de um entendimento simplificado de ausência de doença para uma visão que considera os determinantes sociais. No Brasil, o direito à saúde foi estabelecido na Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde, que tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), criada em 2011, integra o grupo das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde e tem como objetivo melhorar a saúde das populações que vivem nesses territórios, considerando suas vulnerabilidades e especificidades. Foi realizada uma revisão integrativa de literatura direcionada para responder à pergunta norteadora: “Quais são os desafios para a garantia do direito à saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?” Os estudos foram pesquisados nas bases de dados científicas: Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram consideradas publicações dos últimos 05 anos. Os artigos foram selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos e posteriormente a leitura dos artigos completos, coleta das informações, análise e discussões. Os resultados permitiram identificar alguns desafios para a garantia do direito à saúde das populações do campo, da floresta e das águas, como a dificuldade de acesso aos serviços, como distância e ausência de transporte, as deficiências nos equipamentos de saúde e a falta de conhecimento de profissionais e gestores no reconhecimento das especificidades e valorização dos saberes e práticas dessas populações. Conclui-se que a garantia do direito à saúde das populações do campo, da floresta e das águas exige ações intersetoriais e melhorias na formação dos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à Saúde; Necessidades de Saúde; Saúde da População Rural; Revisão da Literatura.

INTRODUÇÃO

A equidade, princípio ético e político do Sistema Único de Saúde (SUS), assume que a garantia do direito à saúde requer reconhecer as desigualdades e vulnerabilidades dos diferentes grupos sociais. Em vista disso, a promoção desse princípio no SUS exige ações e elaboração de políticas com o objetivo de combater as iniquidades em saúde (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2022; RAMOS; DINIZ, 2019). As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, são voltadas às populações específicas mais expostas e vulneráveis as desigualdades no campo da saúde coletiva. O objetivo de tais políticas é combater as iniquidades em saúde e garantir o acesso com qualidade, assegurando também o direito à saúde, fundamental para

garantia da cidadania (BRASIL, 2013B; RAMOS; DINIZ, 2019; SANABRIA, 2022; SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020; SILVA, 2021).

No Brasil, o direito à saúde está na Constituição, integrando os direitos sociais garantidos pelo Estado Democrático de Direito. No texto constitucional brasileiro a saúde é estabelecida como um direito universal e o conceito de saúde é ampliado, uma vez que defende que o Estado deve garantir tal direito através de políticas públicas que visem diminuir os riscos de adoecimento e assegura o acesso a todos (BRASIL, 1988). Nesse sentido, saúde não significa apenas ausência de doença, mas os determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença da população passam a ser reconhecidos (Brasil, 1990).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), objeto deste estudo, integra o grupo das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, visto que tais populações estão mais expostas às situações de iniquidade em saúde (BRASIL, 2013B; CARVALHO *et al.*, 2014). A elaboração e instituição da PNSIPCFA significou uma vitória dos movimentos sociais que representam essas populações (Betoncello; Badalotti; Kleba, 2020; Silva, 2016). Essa política é direcionada às populações que vivem em ambientes do campo, da floresta e aquáticos, que têm seu modo de vida, produção e reprodução social fortemente relacionados com o local em que vivem e seu objetivo é melhorar o nível de saúde de tais populações (BRASIL, 2013a).

A PNSIPCFA é caracterizada pela participação social, com destaque para os movimentos sociais na sua elaboração, implementação e fiscalização (Betoncello; Badalotti; Kleba, 2020; Silva, 2016). A efetivação dessa política exige ações compartilhadas entre as três esferas de governo, a participação da sociedade civil e o engajamento de gestores e profissionais de saúde. Desse modo, é essencial conhecer as realidades e necessidades dos territórios (BRASIL, 2013A, BRASIL, 2011; BRASIL, 2022; SILVA, 2016; SILVA, 2017).

Diante do exposto, surge a necessidade de responder o seguinte questionamento: quais são os desafios para a garantia do direito à saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?

REFERENCIAL TEÓRICO

Direito à saúde: perspectiva internacional e nacional

A concepção do direito à saúde envolve a análise da evolução do conceito de proteção social e do conceito de saúde ao longo da história. O conceito de proteção social foi concebido na Europa Ocidental no século XIX, com destaque para Alemanha e Inglaterra, resultado das lutas sociais dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho, sendo considerado um componente indispensável da cidadania. O direito à saúde passou a integrar os direitos sociais, considerado também um direito humano fundamental (RAMOS; DINIZ, 2019; SANABRIA, 2022; SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020; SILVA, 2021). No Brasil, o direito à saúde está consagrado na Constituição Federal de 1988, mas sua efetivação requer a implantação de organizações e políticas públicas de educação, saúde e assistência social (BRASIL, 1988; SANABRIA, 2022).

De forma semelhante, o conceito de saúde passou por mudanças ao longo do tempo, que partiu de uma concepção mágico-religiosa até a compreensão atual, englobando o bem-estar físico, mental e social (Bisco; Sarreta, 2019; Scliar, 2007; OMS, 1946). Durante o século XIX, importantes avanços na medicina, como a descoberta através do microscópio, de micro-organismos causadores de doença por Louis Pasteur, bem como o surgimento da epidemiologia e estudos sobre desigualdades da mortalidade, influenciaram o entendimento da saúde (SCLIAR, 2007).

As bases da seguridade social foram introduzidas na Alemanha, no final do século XIX, em resposta as pressões dos trabalhadores (SCLIAR, 2007; RAMOS; DINIZ, 2019). O massacre provocado pela Segunda Guerra Mundial instalou na sociedade a necessidade de conceber um novo pacto que assegurasse os direitos fundamentais e estimulasse a promoção da saúde (DALLARI, 1988). Tal necessidade também foi verificada pelo sistema capitalista, que se via diante de um cenário de instabilidade política, econômica e social. Dessa forma foi estabelecido o Estado de Bem-Estar Social, que resguarda a necessidade de igualdade, reconhecimento dos direitos sociais e segurança econômica. A seguridade social passou a ser o núcleo desse modelo de estado, com o direito à saúde entrando nas agendas governamentais (RAMOS; DINIZ, 2019). Nesse sentido, ocorreu a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945, e logo em seguida, a Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo como objetivo a conquista do nível de saúde mais elevado para todos os povos, conceituando a saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (DALLARI, 1988; OMS, 1946).

No Brasil, apenas no século XX iniciou-se a intervenção do Estado nas questões sociais (Bisco; Sarreta, 2019). Na saúde as ações do Estado restringiam-se apenas ao controle de epidemias, o que era insuficiente, diante do crescimento desorganizado das cidades (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020). A evolução do sistema de saúde brasileiro passou por diferentes fases, incluindo a promulgação da Lei Elói Chaves com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923; a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em 1932 e a unificação destes, com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, sob a ditadura do regime militar, que valia-se da tecnocracia, composta por profissionais civis que se subordinavam ao Estado para reordenar os serviços públicos segundo as doutrinas e conjecturas do novo regime. Tal ferramenta era utilizada com a finalidade de dismantelar a participação organizada da sociedade civil e conquistar o apoio social, dispondo do sistema previdenciário, estendendo os benefícios da previdência social para todos os trabalhadores urbanos e dependentes (CARVALHO; BARBOSA, 2010; PITTA, 2010; POLIGNANO, 2001; SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020). Entretanto, Paim (2003) versa sobre a piora das condições de saúde dos brasileiros nessa época, como aumento da mortalidade infantil, crescimento dos acidentes de trabalho, agravamento das endemias e surtos de meningite.

O aumento da complexidade do sistema de serviços de saúde na estrutura do INPS, com a elevação do consumo de equipamentos e medicamentos, levou à criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978. O INAMPS surgiu em um contexto de tensões resultantes da ampliação progressiva da cobertura e a dificuldade em reduzir os custos da atenção médica privatista e curativa (CARVALHO; BARBOSA, 2010; POLIGNANO, 2001). Observa-se que, até a universalização da saúde pela Constituição Federal de 1988, o direito à saúde, assim como outros direitos sociais, estava restrito aos trabalhadores que contribuía para a Previdência Social. Desfrutavam da cidadania somente quem tinha carteira assinada e contribuía financeiramente para o sistema previdenciário. Os que não contribuía, contavam apenas com a assistência médica gratuita das Santas Casas de Misericórdia (CARVALHO; BARBOSA, 2010; SENADO FEDERAL, 2018).

O Regime Militar termina marcado pelo Movimento Diretas Já e a eleição de Tancredo Neves, em 1985. Na Nova República, cresceu a perspectiva publicista dos serviços de saúde, em oposição ao sistema privatista vigente. Nesse cenário nasceram diversos movimentos sociais, inclusive na área da saúde. Em 1986 ocorreu a eleição da Assembleia Nacional Constituinte e a VIII Conferência Nacional de Saúde, que lançou bases para um movimento democrático de reforma sanitária (CARVALHO; BARBOSA, 2010; POLIGNANO, 2001). Os debates da Conferência subsidiaram a edição do texto

constitucional da saúde, uma vez que disseminou politicamente a universalização do acesso aos serviços de saúde, a equidade, a integralidade da assistência, a descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviço bem como a participação comunitária (CARVALHO; BARBOSA, 2010; SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

O Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é direito de todos, ampliando o conceito de saúde, ao defender que o Estado deve garanti-lo através de políticas que objetivam diminuir os riscos de adoecimento e agravos e assegurar o acesso universal aos serviços de saúde (BRASIL, 1988). O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, foi regulamentado pela Lei 8.080 de 1990, conhecida como Lei Orgânica de Saúde. Essa Lei estabeleceu os princípios norteadores do SUS, como: a universalidade e igualdade no acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, preservação da autonomia dos usuários, participação social, descentralização político-administrativa, entre outros (Brasil, 1990a). Outra Lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde é a Lei 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros da saúde (BRASIL, 1990b).

No decorrer da sua existência o SUS vem enfrentando diversos desafios, como o financiamento insuficiente e gestão ineficiente (SANTOS, 2018). A migração de usuários dos planos de saúde para o sistema público de saúde, provocado pelo alto índice de desemprego, resulta em sobrecarga e precarização do SUS (ALMEIDA et al., 2018). No que se refere ao financiamento da saúde, outro problema foi o congelamento de gastos durante 20 anos, decorrente da Emenda Constitucional 95/2016, promulgada no governo Michel Temer, que representou um enorme retrocesso nas condições de repasses entre os entes federados (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018). Ainda assim, muitos avanços foram conquistados, especialmente relacionados à universalização e descentralização dos serviços. O SUS é referência para outros países, ofertando serviços de promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde, de forma universal, integral e com equidade, além de contar com a participação popular por meio dos conselhos de saúde, que zelam pela transparência e correta aplicação dos recursos destinados à saúde (SALES et al., 2019).

A associação dos princípios da universalidade e igualdade dá espaço ao princípio da equidade, ou seja, para garantir o acesso aos serviços de saúde, devem-se reconhecer as desigualdades entre os diferentes grupos sociais, como por exemplo, diferenças na mortalidade e incidência de doenças (SERRANO, 2009 APUD RAMOS; DINIZ, 2019)

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA)

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) – Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011 - faz parte de um grupo de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, que são voltadas às populações específicas mais expostas e vulneráveis às desigualdades no campo da saúde coletiva. O objetivo de tais políticas é combater as iniquidades em saúde e garantir o acesso com qualidade e equidade (Brasil, 2013b). Essa política envolve a participação ativa dos movimentos sociais na sua elaboração, implementação e fiscalização (BETONCELLO; BADALOTTI; KLEBA, 2020; SILVA, 2016).

Segundo a PNSIPCFA, as populações do campo, da floresta e das águas são os povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social conectados com o ambiente em que estão inseridos, compreendendo:

Camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Estão ainda as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outros (BRASIL, 2013A, p. 8).

Entre os povos e comunidades tradicionais incluem-se os grupos culturalmente diferenciados, que possuem formas próprias de organização social, práticas e saberes transmitidos pela tradição e utilizam dos recursos naturais para a sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral, entre eles, os povos ciganos/romani (BRASIL, 2007). Embora esses povos apresentem singularidades e especificidades segundo o local onde vivem, o modo de vida, cultura e costumes, oficialmente fazem parte da categoria rural. A população rural brasileira é marcada por sua rica diversidade, abrangendo os quilombolas, indígenas, ribeirinhos, pescadores e populações de diferentes biomas (BRASIL 2013A; SILVA, 2017). A PNSIPCFA faz parte de um grupo de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, que são voltadas a populações específicas mais expostas e vulneráveis as desigualdades no campo da saúde coletiva. O objetivo de tais políticas é combater as iniquidades em saúde e garantir o acesso com qualidade e equidade (BRASIL, 2013b).

Carneiro et al. (2014) postula que as populações do campo, da floresta e das águas estão mais expostas a situações de iniquidades, como a falta de acesso aos serviços de saúde e saneamento básico. Grande parte dessa população, invisível para as políticas públicas do Estado, reside nas regiões Norte e Nordeste do país. Por esse motivo é importante enfatizar as necessidades e especificidades de saúde dessas populações, cobrando do Estado a efetivação da garantia do direito à saúde para todos os cidadãos. Silva (2016) também cita esse aspecto reparador da política, no sentido de dar visibilidade às pessoas que vivem e produzem no campo, na floresta e nas águas e da necessidade de terem o seu direito à saúde assegurado, além de expor as desigualdades e deficiências que precisam ser enfrentadas.

A efetivação da PNSIPCFA exige ações compartilhadas entre as três esferas do governo e a participação da sociedade civil. Por ser uma política transversal demanda também a articulação com outras políticas promotoras da qualidade de vida dessas populações, em áreas como educação, trabalho, saneamento e meio ambiente, além de políticas voltadas a questão agrária, agricultura familiar e camponesa (Brasil, 2013a; Silva, 2016; Silva, 2017). O engajamento de gestores e profissionais de saúde é fundamental, sendo necessário que conheçam as realidades e necessidades de seus territórios, podendo utilizar ferramentas como o Mapa de Saúde, que permite identificar os serviços ofertados pelo SUS, a distribuição de recursos humanos e ações, a descrição geográfica e outras informações pertinentes através de indicadores de saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2022).

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa de literatura direcionada para responder à pergunta norteadora: “Quais são os desafios para a garantia do direito à saúde das populações do campo, da floresta e das águas? ”. Para isso, foram seguidas as seguintes etapas: (1) elaboração da questão norteadora; (2) busca ou amostragem na literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Por meio de um levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), foi realizada uma busca nas seguintes bases de dados eletrônicas: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com a seleção dos respectivos filtros. Foram utilizados para a coleta de dados os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na língua portuguesa: “Saúde da População Rural”, “Assistência Integral à Saúde”, “Acesso aos Serviços de Saúde”, “Direito à Saúde” e “Equidade em Saúde”. Também foram utilizados os seguintes termos: “Comunidade Tradicional”, “População Ribeirinha”, “Atingidos por Barragem”, “Camponeses”, “Trabalhador Rural”. Os operadores booleanos “AND” e “OR”, foram empregados da seguinte maneira: (SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL) OR (COMUNIDADE TRADICIONAL) OR (POPULAÇÃO RIBEIRINHA) OR (ATINGIDOS POR BARRAGEM) OR (CAMPONESES) OR (TRABALHADOR RURAL) AND (ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE) OR (ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE) OR (DIREITO À SAÚDE) OR (EQUIDADE EM SAÚDE). A busca foi realizada no período compreendido entre os meses de março a maio de 2023.

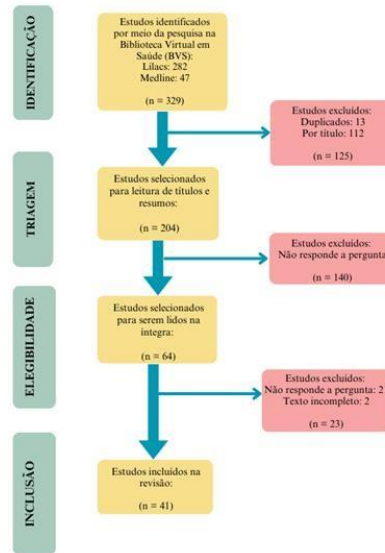
Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais publicados na língua portuguesa nos últimos cinco anos (2018 a 2023) com a abordagem da temática. Foram excluídos os artigos que não abordaram especificamente sobre o assunto pretendido e trabalhos que não estavam de acordo com o período de ano de publicação estabelecido, público-alvo, artigos que abordavam outros países, trabalhos duplicados, portarias, editoriais, artigos de opinião, resumos de seminários, congressos e cursos e aqueles não encontrados na íntegra.

Para seleção dos artigos, primeiramente, foi realizada leitura criteriosa do título e do resumo de cada publicação, com o objetivo de verificar a consonância com a pergunta norteadora da investigação. Em seguida, aqueles artigos identificados como potenciais para responder à pergunta de pesquisa foram lidos na íntegra. Após a leitura na íntegra dos artigos selecionados, foi utilizado para a organização e apresentação dos dados, um quadro sistematizando informações relacionadas à identificação dos estudos, contemplando: título; autores; revista e ano de publicação; população estudada, objetivos e principais resultados. Em seguida, foi realizada a discussão e análise dos resultados da revisão, com vista a permitir o alcance do objetivo proposto.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa retornou 329 resultados. Desse total, foram excluídos 288 artigos que não atendiam aos critérios de elegibilidade. A dinâmica do processo de busca está representada na Figura 1.

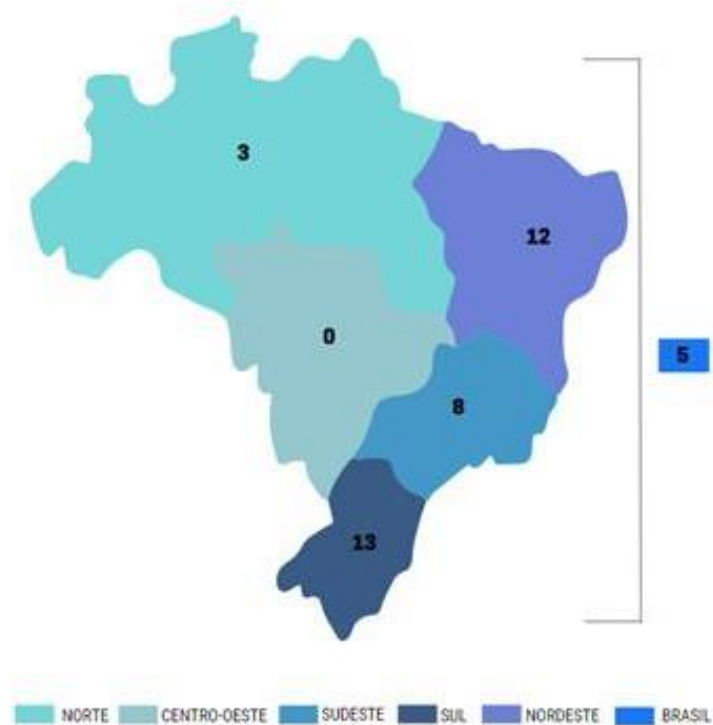
Figura 1 - Fluxograma da Revisão Integrativa da literatura.



Fonte: elaborado pelos autores.

A maior parte dos estudos selecionados foram realizados na região Sul do Brasil (13), seguido pela região Nordeste (12) e região Sudeste (8). Os desta última região foram todos realizados no Estado de Minas Gerais. A distribuição das regiões de estudo dos artigos selecionados está retratada na Figura 2.

Figura 2 - Distribuição das Regiões de Estudo dos Artigos Selecionados.



Fonte: elaborado pelos autores.

Segundo o IBGE (2017), embora 76% da população brasileira resida em municípios considerados predominantemente urbanos, a maior parte dos municípios foram classificados como predominantemente rurais (60,4%). Na região Norte, uma parcela considerável da população encontra-se em municípios classificados como rurais remotos, correspondendo a 26,9% dos municípios da região. A região Nordeste é a que possui a menor porcentagem de população em municípios urbanos (59,30%), em comparação às outras Grandes Regiões. Por outro lado, é a região que possui o maior número de municípios rurais (1.236) com quase 1/3 de sua população vivendo em tais municípios (29,48%). A região Sudeste possui o maior número de municípios urbanos (625) e a maior porcentagem da população está nesses municípios (87,9%). A região Sul possui os menores valores relativos para os municípios classificados como remotos (Intermediário Remoto: 0,08; Rural Remoto: 0,17%), mostrando que a região possui grande proximidade física entre as sedes municipais. O Centro-Oeste é a região com a segunda maior população em municípios urbanos (79,8%) e em municípios remotos, intermediários e rurais (2,3% e 4,0%, respectivamente). A Tabela 1 apresenta a classificação dos municípios de acordo com a tipologia segundo Grande Região e População.

Os 41 artigos selecionados, foram agrupados em três subtemas principais: Saúde dos Trabalhadores Rurais; Acesso aos Serviços de Saúde e; Condições e Características de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.

Saúde dos Trabalhadores Rurais

Segundo o conceito ampliado de saúde as condições de vida e trabalho exercem grande influência no processo saúde-doença e devem ser considerados no ordenamento da saúde (Brasil, 1990). Nesse sentido, a PNSIPCFA preconiza que a melhoria do nível de saúde das populações do campo, da floresta e das águas envolve, entre outras coisas, a redução de riscos à saúde decorrentes do processo laboral e das tecnologias agrícolas. Uma das características das populações do campo, da floresta e das águas é que seus modos de vida e produção estão associados com o ambiente em que vivem. Portanto, a política inclui em seu texto os agricultores familiares e trabalhadores rurais (BRASIL, 2013A).

A partir da leitura dos artigos que abordam, de forma mais específica, a saúde dos trabalhadores rurais, foi possível identificar a prevalência de algumas patologias típicas da exposição aos agroquímicos e às condições de insegurança socioeconômicas vivenciadas por esses indivíduos, bem como a deficiência dos serviços de saúde em atender as demandas relacionadas à saúde do trabalhador (MIRANDA *ET AL*, 2021, PEZZINI; FRANÇA, 2021; RICHARTZ *ET AL*, 2021; SILVÉRIO *et al*, 2020). Estudo realizado com uma população rural em um município de Santa Catarina mostrou que a maioria dos entrevistados reconhecem que os agrotóxicos representam riscos à saúde, principalmente o desenvolvimento de câncer, intoxicações e problemas de pele, porém, eles desconhecem outros danos, como por exemplo, prejuízos à saúde mental (RICHARTZ *et al.*, 2021). A literatura aponta uma possível associação entre a exposição de cânceres, como mieloma múltiplo, câncer de pele, próstata e mama (AFIO *et al.*, 2022; RUTHS; RIZZOTO; MACHINESKI, 2019). Pesquisa realizada com trabalhadores rurais de Minas Gerais identificou alterações na dosagem de biomarcadores relacionados a exposição e intoxicação por praguicidas, como alterações nas dosagens de colinesterase total e frações e aumento do índice de hepatotoxicidade. Porém, o serviço de saúde não estava capacitado para diagnosticar os casos de intoxicação crônica por agrotóxicos. As equipes de saúde da família desconheciam a relevância da avaliação de dosagens de colinesterases e do monitoramento dos trabalhadores que manuseiam praguicidas para a clínica médica. A integralidade do

cuidado, especialmente as ações de promoção e prevenção foi mal avaliada pela população estudada. Esses resultados sugerem que a ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde, sem adequada capacitação dos profissionais em relação aos atributos da atenção primária, adequados às necessidades da população atendida não é suficiente para a garantia da saúde com qualidade para esses usuários (SILVÉRIO *et al.*, 2020). O emprego da avaliação de biomarcadores para avaliar a exposição e intoxicação por agrotóxicos pode ser observado como necessário, na literatura (NOGUEIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2020). Por outro lado, pesquisa realizada por Mattiazzi *et al.* (2019), sugeriu que a utilização da dosagem de colinesterases como único método de diagnóstico de intoxicação por agrotóxicos mostrou-se insuficiente, pois o exame pode apresentar resultados dentro do parâmetro mesmo quando há exposição e não é possível que o profissional de saúde exija que o trabalhador rural permaneça sem exposição por um período maior de tempo para medir o valor pré-exposição.

Embora pouco conhecidos entre a população e os trabalhadores rurais, a exposição aos agrotóxicos também provoca outros danos à saúde, como por exemplo, prejuízos à saúde mental. Entretanto, uma fragilidade encontrada na presente pesquisa, é a exclusão do trabalhador rural nas políticas públicas de saúde mental (Pezzini; França, 2021). Outros agravos relacionados a atividade agrícola, são observados na literatura, como alterações no sistema auditivo periférico, a butirilcolinesterase, dependência de álcool, acidentes de trabalho, entre outros (CASSOL *et al.*, 2020; BERNARDES, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Outra questão que precisa ser observada na organização dos serviços de saúde nas zonas rurais, diz respeito ao distanciamento dos trabalhadores rurais, principalmente do sexo masculino, das práticas de cuidado em saúde. Tal problema está relacionado com o modelo de masculinidade, que impõe a esses indivíduos a necessidade de afirmar seu papel como provedor da família e a resistência masculina em procurar os serviços de saúde, pois relacionam os espaços de atenção básica a saúde como espaços femininos. A organização dos serviços de saúde também se constitui um problema, uma vez que o horário de atendimento das Unidades Básicas coincide com o horário de trabalho desses usuários (MIRANDA; DURÃES, VASCONCELLOS, 2020; MIRANDA *et al.*, 2021).

O desafio para garantir a assistência à saúde de maneira integral para a população rural, observando as dificuldades e os agravos de saúde relacionados ao trabalho no campo, envolve a necessidade de conhecer a percepção de saúde nessas regiões, como por exemplo, o significado de promoção da saúde, os riscos relacionados a utilização de agrotóxicos, a importância do uso de EPI, entre outros, para que seja possível desenvolver ações de intervenção, como atividades de educação em saúde, em conjunto com ações das equipes multiprofissionais. É necessário também, capacitar os profissionais de saúde, adequando seus conhecimentos e suas competências às necessidades da população atendida, além de ampliar a cobertura dos serviços e organizar os horários de atendimento, a fim de permitir o atendimento dos trabalhadores rurais (RICHARTZ *et al.*, 2021; SILVÉRIO *et al.*, 2020; MIRANDA *et al.*, 2021).

Acesso aos Serviços de Saúde

Diversos artigos evidenciaram aspectos referentes ao ingresso das populações do campo, da floresta e das águas no sistema de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2021; ARAÚJO *et al.*, 2020A; ARAÚJO *et al.*, 2020B; ARBOIT, 2018; BARROS, 2018; BERTOLDI *et al.*, 2021; CARVALHO *et al.*, 2022; COSTA *et al.*, 2019; COSTA *et al.*, 2022; DANTAS *et al.*, 2019; FERNANDES *et al.*, 2019; GALLIANO; REICHERT, 2019; GALVÃO *et al.*, 2019; LOBATO *et al.*, 2021; MIRANDA; DURÃES; VASCONCELLOS, 2020; NUNES; SCHERER, 2020; Ó *et al.*, 2022; PASSOS, 2019; PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018; PONTES; RIGOTTO; SILVA, 2018; PONTES *et al.*, 2022; RAMPELOTTO *et al.*, 2022;

SANTOS *et al.*, 2022; SILVA *et al.*, 2022; SOARES *et al.*, 2020; TAVARES; MELO, 2018; URSINE; PEREIRA; CARNEIRO, 2018; ZENI *et al.*, 2020). A dificuldade de acesso aos serviços de saúde das PCFA foi citada com recorrência nos estudos analisados. Entre os fatores responsáveis, as barreiras geográficas – distância entre a unidade de saúde e moradia, ausência de transporte e más condições das estradas - foram as mais destacadas. Embora alguns estudos tenham indicado o aumento da cobertura das Unidades Básicas de Saúde em áreas rurais e a existência de programas que fomentem a melhoria dos serviços, como o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (ALMEIDA *et al.*, 2021; BERTOLDI *et al.*; 2021), a ausência e/ou precariedade de equipamentos de saúde nessas áreas ainda é observada.

Em estudo realizado com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de zonas rurais das regiões Norte e Nordeste de Minas Gerais, as moradias estavam distantes da UBS. Os ACS reconheciam a importância dos pontos de apoio, conhecidos como “postinhos” para facilitar o acesso dos usuários. No entanto, os pontos de apoio não tinham a estrutura adequada e havia escassez de pessoal e material adequado para os atendimentos. Nesses locais o ACS desempenha um papel importante na garantia do direito à saúde, uma vez que ele identifica as necessidades da equipe de saúde e da população, podendo subsidiar mobilizações e iniciativas para a melhoria dos serviços nessas áreas. Porém, observou-se a ausência de dimensionamento das atribuições do ACS nas zonas rurais, e conseqüentemente, um acúmulo de funções para esses profissionais. Em alguns municípios, apontou-se a subutilização da estrutura dos pontos de apoio devido à falta de profissionais e a necessidade de adequar o horário de funcionamento de tais pontos para atender os trabalhadores rurais, que enfrentam dificuldade no acesso por causa do horário de trabalho e de atendimento nas unidades. Outro problema apontado foi a dificuldade de fixação de médicos na zona rural e, conseqüentemente, a restrição na oferta de consultas para os usuários. Os ACS relataram que o atendimento realizado pelos profissionais do NASF-AB não atendia plenamente às demandas dessas populações, além da dificuldade de chegar até às comunidades rurais pela indisponibilidade de transporte. Os relatos apontaram também que a oferta de serviços de saúde nas áreas rurais era centrada em critérios clínicos de priorização e no modelo curativista. Os usuários das zonas rurais, não conseguiam participar dos grupos que abordavam temas sobre prevenção e/ou promoção da saúde, pois esses encontros aconteciam na UBS da cidade, e não nos pontos de apoio. Os ACS destacaram as restrições de acesso da população rural à serviços de saúde que estavam centralizados nas áreas urbanas, como exames e atendimentos especializados (SOARES *et al.*, 2020).

No estudo de Dantas *et al.* (2019), realizado em um assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) no interior do estado de Pernambuco, as famílias buscavam os serviços de saúde no município, uma vez que o serviço local supria somente algumas demandas, como aplicação de vacina, aquisição de medicamentos e acompanhamento às crianças e portadores de doenças crônicas, mas haviam dificuldades na realização de consultas e exames, além de ser mais oneroso o deslocamento. A área em que outro assentamento rural de Pernambuco, cenário de estudo realizado por Barros e Oliveira (2018), estava inserido, sequer estava coberta pelos serviços da Atenção Primária (APS) do SUS. Nesses assentamentos, assim como acontece nas zonas rurais em geral, ocorre com muita frequência o uso de plantas medicinais como forma de autocuidado em saúde. A ausência da garantia dos direitos sociais também é contumaz. Falta nesses locais escola, transporte, espaços de lazer, saneamento básico, água tratada, energia elétrica, trabalho e segurança pública.

Nesse contexto, o desafio para assegurar o direito à saúde das PCFA, consiste em desenvolver um modelo de atenção que atenda as especificidades e supra as necessidades dessas populações, observando seu modo de viver, saberes e práticas. Exige-se uma

qualificação do acesso das PCFA aos serviços da APS, com enfoque na Estratégia Saúde da Família. Para tanto, é necessário superar as fragilidades da sua implantação, relacionados ao baixo desempenho e territorialização ineficiente. Desse modo, os gestores públicos precisam discutir e implantar estratégias para fortalecimento da APS, como a adaptação da territorialização observando os usuários dispersos no território, as distâncias reais percorridas e a viabilização do acesso aos outros serviços da rede assistencial. O financiamento também precisa ser adaptado, observando as necessidades e vulnerabilidades desses territórios, como a aquisição de veículos terrestres e aquáticos para realizar o atendimento em áreas rurais e remotas (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018). A garantia do direito à saúde das PCFA exige ações intersetoriais de infraestrutura, visando a melhoria das moradias, transporte, estradas e saneamento, além de fomento à agricultura familiar e conscientização sobre os prejuízos à saúde provocados pelo uso de agrotóxicos (PONTES; RIGOTTO; SILVA, 2018). Também é necessário modificar as ações de saúde, que estão ancoradas no modelo biomédico, para um modelo que considere os aspectos socioculturais desses usuários. Gestores e profissionais precisam entender que são diversas pessoas, com culturas diferentes e que essas pessoas estão ligadas aos seus territórios em uma relação permeada por sentimentos e valores transmitidos de geração em geração (URSINE; PEREIRA; CARNEIRO, 2018; PONTES *et al.*, 2022). Para tanto, a formação em saúde não deve ser centrada em aspectos exclusivamente biológicos, mas contemplar a realidade dessas comunidades, reconhecendo seus saberes e suas práticas de autoatenção em saúde (DANTAS *ET AL.*, 2019; RUCKERT; CUNHA; MODENA, 2018; PIRIZ *et al.*, 2019).

Condições e Características de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

A análise dos artigos permitiu identificar algumas características e práticas de saúde próprias das PCFA (BONOW *et al.*, 2019; BÓS *et al.*, 2018; BURILLE *et al.*, 2018; DIAS *et al.*, 2022; PIRIZ *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2021; SGANZERLA *et al.*, 2021; RUCKERT; CUNHA; MODENA, 2018). Tais singularidades estão diretamente relacionadas com o contexto em que essas pessoas vivem. Estudo realizado com mulheres residentes na zona rural de Pelotas, RS, demonstrou que as práticas de autoatenção em saúde envolvem ação familiar no cuidado, cultivo e partilha de alimentos, religiosidade, interação social e utilização de plantas medicinais (PIRIZ *et al.*, 2019). Práticas semelhantes foram observadas nos estudos de Rückert; Cunha; Modena (2018), onde as ações de cuidado verificadas incluem o uso de plantas medicinais, crenças e religiosidade, socialização, entre outros; e o estudo de Bonow *et al.* (2019), que observou o cuidado do cultivo e preparo da alimentação e a utilização de plantas medicinais, além do uso de medicamentos recomendados pelos profissionais de saúde, como práticas de cuidado à saúde das crianças de um território rural no Rio Grande do Sul. Outro estudo realizado com mulheres camponesas, mostrou que as noções de saúde mental entre as mulheres ouvidas são influenciadas pela religiosidade (SGANZERLA *et al.*, 2021).

A relevância dos valores familiares nos hábitos de saúde também foi observada em estudo realizado com trabalhadoras rurais em Pernambuco. Os resultados sugeriram a existência de uma transmissão intergeracional onde as mães servem de referência para as filhas em questões relacionadas a planejamento familiar, parto, estado conjugal e grau de instrução. O estudo indica a importância de se compreender tais comportamentos para o desenvolvimento de estratégias que estejam alinhadas com as especificidades desses grupos e aprimoramento da assistência voltada à saúde reprodutiva (DIAS *et al.*, 2022).

Em trabalho realizado por Santos *et al.* (2021), com homens quilombolas no Pará, profissionais da Estratégia Saúde da Família relataram a prevalência de doenças infecciosas, como verminoses, protozooses e micoses; infestação de parasitas que provocam doenças

dermatológicas e outras morbidades relacionadas ao ambiente em que vivem, além de acidentes de trabalho. Também foi mencionado a necessidade de reconhecer a importância da abordagem da saúde mental dos homens quilombolas, tema pouco discutido nos serviços de Atenção Primária dessas comunidades. O gestor de saúde local relatou o aumento da utilização de álcool e outras drogas, provavelmente, decorrente das más condições de vida, de moradia e ausência de uma política de valorização do homem do campo. Entretanto, algumas fragilidades na gestão do cuidado em saúde no contexto do homem quilombola foram verificadas, como a ausência de um conhecimento total sobre as políticas voltadas a saúde desses grupos, o que pode afetar a integralidade do cuidado. Observou-se também a restrição no acesso aos dados sociodemográficos relevantes para a assistência integral desses usuários, dificuldade no reconhecimento das particularidades decorrentes do contexto social e dos Determinantes Sociais devido à ausência da abordagem das singularidades referentes às comunidades tradicionais em sua formação profissional.

Portanto, assegurar o direito à saúde das PCFA exige a superação de alguns entraves, como as fragilidades no reconhecimento, por parte de profissionais e gestores, das particularidades provenientes do contexto em que essas pessoas vivem, que afetam negativamente a assistência nessas localidades. É importante priorizar a cobertura das populações mais vulneráveis, ampliando a atenção primária. A promoção da saúde das PCFA demanda uma articulação entre gestores e profissionais de saúde, para que seja possível implementar as políticas e programas de maneira efetiva e eficaz. As práticas e saberes dessas populações precisam ser valorizadas e integradas à assistência no SUS, de modo a garantir o acesso integral à saúde dessas populações, como preconizado na PNSIPCF (BÓS *et al*, 2018; BURILLE *et al*, 2018; RUCKERT; CUNHA; MODENA, 2018; SANTOS *et al*, 2021).

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar, por meio da análise dos artigos selecionados, alguns desafios para a garantia do direito à saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, foi um dos maiores entraves citados. Fatores como distância e ausência de transporte são os principais responsáveis por esse problema.

No que diz respeito à saúde do trabalhador rural, observou-se a prevalência de algumas patologias típicas da exposição aos agrotóxicos e de condições de insegurança socioeconômicas experimentadas por tais grupos, como também a deficiência dos serviços de saúde em atender as necessidades relacionadas à saúde do trabalhador.

Foi possível identificar algumas características e práticas de saúde próprias das PCFA que estão diretamente relacionadas com o contexto em que essas vivem. Tais práticas envolvem ação familiar no cuidado, cultivo e partilha de alimentos, religiosidade, interação social e utilização de plantas medicinais. Constatou-se também a prevalência de doenças infecciosas, problemas de saúde mental e utilização de álcool e outras drogas, proveniente, provavelmente, das más condições de vida e trabalho dessas populações. Entretanto, constatou-se que profissionais e gestores de saúde não possuem o conhecimento necessário das particularidades desses grupos e comunidades, pois tais aspectos não são abordados em sua formação.

Desse modo, fica evidenciada a necessidade de se reconhecer as especificidades e vulnerabilidades das PCFA, bem como a valorização dos seus saberes e práticas, além de ações de caráter intersetorial, envolvendo saúde, educação, trabalho, lazer e o aprimoramento da formação dos profissionais para garantir o direito à saúde integral e de qualidade para as populações do campo, da floresta e das águas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R. *et al.*. Política nacional de atenção básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 42, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e180/>.
- ALMEIDA, P. F. *et al.*. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no norte de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online].v. 37, n. 11, e00255020, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G5zMWg8gTYZJXFc4WBTFTFD/?lang=pt#>.
- ARAÚJO, G. C. F. *et al.*. Telemedicina rural e covid-19: ampliando o acesso onde a distância já era regra. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2484, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2484>.
- ARAÚJO, R. L. M. S. *et al.*. Extrações dentárias autorrelatadas e fatores associados em comunidades quilombolas do semiárido baiano, em 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], v. 29, n. 2, e2018428, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/MB3vL7zSRCFXFLYy649XGkj/?lang=pt#>.
- ARBOIT, J. *et al.*. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 506–517, abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XVKqD3PjhQPnLwLdqMwKWsm/?lang=pt#>.
- BARROS, M. B. S. C.; Ó, D. M. S. O. “Conhecer os desejos da terra”: intervenção de promoção à saúde em um assentamento rural. **Rev. APS, Pernambuco**, 2018, v. 21, n.3, p.365-374, jul/set, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16028/8453>.
- BERTOLDI, A. D. *et al.*. Fontes de acesso e utilização de medicamentos na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2016: estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], v. 30, n. 1, e2020089. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2021.v30n1/e2020089/pt#>.
- BERTONCELLO, A.; BADALOTTI, R. M.; KLEBA, M. E. **Ação coletiva e políticas públicas**: mulheres camponesas na construção da política de saúde das populações do campo, da floresta e das águas. **Interações (Campo Grande)** [online], v. 21, n. 3; pp. 543-558, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/M64GMYGNfcW63HxKTjVMnvs/?lang=pt#>.
- BISCO, G. C. B.; SARRETA, F. DE O. A construção do direito à saúde e do SUS no cenário neoliberal e a contribuição do serviço social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 18, n. 1, p. 78-90, 29 out. 2019.
- BONOW, C. T. *et al.*. Práticas de cuidado em saúde realizadas às crianças de uma área rural. **Cienc Cuid Saude**, Pelotas, 2019, v. 8, n. 3, jul,-set., e45128, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45128/pdf>.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. Constituição

(1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988/arquivos/ConstituicaoTextoAtualizado_EC%20125.pdf.

BRASIL. **Decreto Nº 6.040, DE 7 de fevereiro de 2007**. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm.

BRASIL. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990b**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do Campo, Floresta e Água (cfa) e Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs)** [recurso eletrônico], 18 p., Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://apsgestao.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2022/01/guia_diretrizes_cfa_pct_2021.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo E Da Floresta**, 1. ed., 1. reimp., 48 p., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de Promoção da Equidade em Saúde**, 1. reimpr., 14 p., Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_procoacao_equidade_saude.pdf.

BÓS, A. J. G. *et al.* Diferenças no perfil socioeconômico e de saúde de idosos do meio rural e urbano: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Geriatr Gerontol Aging**, v.12, p.148-153, 2018. Disponível em: <http://www.ggaging.com/details/480/pt-BR>.

BURILLE, A. *et al.* subjetividades de homens rurais com problemas cardiovasculares: cuidado, ameaças e afirmações da masculinidade. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 435–447, abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9JkNbnCYXn85V7CtpC6srbc/?lang=pt#>.

CARNEIRO, F. F. *et al.* Teias de um observatório para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas no brasil. **Tempus, Actas de Saúde Colet.**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 275-293, jun., 2014. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1524/1284>.

CARVALHO, D. M. C. F. de; MAFRA, T. F.; MELO, D. C. S. de; MONTEIRO, I. da S.; MELO, M. M. D. C. de. O olhar de usuários, residentes e trabalhadores sobre uma intervenção em saúde bucal de abordagem comunitária na ESF do campo. **Revista da ABENO**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 1701, 2022. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1701>.

COSTA, M. C. *et al.* Violência doméstica contra a mulher em contexto rural: reconhecimento das estratégias de atenção. **Rev Bras Promoç Saúde**, Santa Maria, v.32:9271, 2019. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/9271/pdf>.

COSTA, M. C. da *et al.* Pessoas com deficiência em situações de violência no contexto da ruralidade. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 36, set. 2022. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502022000100336.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/1988.v22n1/57-63/pt>.

DANTAS, A. C. DE M. T. V. *et al.* Relatos e reflexões sobre a atenção primária à saúde em assentamentos da reforma agrária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. v. 29, n. 02, e290211, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/4LmRGDZFHdmmCMnpZwSNhSD/?lang=pt#>.

DIAS, A. C. S. *et al.* semelhanças e diferenças intergeracionais entre mães e filhas trabalhadoras rurais: características sociodemográficas e reprodutivas. **Esc. Anna Nery**, v. 26, e20210334, 2022. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452022000100280&lng=pt&nrm=iso.

FERNANDES, N. F. S. *et al.* Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 35, n. 10, e00234618, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/x4zfvP7xx75t9nhWpFPMzDH/?lang=pt#>.

FLORENCE NUNES, C.; SCHERER, G. A. Sementes lançadas em terras distantes: a garantia do direito à assistência social para a população rural. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), [S. l.], v. 19, n. 1, p. e35333, 2020. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/35333>.

GALLIANO, L. M., REICHERT, F. F. Intervindo em atividade física, alimentação e estresse em moradores de município de pequeno porte. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, Pelotas, v. 24:e0097, 2019. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/13847/10998>.

GALVÃO, J. R. *et al.* Trajetórias assistenciais de usuárias pela aps em uma região de saúde: trânsito livre, pontos de lentidão e parada. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, p. e290404, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TVJXDMCvKxCMwRRGMr6b7bL/?lang=pt#>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Biblioteca**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/INDEX.PHP/BIBLIOTECA-CATALOGO?VIEW=DETALHES&ID=2100643>.

JUNIOR, P. P. O.; CASTRO, F. A. G. Avaliação do rastreio de retinopatia diabética por meio de uma auditoria clínica em uma unidade de atenção primária à saúde rural no interior de Minas Gerais. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Ouro Preto, v. 17, n. 44, p.3239, jan.-dez., 2022. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3239/1795>.

LOBATO, R. V. *et al.* Formação do agente comunitário de saúde na perspectiva do saber local de populações ribeirinhas. **Enferm Foco**, Belém, v.12, n.3, p.575-581, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4366/1205>.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 224-243, Sept. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0224>.

MIRANDA, S. V. C. de; DURAES, P. S.; VASCONCELLOS, L. C. F. de. A visão do homem trabalhador rural norte-mineiro sobre o cuidado em saúde no contexto da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/btX7J3GsPBDfN8jQxrVmHZS/?lang=pt#>.

MIRANDA, S. V. C. *et al.* Singularidades do trabalho rural: masculinidades e procura por serviços de saúde em território norte mineiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. v. 31, n. 02, e310217, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/pfhzgGWxdvrYNMGyhtbxCfn/?lang=pt#>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, out. 2008.

Ó, D. M. S. O. *et al.* Barreira de acessibilidade à atenção básica em assentamento em Pernambuco, Brasil, sob a ótica de camponesas, profissionais de saúde e gestão. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 38, n. 10, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SGSD9chMg7RCYhrk5V6d4Sq/?lang=pt>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO)**, Nova Iorque, 1946. Disponível em:https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf.

PASSOS, S. M. A. **O escopo da prática do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde: estudo de caso na região metropolitana de MANAUS AM**. 2019. 384 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4493>.

PEZZINI, C. F.; FRANCA, R. N. C de. A construção de políticas públicas de saúde mental com foco no trabalhador rural. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 18-26, set. 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762021000300004&lng=pt&nrm=iso.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 302–314, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KvG6XQP4YRDdbNQm7fSK54DN/?lang=pt#>.

PIRIZ, M. A. *et al.* Autoatenção em saúde rural: perspectivas de cuidado por mulheres agricultoras. **Cienc Cuid Saude**, v. 18, n.2, abr.-jun., 2019, e45044, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45044/751375139398>.

PITTA, A. M. R. O balanço de um século da saúde pública no brasil: resenha sobre o vídeo “políticas de saúde no brasil: um século de luta pelo direito à saúde”. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 127-130, nov., 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/17434/16.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

PONTES, A. G. V., RIGOTTO, R. M; SILVA, J. V. Necessidades de saúde de camponeses em conflito ambiental frente à instalação de perímetros irrigados. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 5, pp. 1375-1386, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n5/1375-1386/pt/#>.

PONTES, A. G. V. *et al.* NASF-AB no campo e nas águas: o cuidado em torno do trabalho, ambiente e saúde de famílias agricultoras e pescadoras. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 20, e00275192, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6533dQLZSrvxXCDTcPd75p/?lang=pt#>.

RAMOS, E. M. B.; DINIZ, I. M. **Pobreza, proteção social e cidadania: uma análise do direito à saúde no brasil a partir da constituição federal de 1988**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 55, p. 57-80, jul./dez. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/8182-Texto%20do%20Artigo-61009-1-10-20191220.pdf>.

RAMPELOTTO, G. F.; SCHIMITH, M. D.; CORCINI, L. M. C. S.; GARCIA, R. P.; PERLINI, N. M. O. G. Ações educativas às pessoas com hipertensão e diabetes: trabalho do agente comunitário de saúde rural. **Revista de Enfermagem da UFSM, [S. l.]**, v. 12, p. e43, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/68715>.

RICHARTZ, A. *et al.* Percepção de uma população rural sobre o uso de agrotóxicos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, [S. l.]**, v. 13, p. 1179–1185, 2021. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9233>.

RÜCKERT, B.; CUNHA, D. M.; MODENA, C. M. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 903–914, jul. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7dzCsNGFskQnsn3fbVv6gNG/?lang=pt#>.

SALES, O.P; VIEIRA, A.F.B; MARTINS, A.M; GARCIA, L.G.; FERREIRA; R. K. A. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Revista Humanidades & Inovação, Tocantins**, v.6, n. 17, p. 54-67, dez., 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/1045-Texto%20do%20artigo-6806-1-10-20191203.pdf>.

SANABRIA, C. A. P. Direito à saúde e vigilância da saúde no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS, [S. l.]**, v. 11, n. 2, p. e7661, 2022. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/7661>.

SANTOS E. O., PINHO L. B., SILVA A.B., ESLABÃO A. D. Análise do acesso à rede de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas na zona rural. **Rev Gaúcha Enferm.** 43:e20210229, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/HtqvLY63p9FnbGWYvdspDnn/?format=pdf&lang=pt>.

SANTOS, F. V. *et al.* Gestão do cuidado em saúde no contexto do homem quilombola. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 13, p. 1217–1226, 2021. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7416>.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2043-2050, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/2043-2050/pt/>.

SANTOS, I.F.; GABRIEL, M.; MELLO, T.R.C. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Revista Humanidades e Inovação**, online, v. 7, n. 5, p. 381-391, fev. 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/2964-Texto%20do%20artigo-9092-1-10-20200331%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/2964-Texto%20do%20artigo-9092-1-10-20200331%20(1).pdf).

SGANZERLA, J. *et al.* Noções e práticas de cuidado em saúde mental na perspectiva de mulheres camponesas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 11, p. e14, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/43181>.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], 2007, v. 17, n. 1, p. 29-41, ago. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

SILVA, B. N. *et al.* Caracterização do perfil de mulheres rurais segundo fatores sociodemográficos, laborais e epidemiológicos. **Revista Uruguaya de Enfermería**, 2022, v. 17, n. 1, p. 1-14, fev. 2022. Disponível em: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/347/421>.

SILVA, F.C.C.M. **Saúde das populações do campo, da floresta e das águas: luta, conquista e direito.** 272 f. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/silvafccmm.pdf>.

SILVA, J.F.S. **Acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços no Sistema Único de Saúde.** 2017. 211 p. Tese de Doutorado - Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/2017_JacintadeF%C3%A1timaSennadaSilva.pdf.

SILVA, P.C.O. **O Sistema Único de Saúde como ferramenta de manutenção do direito humano à saúde.** 2021. 59 p. TCC (Graduação) – Curso de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2044/1/TCC%20-%20O%20SUS%20COMO%20FERRAMENTA%20DE%20MANUTEN%20c3%87%20c3%83%20DO%20DIREITO%20HUMANO%20c3%80%20SA%20c3%9aDE%20NO%20BRASIL%20-%20P%20c3%82MELA%20CRISTINA.pdf>.

SILVÉRIO, A. C. P. *et al.* Assessment of primary health care of rural workers exposed to pesticides. **Revista de Saúde Pública** [online]. v. 54, 09. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2020.v54/09/pt/#>.

SOARES, A. N. *et al.* Cuidado em saúde às populações rurais; perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. v. 30, n. 03, e300332, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/HmLCdCPxhqRMT4RX3kwf6Xt/?lang=pt#>.

SOARES, R.A.S. *et al.* Determinantes socioambientais e saúde: o Brasil rural versus o Brasil urbano. **Tempus, Actas de Saúde Colet.**, Brasília, v. 9, n. 2, p 221-235, jun., 2015. Disponível em: <https://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1718/1440>.

TAVARES, T. R. P.; MELO, L. P. DE. “A gente vive em cima da corda bamba”: experiência de profissionais da saúde que trabalham com o HIV/AIDS em uma área remota do nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, p. e00063618, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/W8Yvr5JcG8qDvm5zRYw8dMr/#>.

URSINE, B. L.; PEREIRA, É. L.; CARNEIRO, F. F. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da atenção básica? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 22, n. 64, p. 109-120, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n64/109-120/#>.

ZENI, D.; COSTA, M. C. *et al.* Pessoa com deficiência no cenário rural: concepção dos agentes comunitários de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM, [S. l.]**, v. 10, p. e62, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/39660>

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST): EXPERIÊNCIA EXITOSA DE SANTANA DO RIACHO/MINAS GERAIS

Ana Paula Bezerra; graduação em gestão de serviços de saúde; Prefeitura de Santana do Riacho

Maria Isabel Coelho da Cruz, graduação em nutrição; Prefeitura de Santana do Riacho

Silvana Henrique Chagas; graduação em enfermagem; Prefeitura de Santana do Riacho

Nayara Pollyana Carvalhais de Paula; graduação em enfermagem; Prefeitura de Santana do Riacho

Mariana lages Wardil; Médica de Família e Comunidade; Prefeitura de Santana do Riacho

Joao Vitor Junior Claudino da Silva; Secretário de Saúde; Prefeitura de Santana do Riacho

RESUMO? Desde a implementação do Plano de Enfrentamento à Sífilis por meio da Resolução 7731/2021, da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, Santana do Riacho apresentava desafios para estruturação da prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). O objetivo deste trabalho é apresentar o planejamento e as ações desenvolvidas como estratégia de enfrentamento às IST no município. A Organização Pan-Americana da Saúde define que o monitoramento e vigilância das IST, em especial, a Sífilis, é primordial, pois nos últimos anos, apesar dos esforços, houveram crescentes números de casos. Esse trabalho foi construído por meio de um relato de experiência sobre processo de planejamento das ações de combate às IST, entre junho de 2022 e agosto de 2023, atuando na prevenção e diagnóstico de Sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C. Ao todo foram realizadas 17 tipos de ações com a temática. O resultado dos indicadores de IST têm evidenciado que as ações contribuíram para melhorar a vigilância da IST. Em 2021, não haviam registros em sistema de testes rápidos de IST realizados, em 2022, houve realização de 2947 testes e em 2023 já houve a realização de 2216 por meio das atividades planejadas.

PALAVRAS- CHAVE: Planejamento; Vigilância em saúde; Infecções sexualmente transmissíveis.

INTRODUÇÃO

Santana do Riacho é um município de pequeno porte de Minas Gerais que se encontra localizado na Regional de Saúde de Belo Horizonte, na Macro Central e na Microrregião de Vespasiano. Possui cerca de 6.000 pacientes cadastrados que utilizam cotidianamente o serviço de Atenção Primária, em 2 Unidades Básicas de Saúde, que é ofertado no local, devido ao porte populacional.

Nos últimos anos, principalmente, após 2017, com a publicação e recomendação do Ministério da Saúde acerca da vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis, em especial, a Sífilis, tem-se enfatizado aos estados e municípios, a responsabilidade de dispor do planejamento de ações que se voltem a reduzir e enfrentar as IST (Brasil, 2017). Apesar dos inúmeros esforços em reduzir os casos de IST e suas possíveis consequências, o aumento das notificações têm colocado em alerta os serviços e autoridades da saúde.

Em Minas Gerais, no ano de 2021, foi publicada uma Resolução Estadual (7731/2021), que instituiu um plano com ações e recursos financeiros para que os municípios pudessem melhorar o monitoramento e a vigilância da Sífilis. Apesar de um foco central nessa IST, o plano ainda abordou a relação com outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, emergindo indicadores quantitativos e declarativos nessa temática (Minas Gerais, 2021).

Com a implementação do plano e apesar de alguns esforços e movimentações, Santana do Riacho estava apresentando diversos desafios para estruturar e executar as atividades

propostas de enfrentamento à Sífilis, desafios como a resistência dos profissionais, baixo índice de testagem, ausência de fluxo de testagem, baixo controle do estoque de testes, subnotificação e pouca adesão da população, eram realidades frequentes.

Diante disso, optou-se por realizar alinhamentos e planejar melhor as ações do território para o maior acompanhamento e a implementação efetiva da normativa estadual e demais recomendações estaduais e nacionais sobre a IST, fortalecendo as políticas públicas de saúde na Atenção primária.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é apresentar o planejamento e as ações desenvolvidas como estratégia de enfrentamento às IST no município.

REFERENCIAL TEÓRICO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, pode causar várias manifestações clínicas (sífilis primária, secundária, latente e terciária). É transmitida por relação sexual sem uso de preservativo com pessoa infectada ou durante a gestação ou parto da mãe para o filho (sífilis congênita). Em formas mais graves da doença, se não houver o tratamento adequado pode causar complicações graves como lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte (Brasil, 2023).

A eliminação das IST é uma prioridade global, envolvendo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Entretanto, as doenças ainda são um grande desafio para saúde pública, tendo sido registrado um aumento significativo dos casos diagnosticados. Para a OMS, o monitoramento da ampliação da triagem e o tratamento de mulheres grávidas continua sendo primordial, sendo necessário conhecer a realidade epidemiológica do quantitativo de adultos, gestantes e crianças afetados pela IST, e principalmente pela sífilis, com estimativas em nível local, regional e nacional, além dos condicionalidades que podem influenciar. Nesse cenário deve-se fortalecer a capacidade do sistema de saúde para a prevenção, detecção, vigilância e tratamento da doença (Organização Mundial da Saúde, 2019; Lima *et al.*, 2022).

Apesar de avanços e tentativas de reduzir os casos de Sífilis no Brasil e no mundo, esse persiste como um problema. Entre 2016 e 2017, com o aumento dos casos, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis. Entre as principais estratégias previstas citavam-se: ampliação de diagnóstico com a testagem rápida; tratamento oportuno de pessoas, gestantes e parceiros; incentivo a administração de penicilina benzatina; ações de educação em saúde; notificação e investigação de casos; articulação e ações intersetoriais entre órgãos e comunidade; criação de comitês e ênfase no trabalho de prevenção na Atenção Primária (Brasil, 2017).

Matos *et al.* (2022) em seu estudo, confirmaram que a sífilis possui um padrão semelhante em todo país, podendo assim, traçar a população que está mais suscetível a adquirir essa doença. Logo, pode-se afirmar que a região Sudeste concentra a maior incidência, sendo 52,11% do número total de casos no Brasil. Complementando essa visão, dados levantados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), mostraram que o estado registrou 21.026 casos de sífilis adquirida em 2022, sendo o maior número registrado desde 2010. Ainda, foram diagnosticados 6.064 casos em gestantes e 2.213 de sífilis congênita, salientando a necessidade da adoção de medidas de prevenção e tratamento para a doença no estado (Minas Gerais, 2023).

Em Minas Gerais, pode-se afirmar que os incentivos ao enfrentamento da Sífilis foram ampliados após a publicação da Resolução 7731/2021 da Secretaria de Estado de Saúde. Tal marco normativo instituiu um recurso financeiro para que os municípios investissem na vigilância de IST. A normativa estadual ainda previa um Plano de Enfrentamento à Sífilis com

matriz de 50 ações a serem desenvolvidas e monitoramento de indicadores que para além da Sífilis, consideram a possível interação e influência das ações preventivas com o diagnóstico de HIV, Hepatite B e Hepatite C (Minas Gerais, 2021). O estabelecimento desse plano por meio da normativa constitui um marco importante para fundamentar um olhar à situação da sífilis no estado, fazendo com que os municípios pudessem conviver no desafios de estruturar respostas para promoção, prevenção e tratamento. A resolução publicada previa ainda o prazo até 2023 para o plano de enfrentamento.

METODOLOGIA

Estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre as ações planejadas e desenvolvidas para enfrentamento à Sífilis e outras IST, em Santana do Riacho/Minas Gerais, do período de junho de 2022 a agosto de 2023. Optou-se por apresentar resultados para além da Sífilis, mas considerando as demais IST (HIV, Hepatite B e Hepatite C), que também estão inclusas nos indicadores previstos e monitorados pela Resolução 7731/2021.

Conforme Mussi, Flores e Almeida (2021), os estudos que partem de experiência tendem a relatar intervenções realizadas. Já Bondia (2002), em sua reflexão sobre o saber da experiência aponta a riqueza e potencialidade que é construída nas trocas e vivências que geram conhecimento. Dessa forma, vê-se a potencialidade dos estudos de relatos de vivências em serviços de saúde.

As ações de enfrentamento iniciaram-se com o planejamento de atividades, já que o município apresentava o desafio de estruturar ações para melhorar a vigilância de IST. Nesse sentido, a gestão municipal da saúde (secretária de saúde, coordenadora de Atenção Primária, enfermeiras e supervisoras das Unidades Básicas de Saúde (UBS), coordenadora da equipe multi e coordenadora de regulação) reuniu-se para fundamentar estratégias e direcionar ao trabalho em conjunto com equipe.

Cabe citar que o desenvolvimento de estratégias partiu do direcionamento da coordenação local de Atenção Primária que respondia como Referência Técnica de Vigilância das IST. Assim, pode-se citar que o planejamento e o desenvolvimento das ações de saúde ocorreu nos seguintes passos:

1º passo- diagnóstico e análise da situação epidemiológica da Sífilis no município. (foram analisados dados referentes ao plano mineiro de enfrentamento à Sífilis que citavam os alcances do município até abril de 2022 e estatísticas de notificações compulsórias por meio do Sistema Nacional de Agravos de Notificação)

2º passo- verificação do funcionamento da testagem rápida nas Unidades Básicas do município. (Tendo em vista que os indicadores com resultado mais crítico no 1º passo envolviam os testes rápidos para população sexualmente ativa, optou-se por analisar o fluxo da testagem nas UBS, realizando verificação do fluxo e estoque).

3º passo- sensibilização e alinhamento por parte da equipe de gestão municipal da saúde com a equipe de assistência das Unidades. (Foram realizadas reuniões com as equipes das 2 UBS do município. Durante as reuniões, optou-se por conduzir atividades de Educação Permanente sobre a temática Sífilis. Os desafios, resultados críticos e protocolos de diagnóstico e tratamento da Sífilis foram compartilhados. Nessa etapa houve sensibilização dos profissionais administrativos até a assistência.)

4º passo- estabelecimento de estratégias conjuntas para estruturar o enfrentamento da Sífilis. (Foi estabelecido um planejamento para que em todas as ações de saúde, realizadas localmente, fosse inserida a temática das IST. Além disso, optou-se por utilizar espaços de circulação de pessoas e movimentos da comunidade para trabalhar o tema).

5º passo- monitoramento e acompanhamento. (Por fim, cada ação realizada e planejada é monitorada pela coordenação de APS, que aplica feedbacks e repassa os resultados contínuos à equipe com relação aos indicadores e novas diretrizes nacionais e estaduais.)

Após o planejamento inicial, nos passos citados iniciou-se as intervenções no território do município que incluíram a participação de toda a equipe de saúde. As intervenções realizadas estão detalhadas nos resultados desse estudo e contaram com a participação de todas as categorias dos profissionais de saúde locais (equipe de gestão, assistência, apoio administrativo e serviços gerais). Com relação à participação é preciso dar ênfase ao trabalho das enfermeiras e técnicos de enfermagem do município, que exercem “na ponta” o trabalho da testagem.

Cabe citar, que apesar desse recorte das ações durante 14 meses, o enfrentamento à Sífilis prossegue no município, na responsabilidade de contribuir para reduzir esse problema de saúde pública.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para iniciar a apresentação dos resultados, o quadro 1 abaixo evidencia as ações e atividades realizadas para enfrentamento à Sífilis, no período de junho de 2022 a agosto de 2023. Como o plano dá ênfase ao combate à Sífilis, mas aborda a relação com as outras IST e as ações têm sido realizadas em conjunto, optou-se por apresentar os resultados gerais. Ambas atividades foram programadas e estabelecidas, em conformidade com o planejamento citado na metodologia. Assim, constituindo um dos resultados desse trabalho, que posteriormente será justificado como experiência exitosa, devido ao impacto nos indicadores de saúde e percepção dos profissionais e população local.

Quadro 1- Ações programadas e executadas para enfrentamento as IST

Ação desenvolvida		Estratégia utilizada	Período de desenvolvimento
Testagem rápida na rotina das UBS		Oferta de testes rápidos por demanda da população e na triagem das consultas.	junho/2022 a agosto/2023
Disponibilização de preservativo		Preservativos disponibilizados além das salas de espera e farmácias das UBS, dentro dos banheiros como estímulo ao uso, e oferta de forma sigilosa.	dezembro/2022 a agosto/2023
Informativo impresso nas UBS		Panfletos e cartazes em locais visíveis com informações.	junho/2022 a agosto/2023
Divulgações em redes sociais		Informativos de ações desenvolvidas, testagem e medidas de prevenção.	agosto/2022 outubro/2022 dezembro/2022 fevereiro/2023 março/2023
Ações de Outubro Verde		Divulgação de boletim epidemiológico e orientações no dia D de combate à Sífilis.	Outubro/2022
Testagem e palestra durante ações do Outubro Rosa		Durante o outubro rosa na Sede e Serra do Cipó houve palestra sobre as IST e a oferta em tenda (com sigilo) de testagem rápida	Outubro/2022
Futebol de Novembro Azul com ações de combate à Sífilis e IST		Futebol em parceria com a secretaria de esportes municipal. Antes do jogo, foi realizada roda de conversa com os homens jogadores (o município tem um perfil grande de homens em atividades esportivas de futebol). Além disso, foi montada tenda do sigilo para realização de testes rápidos e houve distribuição de panfletos e informativos.	Novembro/2022

Dezembro Vermelho: tenda da saúde durante o Minas Race (evento local esportivo)		Espaço na praça com distribuição de preservativos, panfletos orientativos, espaço de escuta e tenda do sigilo para testagem rápida.	Dezembro/2023
Parceria para feira de ciências em escola		Parceria com escola estadual de ensino médio que trabalhou temática de IST na feira de ciências. A equipe de enfermagem participou e esteve presente na feira com orientações, distribuição de preservativo, espaço de escuta. Foi disponibilizada sala sigilosa para realização de testagem rápida.	Dezembro/2023
Carnaval da Saúde		Foram coladas orientações em comércios e distribuídos preservativos em locais públicos. Houve construção de tenda com espaço sigiloso para testes, espaço para entrega de preservativos e orientações.	Fevereiro/2023
Futebol de prevenção às IST e em celebração da semana de prevenção à Gravidez na Adolescência		Futebol em quadra esportiva, na região com mais casos de adolescentes gestantes. Foram ofertadas orientações, houve roda de conversa e foi inserida a temática das IST.	Fevereiro/2023
Ação durante VII Conferência Municipal de Saúde		As estatísticas de Sífilis foram abordadas em palestra de diagnóstico situacional. Houve realização de testes rápidos em ambiente sigiloso.	Março/2023
Banca de orientações sobre IST no Dia mundial da Saúde		Durante o dia mundial da saúde na sede, Serra do Cipó e Lapinha foram realizadas atividades para alunos e abertas à comunidade em geral. Havia tenda de orientações sobre as IST que era aberta ao público da faixa etária recomendada.	Abril/2023
Ação em multirão de exames oftalmológicos		Durante multirão de exames foi montado espaço sigiloso para realização de testes rápidos e para escuta e orientação.	Abril/2023

Ação durante o hiperdia		Durante o hiperdia foi montado espaço sigiloso para realização de testes rápidos e para escuta e orientação.	Maiο/2023
Futebol de Julho Amarelo		Tenda do sigilo para testagem rápida e banca com orientações e distribuição de preservativos durante campeonato local de futebol na Sede	Julho/2023
Tenda da Saúde no encontro de famílias rurais		Tenda do sigilo para testagem rápida e banca com orientações e distribuição de preservativos.	Agosto/2023

É importante citar que o município já desenvolvia muitas ações intersetoriais na saúde, mas muitas dessas não contemplavam a temática da Sífilis e outras IST. Ao longo do tempo, visualizando que as ações em locais públicos foram sendo bem sucedidas, houveram mais parcerias. A secretaria de transporte, secretaria de trabalho e ação social e secretaria de educação e cultura, passaram a convidar a saúde para estar em eventos e atividades com a inserção de ações de saúde, entre elas envolvendo a testagem e as IST.

Levar a testagem até locais públicos foi um processo que demandou muita organização. Foi realizado contato com referências técnicas estaduais, solicitando orientação. Além disso, houveram reuniões com as enfermeiras. Assim, uma enfermeira do município formulou a proposta de montar a “tenda do sigilo”, por meio de materiais já disponíveis nas UBS (mesas, cadeiras, biombos), a cada ação foi montado um espaço em local visível, mas afastado do aglomerado de pessoas. A população era organizada em filas, com 1 profissional orientando, enquanto outro profissional realizava o teste, em ambiente restrito. De início o próprio paciente era orientado a aguardar o resultado, ou retornar depois. Mas, surgiu a estratégia da entrega impressa de resultado.

Uma das enfermeiras junto a coordenação desenvolveu um relatório básico de resultado dos testes, que era impresso, preenchido e carimbado após o exame. O resultado era grampeado em sigilo para que o paciente pudesse retirar, em segurança, facilitando ainda mais o sigilo nas ações.

Ao longo do trabalho desenvolvido é importante mencionar que quando iniciaram as atividades, havia muita resistência dos profissionais com a testagem. Os profissionais de saúde, muitas vezes, já encarregados de diversas outras atividades, não visualizavam os testes como algo essencial, ainda que a Educação Permanente e a tentativa de sensibilização estivessem em prática no território. Com o passar do tempo e o surgimento de casos positivos, alguns sintomáticos e outros assintomáticos (indicando possível subnotificação), a equipe de assistência passou a perceber a importância de trabalhar esses temas, pois a Sífilis e demais IST, passou a estar mais presente no cotidiano. Inclusive, é importante ressaltar que houve um aumento nos casos de Sífilis do município, anterior às ações, não estava na rotina e no cotidiano do serviço a testagem, o que mostra a importância desse processo de vigilância das IST.

Outro ponto a ser considerado é a procura da população. Quando as atividades começaram, muitas pessoas mostraram-se resistentes aos testes. Para vencer esse desafio foi mobilizada toda equipe de saúde. A dentista na consulta odontológica abordava o tema, na recepção os pacientes eram informados da testagem, as ACS, técnicos de saúde bucal, apoio administrativo e outros profissionais da UBS orientavam os pacientes sobre a prática de testagem, a importância e as orientações. Atualmente, há casos em que os próprios pacientes buscam os testes.

Para prosseguir relatando essa experiência, é importante analisar a diferença dos resultados do Plano de enfrentamento à Sífilis instituído pela Resolução.

A tabela 11 abaixo mostra um comparativo do número de testes rápidos realizados. O número dos testes variou, conforme a demanda da população e o estoque disponível. Os testes são solicitados e disponibilizados pelo estado, por meio de sistema.

Tabela 1- Número de Testes Rápidos Realizados

Período (Ano)	Tipo de Teste realizado (n)			
	Sífilis	HIV	Hepatite B	Hepatite C
2021	0	0	0	0
2022	673	787	742	746
2023 (até agosto)	554	554	554	554

Fonte: elaboração própria, conforme resultados estaduais do Plano de Enfrentamento à Sífilis

Obs: Dados sujeitos ao viés da inserção e preenchimento de Mapa e Boletim em sistema e variação da testagem, conforme estoque disponível de testes, no período das ações

Observa-se que ao longo de 2021 (ano em que a resolução foi implementada), não houve registro de realização de testes, conforme monitoramento anual do estado, planilha de controle municipal e sistema utilizado. Estima-se que como o processo ainda estava em implementação, haviam alguns poucos testes realizados, mas sem o registro, impedindo a contabilização. A testagem em 2022 começou a ser realizada com maior ênfase a partir de junho, período de início do recorte deste trabalho. Em 2023, os resultados parciais já se aproximam do alcançado em 6 meses de trabalho em 2022. No município, durante o monitoramento quadrimestral dos instrumentos de gestão, esses dados da testagem são inseridos, relembrando que fazem parte de um plano de ação e matriz a serem trabalhados.

Outro dado interessante é sobre o percentual da população testada, esse indicador faz parte do Plano de Enfrentamento à Sífilis do Estado. Conforme a apuração até 2022, em 2021, o resultado foi de 0% das pessoas testadas para Sífilis, HIV, Hepatite B e C. Já em 2022, as estatísticas mostraram que do total de pessoas estimadas como sexualmente ativas: 30,4% foram testadas para HIV; 25,1% realizaram testes de sífilis; 28,6% da categoria realizou o teste de Hepatite B e 26,6% o teste de Hepatite C. Reafirmando, a testagem pode variar conforme demanda da população ou ainda estoque de testes recebidos pelo município. A meta estabelecida pelo Plano Estadual é de 50% da população testada para cada IST. O município ainda não alcançou esse patamar, realidade essa que também é de outros municípios do estado. Nesse ponto, há inúmeras discussões sobre o indicador mencionado e a medição da realidade. Entretanto, considera exitosa essa experiência, tendo em vista as melhorias já observadas. Atualmente, Santana do Riacho, tem sido apontado desde 2022, como município da Regional com os melhores resultados do Plano de Enfrentamento à Sífilis e como cidade que mais realiza testagem de IST. Em julho de 2023, houve a apresentação dessa experiência como exitosa, em reunião regional.

Outro ponto a ser considerado é que o Plano de Enfrentamento à Sífilis avalia a testagem realizada nas gestantes ou exames de Sífilis e HIV, sendo o mesmo indicador avaliado no Previne Brasil, que pode ser analisado na Tabela 2.

Tabela 2 - Proporção de Gestantes com Exame de Sífilis e HIV realizados e registrados em sistema

Período	Proporção (%)
1º quadrimestre de 2021	0%
2º quadrimestre de 2021	23%
3º quadrimestre de 2021	39%
1º quadrimestre de 2022	44%
2º quadrimestre de 2022	73%
3º quadrimestre de 2022	80%
1º quadrimestre de 2023	100%

Fonte: elaboração própria, conforme dados do Previne Brasil

Obs: considerando a meta 60% foram sinalizados em verde os períodos de alcance. Além disso, o resultado do indicador está sujeito à alimentação de sistema por profissionais de saúde

Por mais que o indicador também contabilize outros exames laboratoriais de Sífilis e HIV, os resultados foram melhorando e sendo alcançados pelo Previne Brasil, à medida que a testagem rápida e as ações de prevenção das IST iniciaram. Esse fato coloca em questão a possível influência dessas ações com a melhoria desse resultado, fato esse que deverá ser analisado em próximo estudo.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciados neste estudo, mostram o quanto a organização das ações e planejamento foi primordial para que Santana do Riacho reduzisse seus desafios na vigilância das IST, colaborando para a execução efetiva das políticas e normativas do Sistema Único de Saúde que demonstram a necessidade de abordagem desse tema. Para tanto, é cabível mencionar que as ações prosseguem sendo executadas no território, visando ampliar o acompanhamento da situação e melhorar resultados que impactam diretamente na qualidade da saúde. Para tanto, em análise dos resultados de vigilância das IST verificou-se que a UBS Neide Maria Marques está mais estruturada nas atividades, assim deve-se buscar aperfeiçoar a testagem, buscas ativas e sensibilização da equipe na UBS Teobaldo Inacio da Silva.

Essa experiência mostra-se importante à saúde pública à medida em que aponta que em espaços coletivos e por meio da abordagem do contexto de uma comunidade é possível construir o fazer em saúde, de forma coletiva, mas também pensada na individualidade e privacidade dos indivíduos. Espera-se que a construção desenvolvida em Santana do Riacho/Minas Gerais possa inspirar novas ações voltadas à Vigilância e combate às IST, tema relevante e importante para investigação na saúde pública.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à toda equipe de saúde pelo empenho nas atividades de vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Em especial, agradecemos a colaboração e empenho da equipe de Enfermagem (enfermeiras e técnicos). Além disso, somos gratos às parcerias com os secretários municipais de todas as áreas e à gestão da prefeitura pelos incentivos à saúde.

REFERÊNCIAS

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, p. 20-28, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil**/Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis>. Acesso em 16 set. 2023.

LIMA, Haroldo Dutra et al. O impacto da pandemia da Covid-19 na incidência de sífilis adquirida no Brasil, em Minas Gerais e em Belo Horizonte. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 8, p. e10874-e10874, 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES MG 7731 de 22 de setembro de 2021**, 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207731%20-%20CIB.pdf>. Acesso em 16 set. 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde ressalta importância da prevenção e diagnóstico da Sífilis**, 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/fornecimento-de-medicamentos/story/18063-saude-ressalta-importancia-da-prevencao-tratamento-e-diagnostico-da-sifilis#:~:text=Conforme%20dados%20levantados%20pela%20Secretaria,maior%20n%C3%BAmero%20registrado%20desde%202010>. Acesso em 16 ago. 2023.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Claudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista Práxis Educacional**, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Organização Mundial da Saúde publica novas estimativas sobre a Sífilis Congênita**, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-2-2019-organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita>. Acesso em 16 ago. 2023

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COM COVID-19 NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS/MG

Bárbara Conceição Martins de Oliveira; MBA em Gestão de Serviços de Saúde e Auditoria;
Faculdade Santa Casa BH

Amanda Santos Dittz; MBA em Gestão Empresarial e Especialista em Sistema de Informação em Saúde; Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Daisy Motta-Santos; Doutorado em Ciências Biológicas-Fisiologia UFMG; Centro de Telessaúde da UFMG e IATS

RESUMO: Diante do atual cenário da pandemia, é inegável o impacto que a doença do coronavírus (COVID-19) pode trazer para a vida dos indivíduos sobreviventes apresentando sequelas à longo prazo, prejudicando suas atividades de vida diárias. Esta pesquisa pretendeu traçar o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com COVID-19 no município de Pará de Minas/MG, identificando as principais complicações clínicas e/ou seqüelas pós COVID-19; e delinear qual o impacto da infecção viral na qualidade de vida dos indivíduos, durante fase infecciosa, pós alta hospitalar, e pós monitoramento domiciliar. Foram avaliados 163 indivíduos positivos COVID-19, com uma abordagem descritiva, observacional e retrospectiva (questionário on-line), CAAE: 52020821.7.0000.5138. O questionário consistia de perguntas para avaliar possíveis seqüelas pós COVID-19. Desses indivíduos 61,5% deles alegaram ter tido algum outro sintoma após essa fase aguda, sendo eles com maior incidência: Cardiovasculares, respiratórios e neurológicos. No que se refere à gravidade da doença, a maioria evoluiu de forma leve/moderada, dos indivíduos avaliados 21,0% apresentaram a necessidade de acompanhamento, com exames complementares e medicamentos, após o período da fase aguda. É provável que durante os próximos anos, devido às sequelas de COVID-19, seja crescente a demanda no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente por serviços de reabilitação, fazendo necessário o rápido entendimento das prováveis seqüelas que os pacientes sobreviventes podem desenvolver, tal como as possíveis complicações decorrentes das re-infecções. O estudo permitiu conhecer o perfil epidemiológico dos indivíduos positivos COVID-19 no município de Pará de Minas/MG, sendo fundamental para o rastreamento, monitoramento e controle epidemiológico do município, e assim propor políticas de saúde pública para restabelecimento da população afetada pela infecção do SARS-CoV-2. Fica evidente a necessidade de mais estudos relacionados à infecção de indivíduos positivos COVID-19 para viabilizar programas de saúde pública aos pacientes mais vulneráveis, tal como estabelecer medidas de controle e de reabilitação. Através dessa pesquisa observa-se que reabilitação pós COVID-19 poderá ser um componente-chave para a reinserção social dos indivíduos, na recuperação da doença, que vão desde a melhora da função respiratória, ganho de força, resistência, até a reinserção do paciente nas suas atividades de vida diária.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; Sequelas pós COVID-19; Reabilitação; Saúde pública.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, uma pneumonia viral grave foi identificada na China (Wuhan), sendo como agente causal o coronavírus (SARS-CoV-2), a síndrome respiratória aguda grave recebeu o nome de COVID-19 (*coronavirus disease 2019*). Dentro de algumas semanas, o vírus se disseminou pelo mundo e foi declarada como emergência pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), devido ao aumento da taxa de mortalidade (HUANG, *et al.*, 2020).

A COVID-19 é responsável por um quadro respiratório que pode evoluir de sintomas gripais leves até a síndrome do desconforto respiratório agudo, potencialmente letal. Ocorrendo lesão cardíaca aguda em 12% dos infectados, associando-se a piores resultados evolutivos, especialmente nos pacientes com doença cardiovascular (DCV) subjacente, que apresentam maior gravidade e piores resultados clínicos comparados a diabetes, doença cerebrovascular e hipertensão (BANSAL; MANISH, 2020).

De acordo com COSTA *et al.* (2020), dados da pandemia da COVID-19 demonstram que o vírus pode afetar o sistema cardiovascular com manifestações diversas como injúria miocárdica, insuficiência cardíaca, síndrome de Takotsubo (ST), arritmias, miocardite.

Acredita-se que os mecanismos pelos quais o vírus pode afetar o coração resultam de ação direta no músculo cardíaco e no endotélio dos vasos que os nutrem, assim como indireta, resultado da “tempestade de citocinas inflamatórias”, hipercoagulabilidade e hipóxia. Há, no entanto, questões acerca da reversibilidade das lesões cardíacas, o que, em última análise, resultaria em sequelas permanentes, que incluem miocardite, pericardite, aumento do risco de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, arritmias e hipertensão pulmonar (RAMADAN *et al.*, 2021).

Durante a hospitalização, diversos estudos têm observado que um número considerável de pacientes acaba desenvolvendo alterações cardíacas e insuficiência hepática e renal dentre outras disfunções, as quais também contribuem para piora da capacidade física e funcional, podendo a recuperação após hospitalização durar meses, comprometendo as atividades diárias e o retorno ao trabalho, gerando redução da qualidade de vida para pacientes e familiares (CACAU *et al.*, 2020)

Acredita-se que muitos pacientes poderão apresentar alterações na redução de força e da resistência da musculatura periférica e respiratória (relacionada à fraqueza muscular adquirida na UTI), do tônus muscular e da amplitude de movimento articular, bem como déficits de equilíbrio e coordenação motora dentre outras alterações (FROTA, *et al.*, 2021).

Embora o COVID-19 tenha sido inicialmente reconhecido como uma doença respiratória, o SARS-CoV-2 tem capacidade de danificar muitos sistemas de órgãos. Estudos de ressonância magnética cardíaca revelaram comprometimento cardíaco em 78% dos 100 indivíduos que tiveram um episódio anterior de COVID-19 (investigaram um média de 71 dias após a infecção) e em 58% dos participantes com longa COVID (estudado 12 meses após a infecção), reforçando a durabilidade de anormalidades cardíacas. Um estudo prospectivo de indivíduos de baixo risco, procurando no coração, pulmões, fígado, rins, pâncreas e baço, observou que 70% de 201 pacientes tiveram danos em pelo menos um órgão e 29% tiveram danos em múltiplos órgãos (DAVIS *et al.*, 2023).

Devido ao complexo processo fisiopatológico da doença e a necessidade de hospitalização prolongada nos casos graves, os indivíduos sobreviventes a essa infecção podem persistir longo prazo com diferentes graus de comprometimento da capacidade funcional, e como consequência, estes indivíduos podem se tornar sedentários, aumentando o risco de aparecimento de comorbidades (SANTANA *et al.*, 2021).

Apesar dos maiores desfechos prejudiciais afetarem os indivíduos que progrediram para a condição grave da COVID-19, pacientes que desenvolveram a forma moderada da doença e que não precisaram de hospitalização, também podem apresentar determinado nível de comprometimento funcional (SANTANA; FONTANA; PITTA, 2021). Contudo, a condição pós COVID-19 apesar de ter um começo, não tem um fim específico (SEEBLE *et al.*, 2022).

No município de Pará de Minas, o controle epidemiológico da infecção pela COVID-19 foi realizado com efetividade pela Secretaria de Saúde do Município, o qual buscou relevância no âmbito da saúde pública para monitoramento da doença. Realizando controle da transmissão do vírus, monitoramento das manifestações clínicas dos sintomáticos, dos diagnosticados com COVID-19 (diagnóstico laboratorial), dos casos suspeitos, do monitoramento domiciliar, dos fatores de risco, das complicações clínicas e dos tratamentos na fase aguda da infecção até as sequelas pós COVID-19.

Essa pesquisa poderá contribuir no âmbito teórico/prático através do levantamento do perfil epidemiológico dos indivíduos acometidos pela COVID-19, caracterizando possível necessidade da reabilitação cardiovascular para amenizar os sintomas da síndrome pós

COVID-19. Tais lacunas se devem a informações que possuem relevância: científica e social, um caminho para futuramente propor estratégias para otimizar o serviço de reabilitação na saúde pública do município promovendo intervenção eficaz para o controle dos fatores de risco cardiovasculares modificáveis e não modificáveis através da prática de atividade física.

O presente estudo descreveu o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com COVID-19 no município de Pará de Minas, no Estado de Minas Gerais, Brasil; e identificou as principais complicações clínicas e/ou sequelas pós COVID-19 procurando delinear o impacto da infecção viral nos indivíduos avaliados.

DESENVOLVIMENTO

A metodologia utilizada na pesquisa foi descritiva, observacional e retrospectiva de dados coletados através de questionários respondidos pelos pacientes detectados com COVID-19 no município de Pará de Minas- MG; primeiramente, houve uma identificação dos casos notificados na base de dados do SIDIM SISTEMAS EIRELI (SIDIM) e eletrônico SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (e-SUS) da secretaria municipal de saúde no período de março de 2020 a abril de 2022.

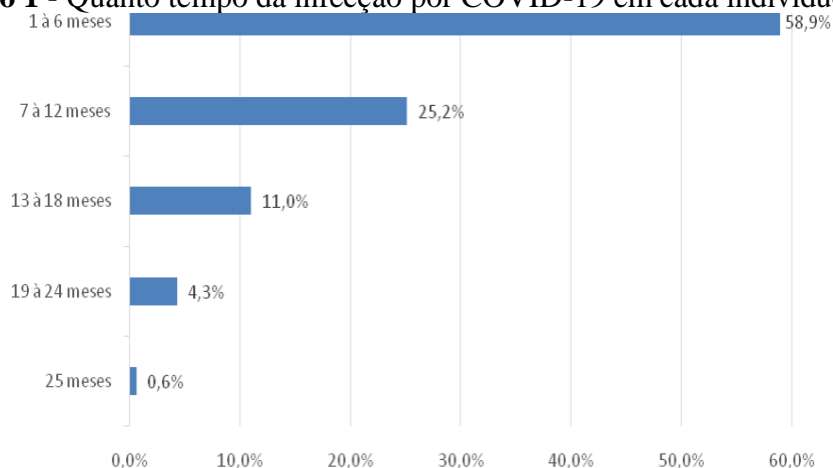
A fim de realizar uma divulgação em massa do estudo, no período de janeiro a abril de 2022, cartazes e entrevistas na imprensa local apresentaram o link para acesso ao formulário online via (*Google Forms*) para leitura e aceite do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (CAAE: 52020821.7.0000.5138) <https://forms.gle/kLhcNFDjTG3D43gr8> que consistia em um instrumento com variada gama de indagações para avaliar as sequelas pós COVID-19 através de dados clínicos, antropométricos e a incidência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, metabólicas, neurológicas e psicossociais dos indivíduos que participaram do estudo.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Durante o período do estudo haviam sido notificados em média pela secretaria municipal de saúde, 10.000 pacientes com diagnóstico confirmado de COVID-19.

O estudo contou com a participação de 163 indivíduos positivos COVID-19 que responderam o questionário, no município de Pará de Minas/MG de ambos sexos (75,5% mulheres e 25,5% homens) no período de 01 de fevereiro a 30 de abril de 2022, sendo observado que 58,9% dos avaliados tiveram a infecção pelo COVID-19 no período de 1 a 6 meses antes da coleta (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Quanto tempo da infecção por COVID-19 em cada indivíduo.



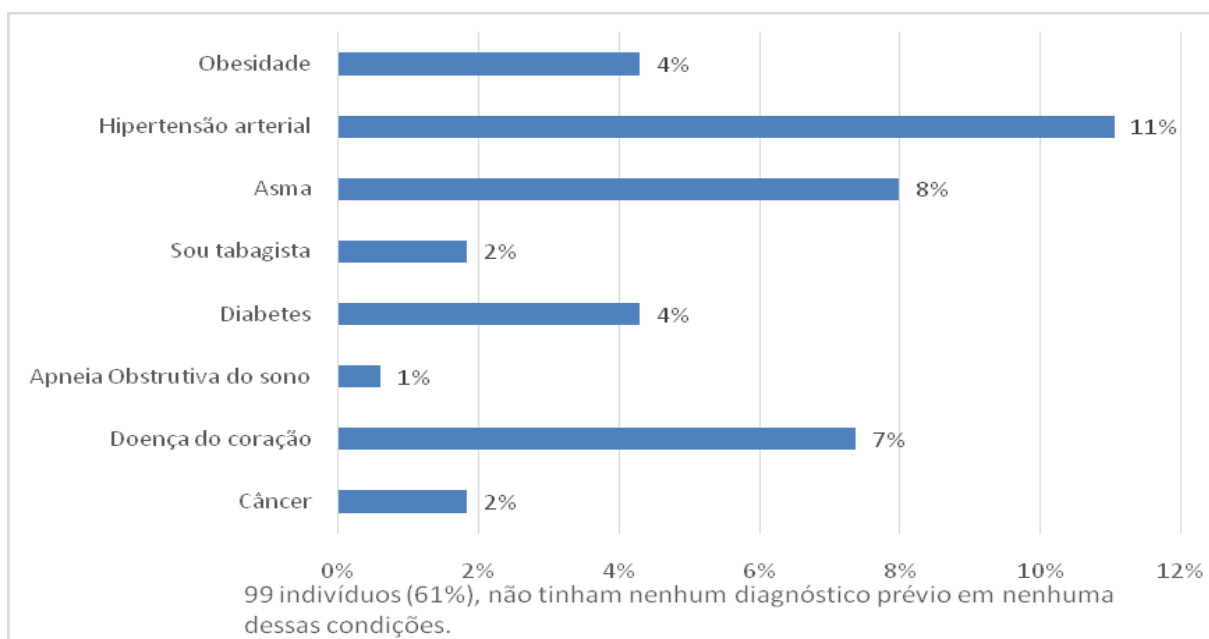
Fonte: Dados da Pesquisa (2022)

O índice de massa corporal (IMC) identificado no estudo, sendo 5,5% obeso grave, 21,5% obesidade 21,5%, 36,8% sobrepeso e 34,4% normal e 1,8% não responderam as informações pertinentes ao IMC. A prevalência de raça dos participantes da pesquisa foi 55,2% Branco.

Entre os indivíduos avaliados, 50,3% não possui plano de saúde, caracterizando uma prevalência de atendimento de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) do município durante e após a fase de infecção por COVID-19, devido a possíveis complicações ocasionadas pela doença.

Os indivíduos apresentaram um índice de 39,3% com comorbidades pré-existentes antes da infecção por COVID-19 (figura 2), porém da amostra de indivíduos avaliada 53,4% relataram fazer uso regularmente de medicamentos para tratamento de alguma patologia preexistente. Após a fase aguda da infecção, 27,0% dos avaliados necessitaram iniciar o uso de medicamentos para dar continuidade ao tratamento.

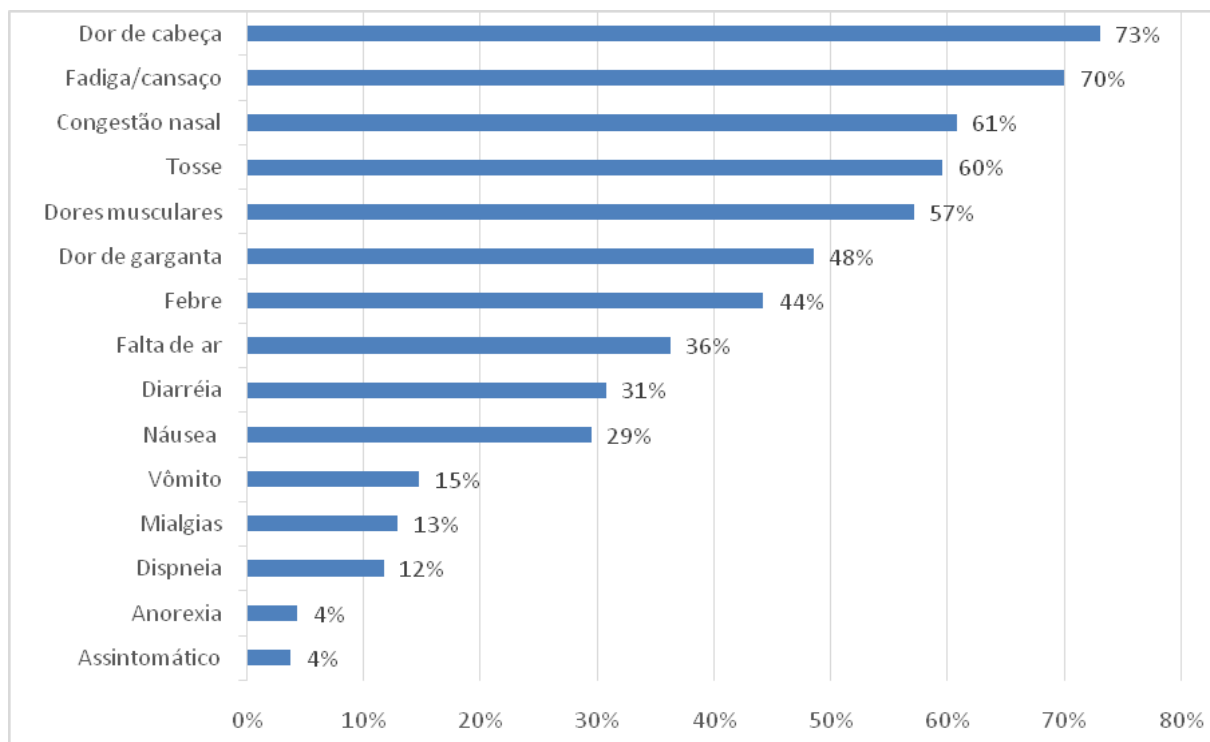
Gráfico 2 - Indivíduos diagnosticados com comorbidades pré-existentes à infecção por COVID-19



Fonte: Dados da Pesquisa (2022)

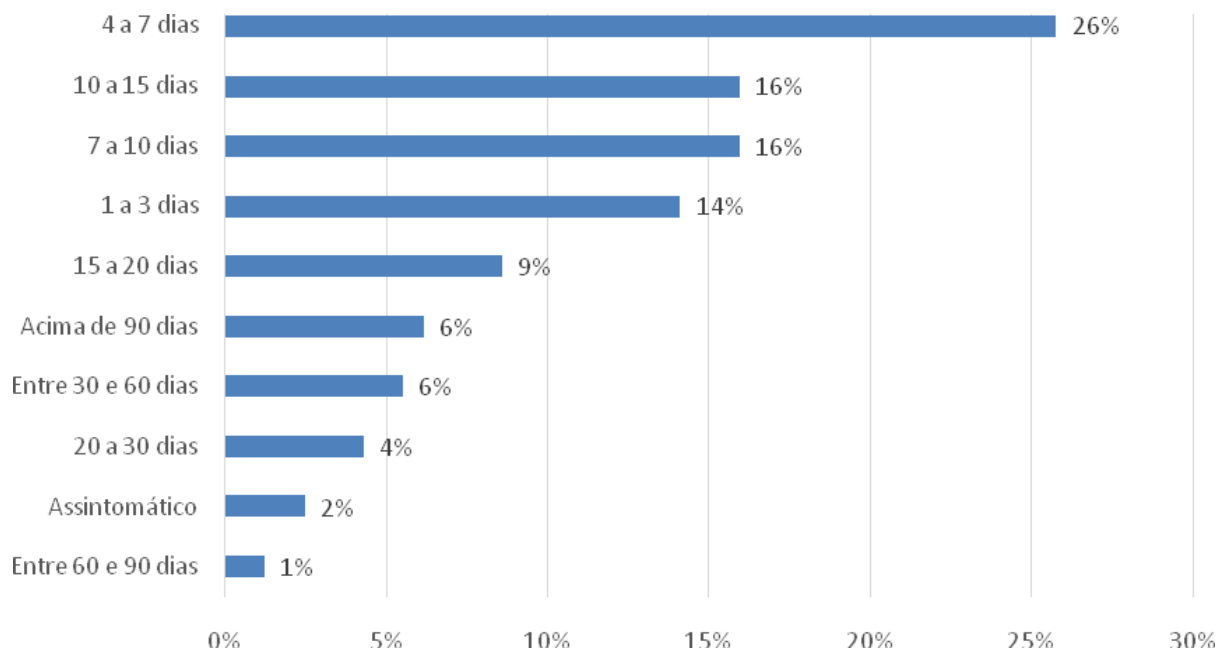
A alta incidência dos sintomas dores de cabeça na infecção pela COVID-19, presença de enxaqueca como condição crônica subjacente entre os indivíduos pode refletir o impacto do sofrimento psicológico vivenciado pela população durante a pandemia da COVID-19, acarretando a exacerbação desse sintoma como seqüela pós COVID-19 (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Sintomas que os indivíduos positivos COVID-19 tiveram na fase aguda da infecção



Fonte: Dados da Pesquisa (2022)

Gráfico 4 – Tempo de duração dos sintomas da fase aguda da infecção por COVID-19

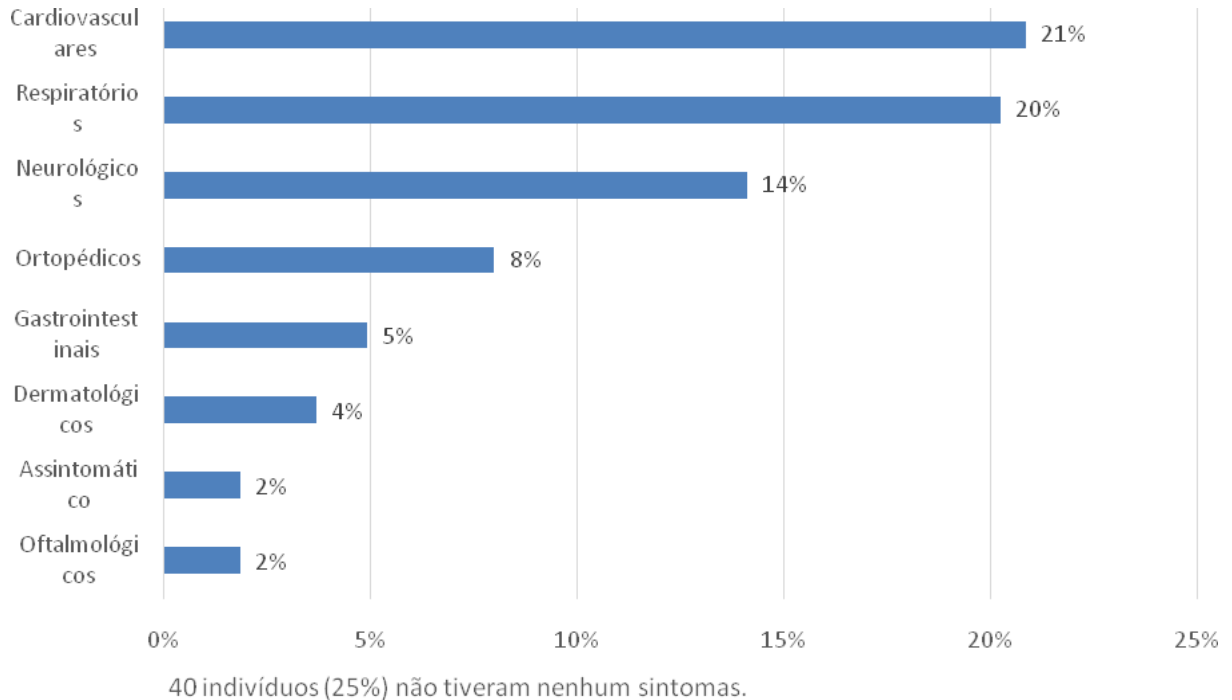


Fonte: Dados da Pesquisa (2022)

Dos indivíduos que apresentaram sintomas na fase aguda (7 dias) da infecção, 61,5% deles alegaram ter tido algum outro sintoma após essa fase aguda. Conforme é observado na

(Gráfico 5), os sintomas apresentados após a fase aguda da infecção com maior incidência foram: Cardiovasculares, respiratórios e neurológicos, sendo 21,0% com a necessidade de dar continuidade ao acompanhamento com algum médico especialista para condução de diagnóstico e realização de exames complementares.

Gráfico 5 – Sintoma apresentado após a fase aguda da infecção por COVID-19



Fonte: Dados da Pesquisa (2022)

As complicações cardiovasculares no período pós-agudo da COVID-19 são frequentemente observadas em pacientes em processo de recuperação de COVID-19, variando de condições leves a estados de saúde com risco de vida, sendo essencial adotar um padrão de atendimento de reabilitação para esses indivíduos (SARFRAZ *et al.*, 2021).

Diante do comprometimento multissistêmico da COVID-19, a reabilitação pós infecção dos indivíduos com sequelas crônicas decorrentes do agravo (SANTANA *et al.*, 2021), passou a ser recomendada para melhorar a evolução e o prognóstico da doença. Sendo a prática clínica de reabilitação para essa população baseada na opinião de especialistas e em estudos preliminares (SILVA, 2022).

No que se refere à qualidade de vida dos indivíduos avaliados, 56,5% praticavam atividades físicas regularmente, com uma frequência semanal de 3 vezes por semana, demonstrando uma maior aderência aos exercícios físicos aeróbicos.

Quanto à renda mensal observou-se que 30,1% recebem até 1 salário-mínimo mensal. Essa informação demonstra que 1/3 população mais carente do município foi afetada pela pandemia, dentre esses pacientes estão os com comorbidades pré-existentes e muitos com sintomas após a fase aguda da infecção, o município de Pará de Minas deve se preparar para cuidar destes pacientes, pois ainda existem poucos estudos que demonstrem as complicações à longo prazo da COVID-19.

Conhecer o perfil epidemiológico dos indivíduos positivos COVID-19 no município de Pará de Minas/MG é importante para compreender as consequências desta pandemia na saúde dessa população. Assim, identificar aqueles indivíduos que estão em maior

vulnerabilidade e com diminuição da capacidade funcional, permitindo que ações sejam direcionadas a esse grupo.

Dentre as limitações deste estudo estão o tamanho da amostra avaliada. Foram incluídos dados de somente 0,01% da população infectada pelo vírus no período do estudo, ou seja, 163 voluntários com diagnóstico positivo para COVID-19, no município de Pará de Minas/MG responderam o formulário.

Foi identificado que as principais complicações manifestadas pelos pacientes foram tosse e enxaqueca como comorbidades mais frequentes. No que se refere à gravidade da doença, a maioria evoluiu de forma leve/moderada, os indivíduos avaliados apresentaram a necessidade de acompanhamento, com exames complementares e medicamentos, após o período da fase aguda em decorrência de alguma sequela.

O resultado do estudo pode contribuir para obtenção de dados epidemiológicos, identificação das manifestações clínicas, população mais vulnerável e ajudar a delinear o perfil da doença causada pelo SARS-CoV-2 na população do município de Pará de Minas/MG. Fica evidente a necessidade de mais estudos relacionados à infecção de indivíduos positivos COVID-19 para viabilizar programas de saúde pública aos pacientes mais vulneráveis, tal como estabelecer medidas de controle e de reabilitação.

Com o atual cenário após pandemia de COVID-19, é provável que durante os próximos anos, devido às sequelas de COVID-19, seja crescente a demanda sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) por serviços de reabilitação física e mental, fazendo necessário o rápido entendimento das prováveis sequelas que os pacientes sobreviventes podem desenvolver, tal como as possíveis complicações decorrentes das re-infecções.

Contudo, a pandemia causada pelo COVID-19 vai muito além da fase crítica da doença e hospitalização, suas multissequelas representam um grande desafio para a Saúde Pública, um terreno fértil para a reabilitação pós COVID-19, com ênfase na reabilitação cardiovascular, que ainda está sendo construído. Sendo evidente a importância do planejamento de uma reabilitação adaptada e individualizada para atingir resultados positivos referente as sequelas, possibilitando assim o correto direcionamento de políticas de saúde pública à prevenção, ao tratamento e à recuperação dos pacientes afetados pela doença.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer o perfil epidemiológico dos indivíduos positivos para COVID-19 no município de Pará de Minas/MG, sendo fundamental para o rastreamento, monitoramento e controle epidemiológico do município e assim propor políticas de saúde pública para restabelecimento da população afetada pela infecção do SARS-CoV-2.

O município de Pará de Minas deve planejar, traçando planos de ação para o enfrentamento após a alta hospitalar e a nova fase da doença, a inserção dos pacientes nos serviços de saúde do município e/ou implantação de reabilitação pós COVID-19, afim de, proporcionar a melhoria da qualidade de vida e capacidade funcional dos indivíduos afetados pela COVID-19.

Através dessa pesquisa observa-se que reabilitação pós COVID-19 poderá ser um componente-chave para a reinserção social dos indivíduos, destacando-se a reabilitação cardiovascular pós COVID-19 na recuperação da doença, que vão desde a melhora da função respiratória, ganho de força, resistência, até a reinserção do paciente nas suas atividades de vida diária.

REFERÊNCIAS

BANSAL, Manish. Cardiovascular disease and covid-19. **Diabetes & Metabolic Syndrome**, v.14, n.3, p. 247-250. jun. 2020. <https://doi.10.1016/j.dsx.2020.03.013>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32247212>

CACAU, Lucas de Assis Pereira; MESQUITA, Rafael; FURLANETTO, Karina Couto *et al.* **Avaliação e intervenção para a reabilitação cardiopulmonar de pacientes recuperados da COVID-19**. In: Comitê COVID-19 da ASSOBRAFIR. ASSOBRAFIR Ciência. 2020 Ago;11(Supl 1):183-193 <https://doi.org/10.47066/2177-9333.AC20.covid19.018>

COSTA, Isabela Bispo Santos da Silva *et al.* O Coração e a COVID-19: O que o Cardiologista Precisa Saber. **Arq. bras. Cardiol**, v.114, n.5, p. 805-816, maio 2020. <https://doi.org/10.36660/abc.20200279>

DAVIS, Hannah E. *et al.* Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. **Nature Reviews Microbiology**, v. 21, n. 3, p. 133-146, 2023. <https://doi.org/10.1038/s41579-022-00846-2>

FROTA, Aline Xavier *et al.* Functional capacity and rehabilitation strategies in Covid-19 patients: current knowledge and challenges. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 54, 2021. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0789-2020>

HALL, Grenita *et al.* A tale of two pandemics: How will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary behavior affect one another?. **Progress in cardiovascular diseases**, v. 64, p. 108, S0033-0620, 2021.

HEFFERNAN, Kevin S.; JAE, Sae Young. Exercise as medicine for COVID-19: An ACE in the hole?. **Medical hypotheses**, v. 142, p. 109835, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.10983>

HUANG, Chaolin *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

RAMADAN, Mohammad Said; BERTOLINO, Lorenzo; ZAMPINO, Rosa *et al.* Cardiac sequelae after coronavirus disease 2019 recovery: a systematic review. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 27, n. 9, p. 1250-1261, Set. 2021 [Epub 23 jun. 2021] DOI: 10.1016/j.cmi.2021.06.015 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34171458/>

SANTANA, André Vinicius; FONTANA, Andrea Daiane; PITTA, Fabio. Pulmonary rehabilitation after covid-19. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n. 1, 2021.

SARFRAZ, Zouina; SARFRAZ, Azza; BARRIOS, Alanna *et al.* Cardio-Pulmonary Sequelae in Recovered COVID-19 Patients: Considerations for Primary Care. **J Prim Care Community Health**. v. 12, p. 1-14, Jun. 2021. Doi: 10.1177/21501327211023726. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34096390/>

SEEBLE, Jessica; WATERBOER, Tim; HIPPCHEM, Theresa *et al.* Persistent symptoms in adult patients 1 year after coronavirus disease 2019 (COVID-19): a prospective cohort study. **Clinical infectious diseases**, v. 74, n. 7, p. 1191-1198, 2022.

SILVA, Cibele Cristine Berto Marques da. Reabilitação pulmonar em pacientes com síndrome pós-COVID-19. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 29, p. 1-3, 2022.

QUALIDADE DE VIDA E ESTRESSE ENTRE DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR

Letícia de Oliveira Rocha; Mestranda em Gestão em Serviços de Saúde

Vanessa de Almeida Fisioterapeuta; Doutorado em Saúde Pública pela FSP/USP;
Universidade Federal de Minas Gerais

Mery Natali Silva Abreu; Doutora em Saúde Pública/Epidemiologia; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: A educação sempre foi o alicerce da formação social, cultural e profissional do ser humano, entretanto, figura dentre as profissões que mais sofrem com o estresse e, conseqüentemente, com o decréscimo da qualidade de vida. O **objetivo** do presente estudo consiste em explorar a relação entre qualidade de vida e estresse ocupacional em professores do ensino superior. **Métodos:** o método eleito foi a Revisão Integrativa que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão. A busca por artigos científicos foi conduzida nas bases de dados eletrônicas nos últimos 6 anos e baseada nas estratégias de busca conforme as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). **Resultados:** Foram encontrados 98 estudos relacionados à temática, e, após leitura na íntegra, somente 22 foram utilizados neste estudo. **Conclusões:** Fica evidente que o ambiente acadêmico é fonte provedora de estresse ao docente universitário, o qual promove efeitos sociais e financeiros ao Estado, aos empregados e empregadores, na saúde e no bem-estar dos docentes, contribui na elevação da percepção da QV e QVT dos docentes.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Qualidade de vida; Estresse ocupacional, Docentes.

INTRODUÇÃO

A carreira docente está fortemente associada à vocação de transmitir o conhecimento e ao maior prestígio na sociedade (LOPES-PEREIRA *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2019) e apesar de sua relevância social é considerada como uma das carreiras mais estressantes e desafiadoras (CRUZ *et al.*, 2020) superando os níveis de estresse de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros) e da segurança pública (policiais militares), contribuindo com a depreciação da qualidade de vida (QV) e qualidade de vida no trabalho - QVT (SOARES, MAFRA, FARIA, 2019; CRUZ *et al.*, 2020; PRATA-FERREIRA, VASQUES-MENEZES, 2021; MATTOS *et al.*, 2017).

A Educação superior desempenha papel fundamental na formação pessoal e profissional do aluno, sendo essencial para a construção da sociedade e para o desenvolvimento do país. (SATHLER, 2021).

Muitas mudanças ocorreram no âmbito educacional, em especial nas relações do trabalho docente, e influenciadas por uma série de fatores que podem concernir com a satisfação de professores em suas atividades laborais (NASCIMENTO *et al.*, 2019). Além disso, as alterações associadas ao trabalho docente foram influenciadas pelos inúmeros avanços em diversos ramos da tecnologia, na esfera econômica e social, política e demográfica (NASCIMENTO *et al.*, 2019) os quais podem estar associadas à transição do contexto da educação, as reformulações das políticas educacionais e no perfil do professor (PRATA-FERREIRA/ VASQUES-MENEZES, 2021).

Em virtude do crescente investimento no setor universitário no país, houve um aumento expressivo do quadro de docentes e que resultaram em maior exigência quanto a necessidade de publicação científica, captação de recursos para o desenvolvimento de projetos, maior envolvimento em quesitos relacionados aos aspectos institucionais e com as comunidades

(TSUBOI, ROSIM, 2022). Essas pressões impostas no ambiente de trabalho, associadas às exigências de adaptação à cultura e valores organizacionais, contribuem para a exaustão e sofrimento a fim de atender à sobrecarga de trabalho (CORTEZ *et al.*, 2017).

A QV está relacionada ao bem-estar biopsicossocial frente à percepção do indivíduo sob sua inserção na vida em relação ao meio em que vive e as suas expectativas pessoais, laborais, familiares e está associada aos fatores determinantes de saúde (SOUZA *et al.*, 2019; ANTONINI *et al.*, 2022). Como a QV influencia ou é influenciada no âmbito da saúde, pode-se correlacioná-la com a compreensão das necessidades humanas (SANCHEZ *et al.*, 2019).

Essa pode ser mensurada por meio de diferentes indicadores, dentre eles: “trabalho; saúde; educação, lazer; relações sociais; segurança; direitos básicos; meio ambiente; e bem-estar” (ARALDI *et al.*, 2021, p. 460). Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) atribui a percepção de QV aos domínios: físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; meio ambiente; e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (ARALDI *et al.*, 2021).

Em contrapartida, o estresse é uma reação orgânica capaz de gerar alterações de ordem física e emocional (CRUZ *et al.*, 2020; SÁ *et al.*, 2018). É considerado como um problema de saúde pública e está inserido no cotidiano de grande parte da população mundial (SOARES/MAFRA/FARIA, 2019).

O desgaste intelecto-emocional, sempre presente nos docentes, expõe esses profissionais a riscos de saúde e desenvolvimento de doenças variadas as quais podem ser atribuídas ou não ao estresse, em decorrência da exposição a ambientes e condições adversas, à falta de perspectiva profissional aliado aos problemas de ordem pessoal (SANCHEZ *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o setor acadêmico é considerado fonte provedora de estresse ao docente universitário e pode ser explicado, dentre outros fatores, pela exposição a ambientes pouco afetuosos e altamente exigentes, pela precarização das condições de saúde e de organização do trabalho, salários defasados, falta de apoio dos pares, a indisciplina do discente, a demanda por produção científica e os inúmeros fatores psicossociais (SOARES/MAFRA/FARIA, 2019; CRUZ *et al.*, 2020; SÁ *et al.*, 2018), além das mudanças que têm ocorrido no ambiente da educação a nível superior, como o processo de reestruturação produtiva (LOPES-PEREIRA *et al.*, 2020).

Todos esses fatores podem promover uma sobrecarga de trabalho imposto ao docente (LOPES-PEREIRA *et al.*, 2020) aliado a uma rotina extremamente exaustiva (CRUZ *et al.*, 2020) capaz de gerar efeitos deletérios na saúde e na qualidade de vida de forma semelhante (CORTEZ *et al.*, 2017).

Assim, o objetivo do presente estudo consiste em explorar a relação entre qualidade de vida e estresse ocupacional em professores do ensino superior

METODOLOGIA

No presente estudo, a metodologia adotada para o desenvolvimento desse artigo foi a pesquisa bibliográfica com foco na revisão integrativa da literatura e cujas informações serão sintetizadas no Quadro 1. A coleta de dados foi realizada a partir de dados secundários, mediante busca eletrônica BVS, MEDLINE VIA PUBMED, COCHRANE, SCOPUS, WEB OF SCIENCE nos últimos 6 anos, entretanto, priorizando estudos publicados entre 2017 e 2023.

A procura foi baseada nos descritores do Medical Subject Heading Terms (DeCCS/MeSH), conforme segue: ("Estresse Ocupacional" OR "Occupational Stress" OR "Estrés Laboral" OR "Stress professionnel" OR "Qualidade de Vida" OR "Quality of Life" OR "Calidad de Vida" OR "Qualité de vie") AND (Docentes OR Faculty OR Docentes OR "Corps enseignant" OR "Professor Universitário" OR "Professores Universitários" OR "Professores de

Ensino Superior" OR "Professores do Ensino Superior" OR "University Professor" OR "University Professors"). As buscas nas bases subsequentes sofreram adequações conforme a base de dados utilizada. Para complementar, foi realizada uma busca manual nas referências dos artigos incluídos.

Para efeito de comparação foram selecionados estudos transversais, controlados, randomizados, revisão integrativa que abordavam sobre a qualidade de vida e estresse entre docentes e entre profissionais da saúde atuantes na docência, com estudos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, e todos os estudos incluídos foram traduzidos quando necessário e possível.

Quadro 1 – Tipos de critérios estabelecidos para inclusão dos resultados da primeira fase

	Crítérios
Palavras-chave	Saúde do Trabalhador; Política de Promoção da Saúde; Qualidade de vida; Estresse ocupacional, Docentes.
Base de Dados	BVS, MEDLINE VIA PUBMED, COCHRANE, SCOPUS, WEB OF SCIENCE.
Assunto	Qualidade de Vida e estresse ocupacional em Professores do ensino superior
Ano de publicação	2016 a 2023
Situação do texto	Íntegra
Tipos de estudos	Transversais, controlados, randomizados, revisão integrativa.
Idioma da publicação	Português, Espanhol e Inglês
Tipo de documento	Artigos
Qualidade da revista	Qualis A1, A2, A3, A4, B1, B2

Fonte: Elaborado pela autora.

Nesta primeira etapa foi possível identificar um total de 98 estudos baseados nos critérios estabelecidos, seguindo-se, então, para a etapa de seleção dos estudos, a qual se deu pela leitura inicialmente do título, seguida da avaliação da revista na Qualis Capes nas áreas Interdisciplinar e Saúde Coletiva, onde foram admitidos, enquanto critérios, artigos com Qualis A1, A2, A3, A4, B1, B2. Com adequação do título e a qualificação da revista ao tema proposto, seguiu-se a leitura do resumo e assim que verificada a precisão objetiva desse, a leitura na íntegra era realizada. Ao final, foram selecionados 22 estudos.

Para avaliação dos estudos foram estabelecidos critérios de forma que se pudesse assegurar a qualidade dos trabalhos, como: (a) identificação do estudo quanto a natureza objetiva; (b) características metodológicas (c) qualificação na Qualis Capes. Na avaliação dos atributos qualitativos, aqueles estudos confusos ou mal descritos foram excluídos, assim como intervenções pouco claras ou inadequadas; publicação somente em resumos, aqueles que não correspondiam aos objetivos da presente pesquisa, Qualis inferior a B3.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O conhecimento acerca das peculiaridades que regem o ambiente de trabalho docente é considerado como o pontapé inicial para elucidar os fatores atrelados às melhores condições de saúde e qualidade de vida do docente, relacionando-os aos fatores estruturais e psicológicos. Deve-se atentar, ainda, às dimensões que englobam a autoestima, significância das tarefas, *feedback* e desenvolvimento individual e laboral. A partir da visão do próprio docente quanto a essa relação de trabalho, a torna uma valiosa ferramenta para fomentar políticas direcionadas e vinculadas ao elo existente entre ambiente de trabalho e saúde (TSUBOI/ ROSIM, 2022; LOPES-PEREIRA *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a saúde do docente é fortemente influenciada, quer seja negativa ou positivamente, por aspectos relacionados às políticas educacionais, as condições de trabalho, os processos pedagógicos e burocráticos (ANTONINI *et al.*, 2022). Ressalta-se que o trabalho e suas relações com a saúde estão envolvidos em aspectos socioculturais, de ordem econômica e produtiva a partir da sociedade em que se vive (ANTONINI *et al.*, 2022).

Assim, o conhecimento acerca das relações intrínsecas inerentes ao processo de trabalho, tanto do ponto de vista estrutural quanto psicológico, podem resultar em melhores condições de saúde e qualidade de vida do docente (TSUBOI/ ROSIM, 2022) decorrente da interação entre o meio e o indivíduo (ANTONINI *et al.*, 2022).

No que tange à qualidade de vida, diversos fatores podem estar associados ao decréscimo na percepção da QV e elevação na percepção de estresse, como, por exemplo, a satisfação do indivíduo em seu ambiente de trabalho, os aspectos fisiológicos, de ordem tecnológica, sociopsicológica, o ambiente físico e equipamentos disponíveis (TSUBOI/ ROSIM, 2022; SANCHEZ *et al.*, 2019).

Ressalta-se, ainda, que há uma associação inversamente proporcional entre qualidade de vida, estresse e o distanciamento social. Assim sendo, se o nível de estresse está elevado, a percepção da QV estará reduzida e o mesmo acontece com o isolamento (SANCHEZ *et al.*, 2019).

Há na literatura relatos acerca da percepção de estresse e decréscimo da qualidade de vida entre docentes de diferentes áreas do conhecimento e entre os docentes da saúde que exercem a função de monitores de estágio (LOPES-PEREIRA *et al.*, 2020; CALIARI *et al.*, 2022; SÁ *et al.*, 2018; SANCHEZ *et al.*, 2019).

Quanto aos docentes da área da saúde, além dos fatores estresses a que são submetidos na função de docente, esses experenciam um ritmo intenso do processo laboral e um elevado risco ocupacional, pois muitos exercem atividades assistenciais durante o ensino prático dos alunos em estágios, principalmente em instituições hospitalares, o que pode aumentar a suscetibilidade de exposição aos fatores de riscos ocupacionais e decréscimo da qualidade de vida (LOPES-PEREIRA *et al.*, 2020; CALIARI *et al.*, 2022; SÁ *et al.*, 2018), além de lidarem com situações angustiantes e responsabilidades peculiares às suas atividades (SANCHEZ *et al.*, 2019).

Em relação às diferentes áreas de conhecimento, Sanchez *et al.* (2019) realizaram um estudo com 284 professores universitários de diversas áreas (saúde, biologia, agrárias, humanas e exatas) e utilizaram um questionário sociodemográfico com questões relacionadas aos dados de saúde, o WHOQOL-Bref para avaliar QV e para avaliar a QVT, o TQWL-42. Ao final, observaram melhor QV e QVT entre os docentes das áreas da saúde e humanas em comparação aos demais (biologia, agrárias e exatas).

Entretanto, essa melhor percepção de QV e QVT foi atribuída àqueles docentes que referiram fazer menor uso de medicamentos, menor uso de tabaco, melhor qualidade do sono e aos que praticavam atividade física de moderada intensidade e atividades de lazer mais frequentemente. Já os docentes das áreas de humanas e agrárias, apresentaram uma QV melhor quando apresentavam alimentação e sono equilibrados (SANCHEZ *et al.*, 2019).

A sobrecarga de trabalho no âmbito acadêmico, segundo Lopes-Pereira *et al.* (2020) tem resultado em maior interesse pelo bem-estar e pela QV nesse público. Para além, Sanchez *et al.* (2019) reforçam que a QV dos docentes poderia ser melhor caso não tivessem excessivas atividades a eles impostas e uma carga horária semanal de trabalho que dificultasse a realização de atividades de lazer e recreativas.

Diante do exposto, salienta-se a necessidade de um olhar mais rigoroso e minucioso acerca dos fatores que afetam a QV e, portanto, a saúde dos docentes universitários, uma vez que essa profissão está associada a alta exigência das capacidades tanto físicas, intelectuais, quanto sentimentais e emocionais (SANCHEZ *et al.*, 2019; SÁ *et al.*, 2018).

Alguns fatores contribuem para a percepção da QVT, quer seja positiva ou negativamente, como a formação acadêmica, a má gestão de tempo aliada à rotina exaustiva que se estende para além do ambiente universitário, a organização e condições de trabalho incluindo as práticas organizacionais, a jornada laboral excessiva, o suporte tecnológico, a baixa remuneração, os recursos didáticos, a estrutura física da organização, as funções burocráticas (CRUZ *et al.*, 2020; SOARES; MAFRA; FARIA, 2019; CAMPOS; CARVALHO; SOUZA, 2019; LOPES-PEREIRA *et al.*, 2020; SANCHEZ *et al.*, 2019; TUNDIS, MONTEIRO, 2018; DIAS; CHAVEIRO; PORTO, 2018; TSUBOI/ ROSIM, 2022).

Outros fatores relacionam-se a interenção na vida pessoal e diária, os aspectos sociopsicológicos, as relações interpessoais (entre pares, gestores e alunos), a falta de disciplina dos alunos, a imagem do docente na sociedade, a intensidade de exposição a agentes de risco ocupacional, acréscimo de funções, rotina, plano de carreira e salário, qualidade do sono, alimentação e prática de atividades físicas, o uso excessivo de telas, necessidade constante de capacitação e a elevada demanda por produção científica e projetos de extensão, dentre outros (CRUZ *et al.*, 2020; SOARES; MAFRA; FARIA, 2019; CAMPOS; CARVALHO; SOUZA, 2019; DIAS; CHAVEIRO; PORTO, 2018; TSUBOI; ROSIM, 2022). Estes serão descritos no Quadro 2.

Outro fator que causa depreciação da QVT refere-se a alta titulação quanto à formação acadêmica, demonstrada no estudo de Lopes-Pereira *et al.* (2020), segundo os quais quanto maior o grau de instrução, maiores são as exigências e a sobrecarga de trabalho, inclusive administrativa. Esse achado corrobora o trabalho de Antonini *et al.*, (2022) os quais associam o decréscimo da QV e QVT à sobrecarga física e psicoemocional, condições adversas e inadequadas do trabalho e ao excesso de trabalho de cunho tanto administrativo quanto à resolubilidade de burocracias.

O cargo administrativo e o tempo de exercício executando essas atividades foram associadas ao estresse em docentes das áreas de Ciências Humanas e Naturais, pois é visto como uma sobrecarga de trabalho, de demanda burocrática e pouco valorizada, tornando os docentes mais expostos à tensão física e à doença psicológica (CRUZ *et al.*, 2020).

O nível de satisfação laboral aliado às relações interpessoais, também se associa à percepção da QVT. Alguns autores reforçam a fragilidade do reconhecimento esperado por seus pares e nas interações no contexto institucional, a alta competitividade e pouca solidariedade entre os próprios docentes (LOPES-PEREIRA *et al.*, 2020; CRUZ *et al.*, 2020; SOARES; MAFRA; FARIA, 2019; TUNDIS; MONTEIRO, 2018; SANCHEZ *et al.*, 2019).

Por outro lado, estresse é considerado problema de saúde pública e tem se tornado frequente no nosso cotidiano (SOARES; MAFRA; FARIA, 2019). É caracterizado enquanto uma reação orgânica frente a qualquer evento, quer seja positivo ou negativo e, que, resulta em respostas do organismo através da ativação do estado de alerta, os quais promovem alterações físicas e emocionais, de luta ou fuga (CRUZ *et al.*, 2020).

O estresse pode gerar repercussões socioeconômicas aos empregados, empregadores e para o Estado, com incremento dos custos de recursos humanos, sociais e financeiros e maior suscetibilidade ao adoecimento e ao risco inerente de afastamentos ocupacionais por licença de trabalho, tratamento médico, aposentadoria por invalidez, alteração nos processos de gestão das organizações e na vida particular do trabalhador (CRUZ *et al.*, 2020; SOARES, MAFRA, FARIA, 2019; MATTOS *et al.*, 2017; TSUBOI; ROSIM, 2022; LIMA; GOMES; BARBOSA, 2020).

No contexto brasileiro, os docentes ocupam o *ranking* de segunda categoria profissional com maior prevalência de doenças (BAPTISTA *et al.*, 2019) associados ao estresse, tendo em vista que os fatores estressores favorecem a deterioração biopsíquica dos profissionais, ascendem a susceptibilidade a angústias, desmotivação, medos, doenças osteomioarticulares e

crônicas, aumenta o consumo de medicamentos, dentre outros (SOARES; MAFRA; FARIA, 2019; SANCHEZ *et al.*, 2019; LIMA, GOMES *et al.*, 2017).

Dentre os fatores elencados enquanto estressores no ambiente educacional, ganham destaque as condições que englobam a organização do trabalho e as relações interpessoais. Quanto a organização do trabalho, citam-se a sobrecarga pela jornada semanal de trabalho devido às demandas administrativas e burocráticas, como o planejamento, organização e ministração das aulas, precariedade das condições do trabalho, a falta de gestão do tempo, a implementação de novas metodologias educacionais, maior necessidade de adaptabilidade às condições de trabalho (LOPES-PEREIRA *et al.*, 2020; ANTONINI *et al.*, 2022; TUNDIS, MONTEIRO, 2018; TSUBOI, ROSIM, 2022; CRUZ *et al.*, 2020).

No que tange às relações interpessoais, verificou-se a inaptidão dos docentes para lidar frente às mudanças comportamentais dos alunos e as exigências laborais, somados à fragilidade nas relações socioprofissionais, que pode ser explicada pelo fato dos docentes serem alvos de críticas e de tensões entre os próprios pares, ressaltando o individualismo e neutralidade quanto a mobilização coletiva (LOPES-PEREIRA *et al.*, 2020; ANTONINI *et al.*, 2022; TUNDIS, MONTEIRO, 2018; TSUBOI, ROSIM, 2022; SANCHEZ *et al.*, 2019; SÁ *et al.*, 2018).

No caso de docentes da saúde, além da exposição aos fatores estressores inerentes ao meio acadêmico ainda existem os elevados riscos ocupacionais em atividades extraclasse (LOPES-PEREIRA *et al.*, 2020; SÁ *et al.*, 2018), especialmente dentre os docentes que atuam em atividades assistenciais no ensino prático dos alunos (SÁ *et al.*, 2018) como monitores de estágios curriculares no setor terciário (CALIARI *et al.*, 2021), os quais necessitam de maior envolvimento nos estudos para a qualificação profissional para o desempenho de suas atividades assistenciais (SÁ *et al.*, 2018).

Níveis elevados de estresse durante um período prolongado promovem o decréscimo na qualidade de vida e associam-se a fadiga de ordem física ou mental e alterações no sono. Portanto, o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde a nível organizacional e a prática de atividades físicas são importantes aliados na redução dos problemas de saúde relacionados ao trabalho e na QV (LOPES-PEREIRA *et al.*, 2020; FREITAS, CALAIS, CARDOSO, 2018; ANTONINI *et al.*, 2022; SANCHEZ *et al.*, 2019).

O suporte no trabalho aliado à percepção do trabalhador sobre esse ambiente exerce um papel fundamental no decréscimo do estresse e contribui para a redução nos indicadores que mensuram a depressão e adoecimento. Portanto, o suporte laboral pode atuar enquanto agente protetor contra o efeito dos agentes estressores no equilíbrio entre trabalho e vida (BAPTISTA *et al.*, 2019).

Quadro 2: Resumo dos principais estudos que mostram os principais fatores relacionados à qualidade de vida e estresse docente do ensino superior.

Título do Artigo	Autores	Ano publicação/ Revista	População do Estudo	Instrumentos	Objetivo	Resultados
Qualidade de vida de professores do ensino superior: uma revisão sistemática	ARALDI, Franciane Maria et al.	2021 Retos, 41, 459-470 QUALIS A4	-	Revisão sistemática	mapear os artigos publicados sobre qualidade de vida de professores atuantes em cursos de Ensino Superior	As informações obtidas revelaram que a investigação da qualidade de vida de professores do Ensino Superior é incipiente na literatura. O Whoqol têm sido o instrumento preconizado para a investigação da temática e da população em destaque nessa revisão. A análise da percepção geral evidenciou que os docentes avaliam positivamente sua qualidade de vida e os domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente, enquanto o domínio físico tem sido avaliado em algumas pesquisas de forma regular
Burnout, estresse, depressão e suporte laboral em professores universitários	BAPTISTA, Makilim Nunes; SOARES, Thiago Francisco Pereira; RAAD, Alexandre José e SANTOS, Luísa Milani	2019 Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, Brasília, v. 19, n. 1, p. 564-570 QUALIS A2	Professores Universitários 99 professores universitários de instituições públicas e privadas do Estado de São Paulo.	Questionário para a Avaliação da SB Escala de Suporte Laboral Escala Baptista de Depressão - Versão Adulto Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho	Investigar variáveis que se associam ao burnout em professores universitários, possíveis preditores e diferenças de média nos níveis de burnout entre docentes de universidades públicas e privada	Eventos estressores e a sintomatologia depressiva foram os preditores significativos da SB na amostra e professores de universidade pública demonstram maior nível de desgaste psicológico em comparação aos de universidades privadas.
Estresse ocupacional e fatores associados: um estudo em professores	CRUZ, Geise Ferreira da. <i>et al.</i>	2020 Saúde e Pesqui. 2020 jul./set.; 13(3): 583-592 - e-ISSN 2176-9206 QUALIS B1	84 professores universitários área de Ciências Humanas e Naturais	IPAQ abreviado, escala demanda-controle de Karasek e Theorel Job Stress Scale	Estimar a frequência de estresse entre professores e verificar sua associação com variáveis sociodemográficas, características de trabalho e estado nutricional.	64,3% dos docentes apresentaram baixos níveis de estresse. 35,7% mostraram alto estresse e trabalho passivo (n = 30). Dentre os estressores: * deveres administrativos (p = 0,012) * tempo exercendo o cargo administrativo (p = 0,024).

Satisfação no trabalho e qualidade de vida de professores universitários brasileiros: revisão integrativa	CAMPOS, Elen Villegas; CARVALHO, Alexandra Maria Almeida; SOUZA, Albert Schiaveto de	2019 Multitemas, Campo Grande, MS, v. 24, n. 57, p. 59-77, maio/ago. 2019 QUALIS B1		Revisão integrativa de artigos publicados entre janeiro de 2008 e janeiro de 2018. Descritores exatos do Medical Subjects Headings (MeSH): “quality of life”, “job satisfaction”, “faculty” e “Brazil” e em português, os Descritores em Ciências de Saúde (DeCS): “qualidade de vida” “docentes”, “universidades”, e o sinônimo “satisfação no trabalho”.	Avaliar a satisfação no trabalho e a qualidade de vida de professores universitários de instituições no Brasil.	Os docentes, em sua maioria, estão satisfeitos com o trabalho que realizam, assim como apresentam uma qualidade de vida satisfatória.
A saúde docente no trabalho: apontamentos a partir da literatura recente	CORTEZ, Pedro Afonso <i>et al.</i>	2017 Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, 25 (1): 113-122 QUALIS B2	69 trabalhos elegíveis para análise	levantamento, tendo como modalidade textual artigos científicos, dos estudos disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde em psicologia (BVS-Psi) entre os anos de 2003 e 2016 e indexados pelas bases de dados SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online) e PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia).	O objetivo geral do trabalho foi verificar na literatura nacional: as produções relacionadas à saúde no trabalho docente, a fim de descrever e sintetizar as evidências apontadas pelos estudos.	Houve predomínio de publicações nas áreas de fonoaudiologia e psicologia, sendo a maior parte das pesquisas qualitativas. Os estudos evidenciaram o adoecimento docente na atualidade, apontando a necessidade de desenvolvimento de ações referentes à reorganização do trabalho docente e promoção de saúde do professor. Constatou-se a importância de privilegiar a multideterminação do processo de saúde-doença no trabalho docente, as compreensões interdisciplinares sobre o tema e a articulação entre as pesquisas e a realidade de trabalho dos professores para que se possa desenvolver metodologias e políticas públicas voltadas ao aprimoramento da saúde docente.
Qualidade de vida no trabalho de fisioterapeutas docentes	DIAS, Alex Carrér Borges Dias; CHAVEIRO, Neuma	2018 Ciência & Saúde Coletiva, 23 (9): 3021-3030, 2018	65 docentes.	estudo transversal Avaliar a qualidade de vida no trabalho de fisioterapeutas docentes de cursos de fisioterapia	Utilizou-se um questionário sociodemográfico e o Total Quality of Work Life (TQWL-42) para avaliação	Os docentes que atuavam em pós-graduação, ou exerciam cargo de chefia apresentaram médias significativamente melhores que aqueles que atuavam apenas na graduação. A satisfação com a renda e com a atividade docente também apresentou resultados

no município de Goiânia, Goiás, Brasil	Chaveiro; PORTO, Celmo Celeno	QUALIS A1	no município de Goiânia -GO.	da qualidade de vida no trabalho. A amostra de conveniência, e o cálculo amostral baseou-se numa população finita de 147 fisioterapeutas. Adotou-se um erro amostral de 5%, um nível de confiança de 95% e um percentual mínimo de 95%.	significativos, influenciando a QVT dos participantes. A atuação em cargos e locais que permitem maior autonomia, posição social e remuneração, assim como a avaliação subjetiva da satisfação com a renda e com a atuação na docência, influenciaram a qualidade de vida no trabalho dos fisioterapeutas docentes.
Preditores associados à qualidade de vida no trabalho de docentes da universidade pública.	Lopes-Pereira, <i>et al.</i>	2020 Rev. Salud Pública. 22(5): 1-8, 2020 QUALIS B1	91 docentes sudoeste Goiano	Total Quality of Work Life -42 Para análise estatística utilizou-se o programa STATA 14.0. Trata-se de um estudo descritivo-analítico, transversal de natureza quantitativa.	Analisar os fatores preditores associados à percepção dos docentes sobre sua Qualidade de Vida no Trabalho na universidade pública. As dimensões avaliadas na Qualidade de Vida no Trabalho foram consideradas satisfatórias, destacando-se uma melhor pontuação na dimensão psicológica comportamental. Na análise bivariada dos potenciais fatores associados à QVT constatou-se: significância com o título acadêmico (p=0,005), o problema de saúde relacionado ao trabalho (p<0,001), a reserva de tempo de lazer (p<0,001), a satisfação com a condição física, psicológica e social (p<0,001) e a idade (p=0,024). Na análise de regressão: o tempo de trabalho na instituição (β =-0,15; =0,039), os problemas de saúde relacionado ao trabalho (β =-0,44; p<0,001) foram preditores decrescente para uma boa QV geral. A satisfação com sua condição física, psíquica e social (β =0,30; p<0,001) e possuir o título de doutor se mostrou como preditor crescente (β =0,20; p=0,046).
Qualidade de vida no trabalho: uma investigação multivariada entre docentes	Mattos Carlos André Corrêa de. <i>et al.</i>	2017 Revista Raunp v.10, n.1, p. 77-91, jun./nov.2017 ISSN 1984-4204 QUALIS A4	100 docentes	A metodologia foi exploratória e descritiva com levantamento de corte transversal e amostra não probabilística de 100 entrevistados selecionados por acessibilidade	. analisar a QVT de docentes de uma Instituição Federal de Ensino Superior e assim criar uma taxonomia capaz de possibilitar planos de melhoria. 48% dos entrevistados levemente insatisfeitos com a QVT e outros 52% levemente satisfeitos.

Satisfação no trabalho de docentes de educação física: uma revisão sistemática.	NASCIMENTO, Raquel Krapp do. et al.	2019 Movimento, v. 25, p. 1-13, 2019. QUALIS B1	-	revisão sistemática	analisar os artigos empíricos publicados sobre satisfação no trabalho de docentes de Educação Física que atuam na educação básica	os docentes estavam majoritariamente satisfeitos com a avaliação global do trabalho e com aspectos do trabalho englobados nas dimensões relevância social, leis e normas do trabalho, progressão na carreira e autonomia no trabalho, apresentando-se insatisfeitos com aqueles referentes à remuneração e às condições de trabalho.
Conflitos do professor universitário: o que sabemos sobre isso?	PRATA-FERREIRA, Paula Andréa; VASQUES-MENEZES, Ione.	2021 Psicol. estud. , v. 26, e46380, 2021. QUALIS A1	07 professores de instituições Públicas e privadas do Estado do Rio de Janeiro	Qualitativo com avaliação do conteúdo se deu com o software Iramuteq, por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD)	Compreender e avaliar o sofrimento psíquico e adoecimento do professor universitário a partir da percepção de seu trabalho e de sua relação com ele.	As entrevistas mostraram que o professor percebe seu trabalho como fascinante, porém neurotizante. Esse conflito pode levá-lo ao sofrimento e adoecimento. Mesmo que a admissão de novas políticas educacionais e organizacionais seja um desejo comum aos professores, foi possível notar a conquista de ações próprias, como o redesenho do trabalho (job crafting), como forma de lidar com as demandas laborais e criar condições que não levem ao adoecimento.
Estresse em docentes universitários da área de saúde de uma faculdade privada do entorno do Distrito Federal.	SÁ, Sthefani Cardoso de Andrade et al.	2018 Rev. Cient. Sena Aires. 7(3), p. 200-7, 2018. QUALIS B1	09 professores da área da saúde	- Questionário para descrever o perfil sócio demográfico e profissional dos docentes e Escala de Estresse no Trabalho (EET)	Descrever o nível de estresse em docentes universitários da área de saúde de uma faculdade privada do entorno do Distrito Federal	O nível de estresse nos docentes universitários da área de saúde foi baixo em 67% de acordo com os dados coletados. As situações avaliadas como mais estressantes são: a falta de autonomia na execução do trabalho, a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais, falta de informações sobre as tarefas no trabalho, tipo de controle existente no trabalho e o tempo insuficiente para realizar o volume de trabalho. Embora a docência seja considerada estressante, os docentes parecem lidar bem com as situações do ambiente de trabalho a partir de enfrentamentos efetivos aos estressores.
Impact of health on quality of life and quality of working life of university teachers from different areas of knowledge.	SANCHEZ, Hugo Machado et al.	2019 Ciênc. Saúde Coletiva, v. 24, n. 11, p. 4111–4123, 2019. QUALIS A1	284 professores universitários das áreas da saúde, biologia, agrarias, humanas e exatas	- Questionário sociodemográfico com questões relacionadas aos dados de saúde - WHOQOL-bref para avaliar QV - TQWL-42 para avaliar a qualidade da vida no trabalho (QVT)	Identificar o impacto da saúde na qualidade de vida (QV) e qualidade da vida profissional (QVT) de professores universitários	Os professores que praticam atividade física apresentaram melhor QV e QVT e relataram melhor qualidade de sono, além disso, elas eram menores em professores que usam medicação, que têm uma dieta pobre e têm menos atividades de lazer. Além disso, a idade foi associada a melhor QV. A qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho sofrem impacto dos aspectos relacionados à saúde.

<p>Fatores associados à percepção de estresse em docentes universitários em uma instituição pública federal</p>	<p>SOARES, Michelle Barbosa; MAFRA; Simone Caldas Tavares; FARIA, Evandro Rodrigues de.</p>	<p>2019 Rev Bras Med Trab.2019;17(1) QUALIS B2</p>	<p>222 professores da UFV</p>	<p>- Perceived Stress Scale (PSS)-14 - Questionário relativo às características pessoais e do ambiente de trabalho.</p>	<p>Investigar os principais fatores que aumentam os níveis de estresse dos docentes da Universidade Federal de Viçosa (UFV).</p>	<p>As variáveis com maiores medidas de associação são a execução de atividades durante o fim de semana (R=0,45), a prática de atividade física (R=-0,40), as atividades administrativas e de ensino (R=0,29), a produção científica (R=0,18), a ocupação de cargos comissionados (R=0,15) e a atuação na pós-graduação (R=0,14).</p> <p>Os docentes acumulam muitas atividades, como ensino, pesquisa, extensão e administração, e o tempo dedicado ao trabalho nunca é suficiente, fazendo com que ele leve atividades para casa e não dedique tempo necessário ao lazer, às atividades físicas e ao convívio familiar, o que aumenta seus níveis de estresse e o risco de doenças. Nesse sentido, sugere-se que sejam criadas políticas públicas que organizem a carreira docente e que se preocupem com a incidência de estresse.</p>
<p>Avaliação de sonolência e qualidade de vida de docentes universitários atuantes na área da saúde.</p>	<p>SOUZA, Magson Junior <i>et al.</i></p>	<p>2019 Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 19(1), 2019, 564-570. QUALIS B2</p>	<p>64 docentes universitários da área da saúde, os quais preencheram o questionário online Universidade do Sul de Santa Catarina</p>	<p>- Questionário estruturado elaborado pelo pesquisador, - WHOQOL-BREF - Escala de Sonolência de Epworth em português.</p>	<p>Avaliar a qualidade de vida e do sono de docentes universitários.</p>	<p>Resultados: Quando avaliada a qualidade de vida, o melhor escore esteve no domínio Meio ambiente (74,10%), seguidos pelas relações sociais (69,10%), psicológico (64,30%) e pior escore no domínio físico (59,50%), confirmando as hipóteses primárias. Quanto a avaliação da sonolência 39,06% alcançaram 1-6 pontos (normal), 18,75% de 7-8 pontos (média) e 42,18% (anormal ou patológica) de 9 a 24 pontos, sendo que os maiores percentuais de chances de cochilar surgiram com 46% na situação deitado a tarde para descansar não confirmando a hipótese que era deitado a tarde sem bebida alcoólica. Conclusão: Quanto a qualidade de vida no domínio encontra-se energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida, dependência de medicação e capacidade de trabalho. Nos domínios físicos, inclui-se sentimentos positivos/negativos, pensar, aprender, concentração, autoestima e aparência e espiritualidade. No domínio relações sociais o suporte social e atividade sexual e no quarto domínio inclui-se segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais.</p>

Ensino superior e adoecimento docente: um estudo em uma universidade pública	TUNDIS, Amanda Gabriella Oliveira e MONTEIRO, Janine Kieling	2018 Psicologia da Educação, São Paulo, n. 46, p. 1-10 QUALIS A2	52 Professores Universitários universidade pública da região amazônica. 23 a 58 anos	- Questionário sociodemográfico e laboral - Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento.	Identificar fatores críticos do contexto laboral de docentes do ensino superior público associados a riscos à saúde mental.	O contexto de trabalho foi avaliado como crítico. Fatores relacionados ao prazer foram satisfatórios para realização profissional. Em relação ao sofrimento foi pontuado como mais crítico o esgotamento profissional. um prejuízo. Na saúde, constatado através dos danos físicos e psicológicos, entre os quais se destacaram: dores de cabeça e nas costas, bem como sentimentos de tristeza, irritação e abandono.
A qualidade de vida no trabalho e a saúde ocupacional dos docentes da universidade federal de Goiás	TSUBOI, Robson Mendes Neves; ROSIM, Daniela	2022 Regae: REVISTA DE GESTÃO E AVALIAÇÃO EDUCACIONA L. Santa Maria v. 11 n. 20 e69171, p. 1-15 2022 QUALIS B1	Professores Universitários efetivos da Univ. Federal de Santa Catarina (197)	- Questionário estruturado, aplicado para mensurar a percepção da QVT. - 33 questões objetivas de múltipla escolha, baseadas nas oito categorias conceituais do modelo de QVT proposto por Richard Walton (1973)	Investigar a existência de relação entre a percepção de QVT e os afastamentos ocasionados por doenças ocupacionais dos docentes da Universidade Federal de Goiás.	23,6% dos afastamentos ocasionados por essas doenças são relacionados com a percepção da QVT.
Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho em docentes da saúde de uma instituição de ensino superior	GOMES, Khays Karilla <i>et al.</i>	2017 Rev Bras Med Trab. 2017;15(1):18-28	114 professores universitários da área da saúde de uma IES pública	-WHOQOL-abreviado, - TQWL-42 - Questionário de dados sociodemográficos.	avaliar a QVT e a QV dos docentes universitários da área da saúde em uma instituição de ensino superior (IES), verificar a correlação entre a QV e a QVT nos docentes da IES, comparar a QV e a QVT entre os docentes com regimes laborais distintos e entre os docentes de sexos opostos.	Na comparação da QV e da QVT entre professores em regime de trabalho estatutário e não estatutário, não se identificou significâncias entre os escores gerais da QV (p=0,59) e da QVT (p=0,21). Os homens possuem uma melhor percepção dos domínios físico, psicológico, da QV geral, da esfera biológica/fisiologia e da QVT geral em relação às mulheres. Correlação positiva significativa entre a QVT e a QV dos estudados, demonstrando a íntima relação entre trabalho-vida-saúde.

CONCLUSÃO

Fica evidente que o ambiente acadêmico é uma potente fonte provedora de estresse ao docente universitário em virtude da exposição a ambientes com alta exigência, pouco afetuosos e relacionado à precarização tanto das condições de saúde quanto da organização do trabalho, rotina, a fragilidade nas relações interpessoais (gestores, alunos e docentes) e aos baixos salários podem comprometer a qualidade de vida e contribuir para a elevação na percepção de estresse nessa classe.

Há de se considerar, ainda, as mudanças que têm ocorrido no ambiente da educação a nível superior e a necessidade de adaptação dos docentes a esses ciclos e suas novas exigências, além dos aspectos fisiológicos e sociopsicológicos, da disponibilização de recursos de ordem tecnológica, o ambiente físico e equipamentos disponíveis.

Assim, o gestor deve desenvolver estratégias para identificação, monitoramento e desenvolvimento de políticas públicas e de ações de promoção de saúde a fim de reduzir o nível estresse no contexto universitário e, portanto, contribuir na elevação da percepção da QV e QVT, reduzindo impactos financeiros à organização, ao Estado e ao próprio docente.

REFERÊNCIAS

ARALDI, Franciane Maria *et al.* Qualidade de vida de professores do ensino superior: uma revisão sistemática. **Retos**, v. 41, p. 459-470, 2021.

ANTONINI, Fabiano Oliveira *et al.*, 2022. Práticas de promoção da saúde no trabalho do professor. **Acta Paul Enferm.** v. 35, 2022.

BAPTISTA, Makilim Nunes *et al.* *Burnout*, estresse, depressão e suporte laboral em professores universitários. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, Brasília, v. 19, n. 1, p. 564-570, 2019.

CALIARI, Juliano de Souza *et al.*, Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19. **Rev Bras Enferm.** 75(Supl 1), p. 1-8, 2021.

CAMPOS, Elen Villegas; CARVALHO, Alexandra Maria Almeida; SOUZA, Albert Schiaveto de. Satisfação no trabalho e qualidade de vida de professores universitários brasileiros: revisão integrativa. **Multitemas.** v. 24, n. 57, p. 59-77, 2019.

CORTEZ, Pedro Afonso *et al.* A saúde docente no trabalho: apontamentos a partir da literatura recente. **Cad. Saúde Colet.**, v.25, n. 1, p. 113-122, 2017.

CRUZ, Geise Ferreira da *et al.* Estresse ocupacional e fatores associados: um estudo em professores. **Saúde e Pesqui.** v.13, n 3, p. 583-592, 2020.

CRUZ, Amanda Pereira de Carvalho; FERLA, Alcindo Antônio; LEMOS, Flávia Cristina. Alguns aspectos da política nacional de saúde do trabalhador no Brasil. **Psicol. Soc.** v.30, 9 p. 1-9, 2018.

DIAS, Alex Carrér Borges; CHAVEIRO, Neuma; PORTO, Celmo Celeno. Qualidade de vida no trabalho de fisioterapeutas docentes no município de Goiânia, Goiás, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.9, p. 3021-3030, 2018.

FREITAS, Geisa Rodrigues de.; CALAIS, Sandra Leal; CARDOSO, Hugo Ferrari. Estresse, ansiedade e qualidade de vida em professores: efeitos do relaxamento progressivo. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 22, n. 2, p. 319-326, 2018.

GOMES, Khays Karlla *et al.* Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho em docentes da saúde de uma instituição de ensino superior. **Rev. Bras. Medicina do Trabalho**, v.15, n.1), p. 18-28, 2017.

LIMA, Geovane Krüger Moreira de; GOMES, Ludmila Mourão Xavier; BARBOSA, Thiago Luis de Andrade. Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária. **Saúde Debate**, v. 44, n. 126, p. 774-789, 2020.

LOPES-PEREIRA *et al.* Preditores associados à qualidade de vida no trabalho de docentes da universidade pública. **Rev. Salud Pública**, v.22, n.5, p. 1-8, 2020.

MATTOS, Carlos André Corrêa de. *et al.* Qualidade de vida no trabalho: uma investigação multivariada entre docentes. **Revista Raunp**, v.10, n.1, p. 77-91, 2017.

NASCIMENTO, Raquel Krapp do. *et al.* Satisfação no trabalho de docentes de educação física: uma revisão sistemática. **Movimento**, v. 25, p. 1-13, 2019.

PRATA-FERREIRA, Paula Andréa; VASQUES-MENEZES, Ione. Conflitos do professor universitário: o que sabemos sobre isso? **Psicol. estud.**, v. 26, 14 p., 2021.

SÁ, Sthefani Cardoso de Andrade *et al.* Estresse em docentes universitários da área de saúde de uma faculdade privada do entorno do Distrito Federal. **Rev. Cient. Sena Aires**. V.7, n.3, p. 200-7, 2018.

SANCHEZ, Hugo Machado *et al.* Impact of health on quality of life and quality of working life of university teachers from different areas of knowledge. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4111–4123, 2019.

SATHLER, Luciano. Transformação digital em instituições de educação superior. In: SERRA, Ilka Márcia Ribeiro S.; KNUPPEL, Maria Aparecida Crissi; HORST, Scheyla Joanne. **Docência no Ensino Superior em tempos fluidos**. São Luís: Uemanet, f. 283, 2021. cap.4, p.107-22.

SOARES, Michelle Barbosa; MAFRA, Simone Caldas Tavares; FARIA, Evandro Rodrigues de. Fatores associados à percepção de estresse em docentes universitários em uma instituição pública federal. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 17, n. 1, p. 90 – 8, 2019.

SOUZA, Magson Junior *et al.* Avaliação de sonolência e qualidade de vida de docentes universitários atuantes na área da saúde. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 19, n. 1, p. 564-570, 2019.

TUNDIS, Amanda Gabriella Oliveira; MONTEIRO, Janine Kieling. Ensino superior e adoecimento docente: um estudo em uma universidade pública. **Psicologia da Educação**, n. 46, p. 1-10, 2018.

TSUBOI, Robson Mendes Neves; ROSIM, Daniela. A qualidade de vida no trabalho e a saúde ocupacional dos docentes da universidade federal de Goiás. **Rev. Gest. Aval. Educ.**, v. 11, n. 20, p. 1-15, 2022.

A INFLUÊNCIA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Scarlet Ochoa Azevedo Cruz; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais.

Adriane Vieira; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO: Equipes de saúde bem gerenciadas prestam serviços de alta qualidade, podendo reduzir a probabilidade de erros médicos, melhorar a satisfação e experiência dos pacientes, otimizar os custos e recursos e aumentar a eficiência da instituição de saúde. Este trabalho teve como objetivo analisar como a gestão de recursos humanos pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Trata-se de uma revisão integrativa para analisar a literatura existente sobre o tema, a partir de estratégia de busca definida em bases de dados específicas. A amostra foi composta por 16 estudos primários do total de 469 artigos. Os resultados encontrados foram divididos em três categorias de análise: liderança e seus impactos no burnout e depressão, preditores e práticas que podem gerar satisfação e melhorias na gestão de pessoas e demais fatores estressores que podem comprometer a gestão de pessoas. A gestão de recursos humanos exerce uma influência direta na qualidade da assistência em saúde, dessa forma, as instituições de saúde devem adotar uma gestão de recursos humanos estratégica, a partir de políticas de valorização dos profissionais, indicadores de desempenho e a implementação de uma cultura de segurança do paciente também são fundamentais para a promoção da qualidade da assistência em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de serviços de saúde; Recursos humanos; Qualidade; Assistência.

INTRODUÇÃO

Primordialmente, cumpre definir a área de Recursos Humanos (RH) como a responsável pela gestão de pessoas por meio de um conjunto de habilidades, estratégias e práticas que buscam moldar os comportamentos dos colaboradores e, a partir disso, maximizar sua evolução dentro da empresa (CHIAVENATO, 1999).

Em outras palavras, a Administração de Recursos Humanos pode ser compreendida como um subsistema de uma organização e tem o intuito de mantê-la produtiva, eficiente e eficaz, a partir da mobilização adequada dos colaboradores. As pessoas que trabalham na organização representam seu recurso crítico, ou seja, aquele sem o qual ela não consegue realizar o seu trabalho. Isso é válido, sobretudo, nas organizações de saúde, que, além de ser dependentes de tecnologia, não conseguem aplicar essa tecnologia sem contar com recursos humanos adequados (MALIK, 1998).

Os serviços de saúde dependem de estrutura física, material e tecnológica disponível, além de profissionais qualificados. Devido à complexidade do setor, é fundamental dispor de um gestor que saiba administrar todos os recursos disponíveis com excelência, de modo a garantir a qualidade na prestação dos serviços (SCALCO, 2010).

Atualmente, o campo de atuação do gestor de RH e da gestão dos serviços de saúde pode ser configurado em um conjunto de atividades que envolvem desde o planejamento, captação, distribuição, até a alocação de pessoas em postos de trabalho, com a qualificação desejada e com medidas que fortaleçam a fixação desses profissionais. A oferta de possibilidades de formação e capacitação, com o intuito de atender às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde de qualidade é um exemplo de tais medida (PIERANTONI *et al.*, 2004).

Todos esses requisitos elencados buscam demonstrar como o setor de Recursos Humanos tenta promover a qualidade do serviço de seus colaboradores em seu local de trabalho. Nesse contexto, qualidade pode ser interpretada como a conformidade das exigências que a empresa e os clientes esperam. Em outros termos, a qualidade é o indicador de perfeição de um procedimento ou produto desenvolvido pela organização (GIL, 1994).

Para atingir essa qualidade desejada, o Ministério da Saúde assumiu com mais clareza seu papel, atuando na formulação e execução das políticas de RH para o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, iniciativas importantes foram desenvolvidas nos últimos anos, tais como: a Política Nacional de Educação Permanente; o Pró-Saúde; a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; as Diretrizes Nacionais para a elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários dos trabalhadores do SUS; a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador; a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS) (BRASIL, 2001).

Analisando as ações promovidas, denota-se que é através dos recursos humanos que a qualidade promove vantagens competitivas, adquirindo resultados maiores do que os custos. Com essa relação direta entre qualidade e recursos humanos, mostra-se pertinente a análise destes em relação à assistência em saúde, de modo a promover ações que possam elevar a efetividade da prestação serviço nessa área.

O objetivo deste trabalho foi analisar como a gestão de recursos humanos pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

O trabalho se justifica pela necessidade de iniciar um debate sobre como uma gestão de RH efetiva também é uma forma de gestão da qualidade do desempenho dos colaboradores, visto que o modo pelos quais se sentem ou não motivados e incentivados pelos gestores interfere diretamente na assistência prestada. Portanto, pretende-se evidenciar a importância do papel do gestor, a fim de garantir a qualidade da assistência nos serviços de saúde. É fundamental que existam pesquisas que abordem e retratem sobre como e até onde a gestão de pessoas é capaz de influenciar na qualidade do atendimento à saúde e possíveis alternativas de incentivo à satisfação do colaborador, visando melhoria da assistência.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Gestão de Recursos Humanos

A gestão de Recursos Humanos (RH) pode ser entendida como um conjunto de habilidades, métodos, políticas, técnicas e práticas definidos com o intuito de administrar as condutas internas e potencializar o capital humano (DA CRUZ, 2015). Segundo Toledo (1981), o setor de Recursos Humanos surgiu no início do século XX, com a criação de órgãos responsáveis pelos funcionários das organizações, tendo como base os movimentos sindicalistas que surgiram como uma resposta em defesa às situações desfavoráveis econômicas e sociais, provocadas pela Revolução Industrial. A pouca disponibilidade de mão-de-obra em decorrência da Primeira Guerra Mundial foi um dos fatores que contribuiu para a criação desse órgão.

O RH passou por diversas mudanças de nome, conforme sua evolução: Administração de Pessoal, Relações Industriais, Relações Humanas, Teoria Comportamental ou Behaviorista até chegarmos aos Recursos Humanos de hoje (DE SOUZA, 2011). Atualmente, o setor de Recursos Humanos é o responsável pela excelência das organizações e pela contribuição de capital intelectual, que diz respeito ao valor agregado de conhecimento disponível dentro de uma organização, destacando a importância do fator humano (XAVIER, 1998). O setor está diretamente relacionado às pessoas, dessa forma, é necessário que as suas ações gerem resultados a todos os membros que compõem a empresa. O RH tem o objetivo de selecionar e gerir os colaboradores para alcançarem as metas da organização (DA CRUZ, 2015). Para que esses objetivos sejam alcançados com sucesso é necessária uma gestão de recursos humanos efetiva. Entendendo efetividade como a habilidade de uma organização em direcionar e unir esforços e recursos, com o objetivo de alcançar os resultados desejados de forma abrangente, ao mesmo tempo em que assegura a continuidade e sustentabilidade da instituição dentro do seu ambiente de atuação (ZIZA, 2021).

De acordo com Chiavenato (1995), a Gestão de Recursos Humanos (GRH) é uma

especialidade que surgiu a partir do crescimento das organizações e da complexidade das tarefas organizacionais, sendo responsável pela integração, manutenção e pelo desenvolvimento das pessoas nas organizações. O objeto da Gestão de Recursos Humanos são as pessoas e suas relações dentro da organização. É importante compreender que administrar recursos humanos envolve algumas dificuldades, por lidar com recursos vivos, que são complexos, diversificados e variáveis (MALIK, 1998)

Os recursos humanos devem ser uma preocupação constante da gestão das organizações, uma vez que os bons resultados dependem, também, do seu desempenho. Para maximizar o desempenho do capital humano é importante que os colaboradores se sintam motivados e satisfeitos com seu trabalho, pois, dessa forma, desenvolverão com qualidade as suas atividades e alcançarão seus objetivos. A motivação assume-se como responsável pelas ações dos indivíduos numa organização (CHIAVENATO, 2005).

Qualidade da Assistência à Saúde

A Qualidade em saúde é definida como o conjunto de propriedades relacionadas aos cuidados com a saúde, abrangendo desde a prevenção de doenças até a promoção da saúde. A qualidade em saúde engloba questões amplas, que vão desde a educação e saneamento básico, acesso a informações sobre programas de prevenção primária e rastreamento das diversas doenças, formação profissional, disponibilidade de equipamentos para diagnóstico complementar e dos recursos terapêuticos nos serviços de saúde (ONCOGUIA, 2015).

Em decorrência das suas características complexas, na área da saúde, a qualidade adquiriu um significado diferente das demais atividades. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), é definida como “um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao paciente/família, um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se, essencialmente, os valores sociais existentes” (LIMA, 2009, p.2).

O principal objetivo dos serviços de atenção à saúde é de assistir à população com a melhor qualidade possível, ou seja, considerando os componentes importantes e inerentes à própria saúde: efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade (BERTI, 2005).

No Brasil, a busca pela qualidade da assistência é tem se mostrado essencial, considerando o cenário precário de muitos serviços de saúde: recursos insuficientes, mal utilizados e/ou desperdiçados, falta de planejamento estratégico, ausência de sistemas de informações confiáveis e de sistemas de gestão, carência de indicadores de desempenho e qualidade, e alta rotatividade e até escassez de profissionais de saúde qualificados (DE DEUS, 2016).

Levando em consideração os problemas relacionados aos recursos humanos, ou seja, aos colaboradores, há outros fatores a se considerar, como a precarização do vínculo e a falta de incentivos, desestimulando sua permanência no trabalho e levando-os a buscar melhores oportunidades. Estudos de Anselmi (1997), Borrelli (2004) e Campos (2008) têm evidenciado a alta rotatividade dos profissionais de saúde no Brasil, que gera um aumento de custos de reposição de pessoal, insatisfação no ambiente de trabalho e dificuldades no atendimento ao usuário em razão de interrupções nos serviços (SCALCO, 2010).

Diante desse contexto, se faz necessário uma intervenção de uma Gestão de Recursos Humanos eficiente, visando aprimorar a qualidade da assistência à saúde.

Influência da GRH na Qualidade da Assistência à Saúde

A partir dessa intervenção, o RH inicia a ampliação do comprometimento dos colaboradores, a partir da adoção de políticas de incentivo e motivação, como a adoção de sistemas de benefícios, bonificações, melhoria do “clima organizacional” e da participação do trabalhador

na tomada de decisão de questões relacionadas as suas atividades (DA CRUZ, 2015).

Dessa forma, é primordial conhecer o desempenho das políticas e ações do RH para identificar os problemas, os planejamentos e acompanhamentos do setor (SCALCO, 2010). O Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007) salienta a importância do RH nos sistemas de saúde. Segundo Seixas (2002), essa ideia tem ocorrido e se destacando a partir da percepção de gestores, trabalhadores e representantes políticos de que a formação, o desempenho e a gestão de recursos humanos influenciam na qualidade dos serviços prestados e no grau de satisfação dos usuários.

De acordo com Pierantoni, Varella e França (2004), os recursos humanos na saúde se deparam com desafios próprios de cada instituição, e sua superação pode ser resumida em quatro grandes objetivos: aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais, com o intuito de assegurar a assistência à saúde de forma adequada e equitativa; garantir competências e habilidades-chave para a força de trabalho em saúde; aumentar o desempenho da equipe de profissionais diante de objetivos definidos; e fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor saúde (MORICI, 2013).

Esses mesmos objetivos estão presentes no relatório da Organização Mundial de Saúde, no qual são apontadas estratégias de RH para lidar com os problemas mundiais de saúde. Essas estratégias focam em três desafios principais: melhoria do recrutamento, auxílio aos colaboradores no aprimoramento do seu desempenho e diminuição da rotatividade desses colaboradores (OMS, 2007).

Portanto, a gestão de recursos humanos na área da saúde deve incluir o fortalecimento de práticas gerenciais, no intuito de atender aos conflitos de interesses corporativos e sociais, objetivando uma visão ampla do direito à saúde, assegurado constitucionalmente no Brasil; e a valorização do capital humano e do conhecimento como forças produtivas e mediadoras (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

METODOLOGIA

A metodologia adotada no presente estudo foi a revisão sistemática integrativa de literatura, definida como um método de revisão específico que visa fornecer uma visão abrangente sobre determinado tema (SILVA *et al.*, 2015).

A condução do presente estudo percorreu as seis etapas determinadas no processo de revisão de literatura: elaboração da questão de pesquisa, busca dos estudos primários, extração de dados, avaliação dos estudos primários, análise e síntese dos resultados e apresentação (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A primeira etapa consistiu na identificação do tema e na elaboração da pergunta de pesquisa. A pergunta estabelecida foi: Como a gestão de recursos humanos pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde?

Na segunda etapa foram estabelecidos critérios para a inclusão ou exclusão dos estudos, ajustados de forma que o estudo não fique tão extenso e facilite o processo de revisão. As buscas por estudos serão realizadas nas bases de dados Medline via portal PubMed da *National Library of Medicine e The Cochrane Library*. Os filtros utilizados foram trabalhos científicos, revisões sistemáticas e revisões completos e gratuitos disponíveis, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, entre os anos de 2018 a 2023. Para realizar as buscas foram utilizados os seguintes descritores controlados, palavras-chave e sinônimos e operadores booleanos para o cruzamento na base de dados. Os descritores utilizados foram Gestão de Recursos Humanos (*Personnel Management ou Client Staff Ratio*) e Gestão da Qualidade da Assistência em Saúde (*Health Care Quality, Quality of Healthcare ou Quality of Care*).

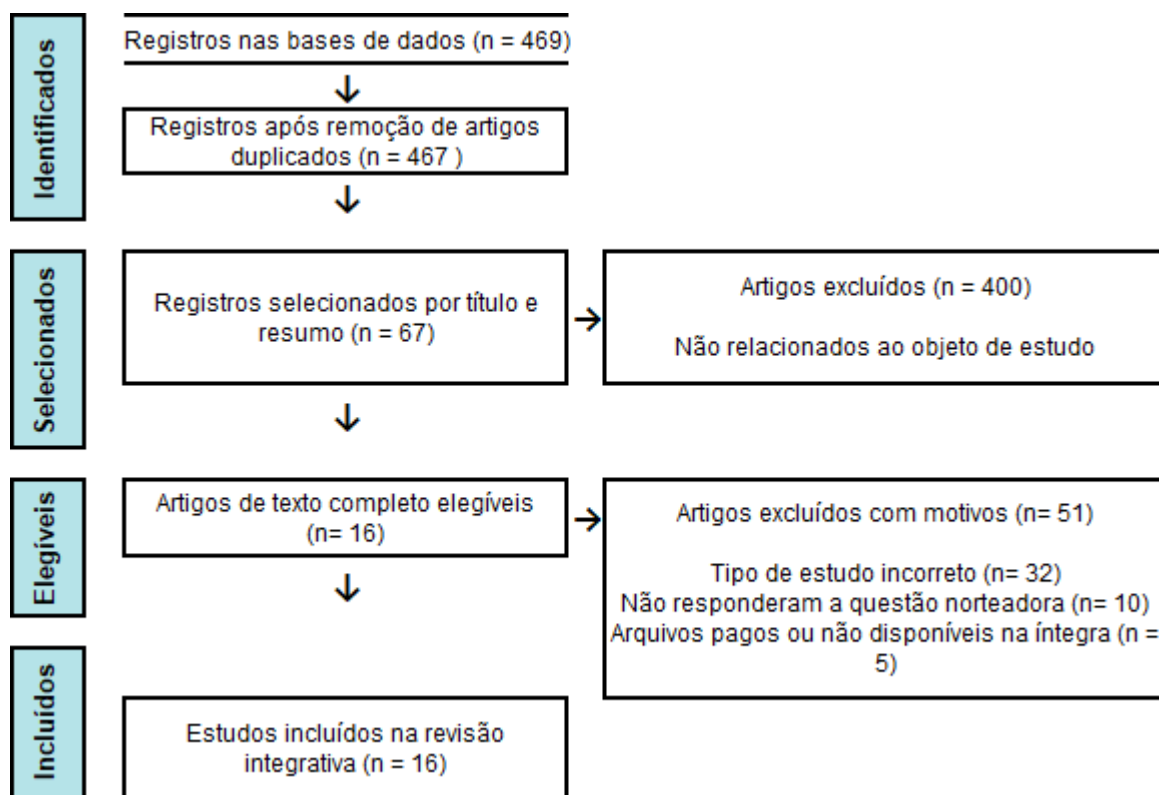
Os descritores foram cruzados utilizando-se “And” descritor, “Or” descritor, refinando-se, assim, o escopo desta revisão. Na Medline, via Pubmed, a estratégia de busca se deu da seguinte

forma: ((*Personnel Management*[Mesh]) AND (*Client Staff Ratio*[Mesh])) AND (*Health Care Quality*[Mesh] OR *Quality of Healthcare*[Mesh] OR *Quality of Care*[Mesh]), obtendo 398 resultados com os filtros anteriormente citados. Na *The Cochrane Library*, a estratégia de busca foi: (*Personnel Management*) AND (*Client Staff Ratio*) AND [(*Health Care Quality*) OR (*Quality of Healthcare*) OR (*Quality of Care*)], obtendo 172 resultados, aplicando o filtro de tempo publicação (últimos cinco anos) chegou-se em 71 resultados.

Na terceira fase coletou-se os dados e as publicações de interesse para o estudo, que foi realizado em duas etapas. Na primeira, foram analisados os títulos e resumos dos artigos, selecionando-se aqueles que estavam relacionados ao objeto de estudo e excluindo os que não se aplicam. Da base de dados *The Cochrane Library*, dos 469 artigos, 2 eram duplicatas e foram excluídos, dos demais, apenas 55 se enquadram dentro dos critérios estabelecidos nessa etapa, enquanto na base PubMed, dos 71 apenas 12 se enquadram. Já na segunda etapa, os estudos selecionados na primeira fase foram lidos na íntegra, sendo escolhidos aqueles que atendiam o objetivo proposto, resultando em 16 artigos que foram utilizados na revisão integrativa.

O processo de seleção e exclusão está representado pelo fluxograma abaixo, conforme o modelo PRISMA (MOHER *et al.*, 2009).

Figura 1 - Fluxograma da seleção de artigos para revisão integrativa de literatura de acordo com modelo PRISMA.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A quarta fase consistiu na análise crítica dos estudos incluídos. A partir da leitura completa dos textos selecionados foi possível perceber quais não se enquadram nos critérios de inclusão, pelos motivos de tipo de estudo incorreto, população incorreta, não responder à pergunta de pesquisa ou os objetivos da pesquisa. Então, sintetizou-se os resultados encontrados nos materiais, destacando os principais pontos em comum.

Na quinta fase foi realizada a discussão dos resultados, elaborada a partir da comparação entre os dados evidenciados na análise dos artigos com o referencial teórico. Para a comparação, foi feito um quadro resumo das revisões incluídas. A sexta e última fase se refere à conclusão do

artigo, trazendo uma avaliação crítica sobre o alcance dos objetivos propostos e sobre as limitações do trabalho.

RESULTADOS

Após a leitura na íntegra, foram selecionados e analisados dezesseis artigos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Os motivos de exclusão estabelecidos foram tipo de estudo incompatível, não responder à pergunta norteadora e não estarem disponíveis completos e gratuitos. Todos os estudos que compõem esta revisão integrativa foram publicados em português, inglês ou espanhol, no período entre 2018 e 2023.

Dos 16 artigos selecionados, 6 deles foram publicados na revista *International Journal of Environmental Research and Public Health*, o que corresponde a 37,5% do total da amostra. Dos demais, 2 foram publicados em revistas específicas de enfermagem, 2 em revistas relacionadas à gestão de serviços e saúde e outros 2 em revistas relacionadas à qualidade, correspondendo à 12,5% cada tema mencionado. Os outros 4 artigos correspondem à 25% do restante da amostra e foram publicados em revistas com temas diversos relacionados à saúde.

O Quadro 1 apresenta os dados dos artigos como título, autores, base de dados, periódico e ano de publicação.

Quadro 1- Apresentação das informações de publicação dos trabalhos selecionados incluídos na revisão integrativa: título, autores, base de dados utilizada, periódico e ano. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2023.

Nº	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE DE DADOS	PERIÓDICOS	ANO
1	A systematic review of associations and predictors for job satisfaction and work engagement in prehospital emergency medical services- challenges for the future	Beatrice Thielmann, Robin Schwarze e Irina Böckelmann	Pubmed	International Journal of Environmental Research and Public Health	2023
2	A systematic review of job demands and resources associated with compassion fatigue in mental health professionals	Jasmeet Singh, Amandeep Kaur, Srishti Duggal, Rakesh Kumar Chadda e Mamta Sood	Pubmed	International Journal of Environmental Research and Public Health	2020
3	A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being	Milja Niinihuhta e Arja Häggman-Laitila	Pubmed	International Journal of Nursing Practice	2022
4	Burnout and leadership style in behavioral health care: a literature review	Reena Joseph Kelly e Larry R. Hearld	Pubmed	The journal of behavioral health services & research	2020
5	Burnout in nursing: a theoretical review	Chiara Dall'Ora, Anne Matthews, Jane Ball e Peter Griffiths	Pubmed	Human resources for health	2020
6	Can shared leadership enhance clinical team management? A systematic review	Lisa Aufegger, Lisa Hölbling, Lukas Frühwald, Markus Gugatschka e Wolfgang Rauchegger	Pubmed	Leadership in Health Services	2019

7	Current social perception of and value attached to nursing professionals' competences: an integrative review	Margarita Rodríguez-Pérez, Juan Francisco Perdomo-Pérez, Francisco Javier Quesada-Medina, Tomás Dorta-Guerra e Lourdes Suárez-Rodríguez	Pubmed	International journal of environmental research and public health	2022
8	Depressive symptoms in helping professions: a systematic review of prevalence rates and work-related risk factors	Sabine Saade, Karin Isaksson Ro, Monica Bertilsson, Anna Ekberg, Per Lindgren e Kristina Holmgren	Pubmed	International archives of occupational and environmental health	2022
9	Describing workplace interventions aimed to improve health of staff in hospital settings - a systematic review	Os autores deste artigo são Verity Worley, Mark Gussy, Marc Tennant, Linda Slack-Smith e Estie Kruger	Pubmed	BMC Health Services Research	2022
10	Doctors and nurses: a systematic review of the risk and protective factors in workplace violence and burnout	Jose Miguel Giménez Lozano, Juan Pedro Martínez Ramón e Francisco Manuel Morales Rodríguez	Pubmed	International journal of environmental research and public health	2021
11	Exploring the impact of employee engagement and patient safety	Grace Scott, Elizabeth Jefferies, John Mallett e Jane Ferguson	Pubmed	International Journal for Quality in Health Care	2022
12	Factors that influence data use to improve health service delivery in low- and middle-income countries	Nicole Rendell, Rachel Hinton, Stephanie M. Topp, Kate J. Kerber, Vrinda Mehra, e Carrie A. Miller	Pubmed	Global Health: Science and Practice	2020
13	Leadership styles and nurses' job satisfaction. results of a systematic review	Os autores deste artigo são Maria Lucia Specchia, Giuseppe La Torre, Gabriella Nante, Angela Di Maria, e Walter Ricciardi	Pubmed	International Journal of Environmental Research and Public Health.	2021
14	Learning from complaints in healthcare: a realist review of academic literature, policy evidence and front-line insights	Jackie Van Dael, Inge Van Nuland, Barbara Janssens, Bert Aertgeerts, and Roy Remmen	Pubmed	BMJ Quality & Safety	2020
15	Model of organizational commitment applied to health management systems	Mercedes Rodríguez-Fernández, Juan Herrera e Carlos De las Heras-Rosas	Pubmed	International Journal of Environmental Research and Public Health	2021
16	What is the impact of patient violence in the emergency department on emergency nurses' intention to leave?	Sarah Stafford, Andrew B. Phillips, Victoria J. E. Knight, Jamie R. Benefield, Brooke N. Jenkins, and Jessica M. Naber	Pubmed	Journal of Nursing Management	2022

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os desfechos encontrados nos artigos relacionam-se à Síndrome de Burnout, depressão e

demais transtornos mentais, em contextos pandêmicos ou não; estilos de liderança; violência do paciente; atividades físicas, sedentarismo e qualidade do sono; fadiga por compaixão e indicadores de prestação de serviço.

DISCUSSÃO

Através da análise dos dados coletados foi possível compreender como a gestão de recursos humanos influencia na qualidade da assistência em saúde. Os resultados encontrados foram divididos em três categorias de análise: liderança e seus impactos no burnout e depressão; preditores e práticas que podem gerar satisfação e melhorias na gestão de pessoas; e demais fatores estressores que podem comprometer a gestão de pessoas.

Liderança e seus impactos no burnout e depressão

De acordo com a conceituação de Maslach (1998), o burnout é uma reação ao estresse crônico e intenso no ambiente de trabalho, caracterizado por sentimentos de exaustão emocional e falta de recursos emocionais para lidar com as demandas do trabalho - conhecido como exaustão emocional. Além disso, também se manifesta por uma atitude negativa e distante em relação às outras pessoas e uma perda do senso de idealismo - denominada despersonalização. Por fim, ocorre um declínio nos sentimentos de competência e desempenho no trabalho, resultando em uma redução da realização pessoal. As causas do burnout são multifatoriais e incluem fatores individuais, organizacionais e do ambiente de trabalho. Esses aspectos compõem o quadro do burnout e podem afetar significativamente a saúde e o bem-estar dos profissionais, assim como a qualidade do trabalho realizado (MASLACH, 1998).

O estudo realizado por Dall'Ora *et al.* (2020) consistiu em uma revisão teórica sobre o burnout na enfermagem, discutindo a presença de burnout entre enfermeiros, bem como suas consequências na qualidade do atendimento ao paciente, na satisfação no trabalho e na saúde mental dos profissionais. Foram avaliados as diferentes definições e conceitos do burnout, sua prevalência e consequências na área da enfermagem e estratégias de prevenção e intervenção. O estudo revisa as pesquisas disponíveis sobre a prevalência do burnout na enfermagem, destacando que os índices de burnout são frequentemente altos nessa profissão. Vários fatores contribuem para o desenvolvimento do burnout, incluindo carga de trabalho excessiva, falta de recursos, falta de apoio social e organizacional, e conflitos de valores. Os autores concluem que o burnout traz consequências negativas na saúde e bem-estar dos profissionais, bem como na qualidade do cuidado prestado aos pacientes, sendo associado a altos níveis de estresse, esgotamento físico e emocional, redução da satisfação no trabalho, absenteísmo e rotatividade da equipe. Segundo os autores é necessário que sejam adotadas medidas para prevenir e tratar o burnout na enfermagem. As intervenções sugeridas no estudo abrangem intervenções individuais (como treinamento em habilidades de enfrentamento e auto-cuidado) e intervenções organizacionais (como melhoria das condições de trabalho, apoio social, reconhecimento dos profissionais, cultura organizacional adequada).

É importante ressaltar que a liderança desempenha um papel fundamental no bem-estar e na saúde mental dos colaboradores, podendo ter impactos significativos no desenvolvimento de condições como o burnout e a depressão. A forma como os líderes gerenciam, apoiam e interagem com suas equipes pode influenciar diretamente o nível de estresse, satisfação no trabalho e saúde mental dos colaboradores (PITÉ, 2016).

Uma liderança inadequada, caracterizada por falta de apoio, comunicação deficiente, falta de reconhecimento e feedback insuficiente, pode contribuir para o surgimento e a perpetuação do burnout e da depressão nos colaboradores. Quando os líderes não demonstram empatia, não oferecem suporte emocional e não promovem um ambiente de trabalho saudável, os colaboradores podem se sentir desvalorizados, sobrecarregados e desmotivados, aumentando o risco de

esgotamento e problemas de saúde mental (GOUVEIA, 2021).

Estudos de Niinihuhta e Häggman-Laitila (2022) e Specchia *et al.* (2021) relacionam os estilos de liderança com a satisfação ou insatisfação no trabalho.

Specchia *et al.* (2021) apresenta três tipos de liderança: transformacional, transacional e autêntica. A Liderança Transformacional visa inspirar e motivar os funcionários, no intuito de alcançar níveis mais elevados de desempenho e satisfação no trabalho. Seus líderes costumam definir metas claras e desafiadoras, incentivar a inovação e a criatividade, e fornecer orientação e suporte aos seus subordinados. A Liderança Transacional tem foco em alcançar objetivos específicos, estipulando expectativas claras para os funcionários e recompensando ou punindo o desempenho a partir do alcance ou não dessas expectativas. Os líderes transacionais usam de recompensas, como salários ou promoções, para incentivar os colaboradores a atingir os objetivos estabelecidos. Já a Liderança Autêntica é um estilo de liderança que se baseia na honestidade, transparência e confiança. Seus líderes apresentam grande autoconhecimento e agem de acordo com seus valores pessoais. Eles são transparentes em suas ações e tomadas de decisão, procurando construir relacionamentos baseados na confiança e na colaboração com os seus subordinados.

Já no artigo de Niinihuhta e Häggman-Laitila (2022) os estilos de liderança analisados foram o Transformacional, Transacional, Laissez-faire e Autocrática. A Liderança Laissez-faire é caracterizada pela falta de direção ou supervisão. Seus líderes permitem que seus subordinados assumam a responsabilidade pelo próprio trabalho, sem muita intervenção ou orientação. Na Liderança Autocrática, os líderes tomam decisões unilaterais, impondo suas vontades aos colaboradores. Eles são vistos como autoritários e controladores, e não costumam levar em consideração as opiniões ou necessidades dos demais membros da equipe.

O estudo de Specchia *et al.* (2021) revelou que a liderança transformacional foi associada a altos níveis de satisfação no trabalho, enquanto que a liderança transacional foi associada a níveis moderados de satisfação no trabalho. Além disso, a ausência de liderança foi associada a altos níveis de insatisfação no trabalho dos enfermeiros. Os resultados destacaram a importância da liderança na promoção da satisfação no trabalho e na prevenção da insatisfação no trabalho dos enfermeiros.

Niinihuhta e Häggman-Laitila (2022) identificaram que a liderança transformacional e a liderança autêntica foram associadas a níveis mais elevados de bem-estar relacionado ao trabalho entre os enfermeiros. Por outro lado, a liderança transacional foi associada a níveis moderados de bem-estar relacionados ao trabalho, enquanto a ausência de liderança foi associada a níveis mais baixos de bem-estar relacionado ao trabalho. Já os estilos de liderança destrutivos, como a liderança laissez-faire e a liderança autocrática, estavam associados a um impacto negativo na saúde mental, bem-estar e insatisfação no trabalho dos enfermeiros. Esses resultados sugerem que diferentes estilos de liderança podem ter impactos diferentes na satisfação ou insatisfação dos enfermeiros em relação ao trabalho e que as lideranças transformacionais e autênticas podem ser mais benéficas para o bem-estar dos enfermeiros, uma vez que os resultados indicam que apresentam os maiores índices de satisfação no trabalho.

O estudo de Kelly e Hearld (2020) avaliou o impacto do estilo de liderança na ocorrência de burnout em profissionais de saúde. Encontrou-se uma associação negativa entre liderança autêntica e burnout, enquanto que as lideranças transacional e transformacional apresentaram associações positivas e negativas com burnout, respectivamente. Além disso, a liderança autocrática e a liderança passiva foram associadas positivamente ao burnout. Estilos de liderança autocráticos, passivos ou excessivamente amigáveis tendem a aumentar o risco de burnout em profissionais de saúde mental. Um estilo de liderança autocrático pode criar um ambiente de trabalho opressivo e desestimulante, gerando sentimentos de desvalorização e falta de autonomia entre os profissionais (GAMA; SUETH; BASTOS, 2019).

Um estilo de liderança passivo falta clareza, resultando em tomadas de decisões equivocadas, levando a confusão e incerteza entre os profissionais, podendo, também, aumentar a

carga de trabalho emocional e cognitiva (MARQUIS; HUSTON, 2015). Já um estilo de liderança excessivamente amigável, leva a falta de limites claros e tomada de decisões baseada em emoções, criando um ambiente de trabalho desorganizado e desestruturado, e, conseqüentemente, aumentando o estresse e a carga emocional dos profissionais (KELLY; HEARLD, 2020). Em contrapartida, lideranças transformacionais e empáticas podem ajudar a reduzir o risco de burnout, pois tendem a se preocupar com o bem-estar e desenvolvimento dos seus colaboradores. Esses tipos de líderes inspiram, motivam e encorajam seus liderados a se desenvolverem e alcançarem seu potencial máximo, além de serem atentos às necessidades e limitações dos seus colaboradores. Isso pode resultar em um ambiente de trabalho mais saudável e em uma maior sensação de valorização e reconhecimento por parte dos profissionais de saúde mental, reduzindo assim o risco de burnout (OLIVEIRA, 2020).

Normalmente, a maioria dos estilos de liderança apresenta um líder individual, que carrega uma grande parte das expectativas organizacionais (CARVALHO *et al.*, 2020; SOBRAL; FURTADO, 2019; YUKL, 2002). No entanto, muitos estudiosos argumentam que é extremamente desafiador para uma única pessoa possuir todas as características e habilidades necessárias para ser um líder eficaz, especialmente em um contexto de organizações cada vez mais complexas e em constante mudança (D'INNOCENZO; MATHIEU; KUKENBERGER, 2016; KOCOLOWSKI, 2010). É nesse cenário que surge a importância de abordagens contemporâneas que valorizam a liderança como uma prática distribuída e relacional em toda a organização (CUNLIFFE; ERIKSEN, 2011). Essas abordagens destacam a importância de ter um processo de liderança horizontal, no qual múltiplos líderes com diferentes habilidades e perspectivas contribuam para a gestão e os resultados das equipes clínicas. Essa forma de liderança compartilhada pode ajudar a enfrentar os desafios presentes nas organizações contemporâneas, proporcionando uma abordagem mais eficaz para lidar com dilemas complexos (CARVALHO, 2020; KOCOLOWSKI, 2010; VAN WART, 2013).

No estudo conduzido por Aufegger *et al.* (2019), é analisado especificamente se a Liderança Compartilhada (LC) pode melhorar a gestão e os resultados das equipes clínicas. Os resultados apontaram que a LC pode trazer benefícios significativos para a gestão de equipes clínicas, uma vez que envolve a distribuição de responsabilidades de liderança entre os membros da equipe, ao invés de ser centralizada em uma única pessoa. A LC pode promover maior participação e engajamento dos membros da equipe nas decisões e planejamento das atividades, resultando em um ambiente de trabalho mais colaborativo e uma maior motivação e satisfação no trabalho. Além disso, a LC pode levar a uma melhor comunicação, coordenação e resolução de problemas dentro da equipe clínica. No entanto, os autores ressaltam que a implementação eficaz da LC requer um ambiente de trabalho favorável, apoio da liderança superior e desenvolvimento de habilidades de liderança entre os membros da equipe (AUFEGGER *et al.*, 2019).

Nesse âmbito, estudos de Scott *et al.* (2022) revelam uma associação positiva entre o engajamento dos funcionários e a segurança do paciente, indicando que o envolvimento e satisfação dos funcionários pode levar a melhores resultados para os pacientes. O engajamento dos funcionários refere-se ao nível de envolvimento, comprometimento e satisfação dos funcionários em relação ao seu trabalho e à organização em que estão inseridos. A segurança do paciente, por sua vez, envolve a implementação de medidas e práticas para garantir a segurança e o bem-estar dos pacientes durante a prestação de cuidados de saúde. Os resultados do estudo apresentam associações entre níveis mais altos de engajamento dos funcionários e melhores resultados relacionados à segurança, como taxas reduzidas de erros médicos, maior adesão a protocolos de segurança e melhor comunicação e trabalho em equipe (SCOTT *et al.*, 2022).

Preditores e práticas que podem gerar satisfação e melhorias na gestão de pessoas

A satisfação dos funcionários é fundamental para o desempenho organizacional e a

qualidade dos cuidados de saúde. Quando os profissionais de saúde estão satisfeitos com seu trabalho, são mais propensos a se dedicar ao atendimento ao paciente, apresentar um desempenho de alta qualidade e buscar melhorias contínuas. A gestão de recursos humanos desempenha um papel central na promoção da satisfação dos funcionários, por meio de práticas e abordagens específicas (DE OLIVEIRA; DEMO, 2014).

O trabalho de Thielmann, Schwarze e Böckelmann (2023) encontrou fatores que estão associados à criação de um ambiente de trabalho saudável e positivo, são eles: mais apoio organizacional; apoio social; autonomia; senso de significado; reconhecimento e feedback. O apoio organizacional envolve o fornecimento de recursos, treinamento e políticas adequadas, bem como a promoção de um clima de confiança e suporte. O apoio social refere-se à presença de relacionamentos positivos entre colegas e líderes, que oferecem suporte emocional e instrumental. A autonomia permite que os funcionários tenham controle sobre o seu trabalho e tomem decisões relevantes. O senso de significado está relacionado à compreensão de como o trabalho contribui para objetivos maiores e valores pessoais. O reconhecimento e o feedback adequados ajudam a aumentar a motivação e a autoestima dos funcionários (MORIN, 2007).

A ausência desses fatores pode levar a problemas de saúde e insatisfação no trabalho. A falta de apoio organizacional pode resultar em falta de recursos, políticas inadequadas e falta de clareza nas expectativas. A falta de autonomia priva os funcionários do controle sobre seu trabalho e limita suas oportunidades de crescimento. A falta de suporte social leva a um ambiente de trabalho isolado e desprovido de apoio emocional. A falta de reconhecimento e oportunidades de desenvolvimento profissional pode levar à desmotivação e ao desengajamento. A sobrecarga de trabalho e o estresse excessivo podem prejudicar a saúde física e mental dos funcionários (MIRANDA, 2011; THIELMANN; SCHWARZE; BÖCKELMANN, 2023).

Outro preditor relevante são as competências valorizadas e consideradas importantes pela sociedade em profissionais da saúde, principalmente em enfermeiros, em termos de cuidado ao paciente. Segundo Rodríguez-Pérez *et al.* (2022), essas competências podem variar de acordo com o contexto e a indústria, mas geralmente incluem conhecimentos e habilidades técnicas e clínicas específicas, comunicação efetiva, inteligência emocional, capacidade de resolver problemas, adaptabilidade e colaboração (ŚWIĄTKIEWICZ, 2014). Um alinhamento claro e uma comunicação transparente entre as competências desejadas para os profissionais de saúde pelas organizações desempenham um papel fundamental na melhoria da satisfação no trabalho e na qualidade do atendimento. Quando os profissionais de saúde têm clareza sobre quais competências são valorizadas e esperadas pela organização, eles podem direcionar seus esforços para desenvolver essas habilidades e conhecimentos específicos (RODRÍGUEZ-PÉREZ *et al.*, 2022).

Quanto às práticas que podem gerar satisfação e melhorias na gestão de pessoas, existem várias intervenções que as organizações podem implementar para melhorar a também a saúde e o bem-estar dos funcionários. No estudo de Worley *et al.* (2022), foi realizada uma revisão sistemática para descrever as intervenções no local de trabalho voltadas para melhorar a saúde dos funcionários em ambientes hospitalares. As intervenções mais comuns foram a promoção da atividade física, treinamento em habilidades sociais e emocionais, campanhas de saúde e programas de gerenciamento de estresse. Essas intervenções foram associadas a melhorias na saúde mental e física dos funcionários, redução no absenteísmo e aumento da satisfação no trabalho (WORLEY *et al.*, 2022).

O estudo conduzido por Rendell *et al.* (2020) investigou os fatores que influenciam o uso de dados para melhorar a prestação de serviços de saúde. O estudo revelou que o uso efetivo de dados para melhorar a prestação de serviços de saúde é influenciado por fatores como apoio institucional, liderança comprometida, disponibilidade e qualidade dos dados, capacitação dos profissionais de saúde, colaboração entre os atores do sistema e investimentos adequados. Organizações de saúde que possuem uma cultura que valoriza e incentiva o uso de dados e contam com líderes engajados têm maior probabilidade de promover a utilização adequada das

informações para orientar a tomada de decisões. A troca de informações e a cooperação facilita o uso dos dados para identificar lacunas e desenvolver estratégias para melhorar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde. A existência de sistemas de informação robustos e confiáveis, capazes de coletar, armazenar e analisar dados relevantes, é fundamental para o uso efetivo das informações na melhoria da prestação de serviços de saúde. Além disso, os profissionais de saúde devem ser capacitados no manejo e interpretação adequada dos dados, a fim de utilizá-los de forma eficiente. Esses resultados fornecem insights importantes para orientar ações e políticas voltadas para o fortalecimento dos sistemas de informação e o uso estratégico dos dados para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde (AMARAL, 2012; RENDELL *et al.*, 2020).

O estudo conduzido por Rodríguez-Fernández, Herrera e De Las Heras-Rosas (2021) apresentou um modelo de comprometimento organizacional aplicado aos sistemas de gestão de saúde. Os resultados revelaram que o comprometimento organizacional nesse contexto é influenciado por diferentes fatores, como liderança, clima organizacional, suporte organizacional e recompensas. Conforme discutido anteriormente, a liderança desempenha um papel crucial na promoção do comprometimento organizacional nos sistemas de gestão de saúde. Um clima organizacional positivo, caracterizado por confiança, apoio mútuo e trabalho em equipe, cria um ambiente propício para o desenvolvimento do comprometimento dos profissionais de saúde. O suporte organizacional, seja em termos de recursos, treinamento ou reconhecimento, fortalece o vínculo entre os profissionais e a organização, aumentando o comprometimento. Além disso, as recompensas oferecidas aos profissionais de saúde também influenciam seu comprometimento com a organização. Recompensas tangíveis, como salário justo e benefícios, assim como recompensas intangíveis, como oportunidades de desenvolvimento e reconhecimento, são importantes para promover o comprometimento organizacional (RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ; HERRERA; DE LAS HERAS-ROSAS, 2021).

Em suma, a satisfação e o engajamento dos profissionais de saúde são fatores determinantes para a qualidade da assistência em saúde. Através da implementação de práticas e preditores eficazes, como liderança eficaz, reconhecimento e recompensas, um ambiente de trabalho saudável, participação dos funcionários e desenvolvimento de competências, é possível melhorar a gestão de recursos humanos na área da saúde, promovendo a satisfação dos profissionais e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes (CASTELONI *et al.*, 2018).

Demais fatores estressores que podem comprometer a gestão de pessoas

No âmbito da influência da gestão de recursos humanos na qualidade da assistência em saúde, é importante destacar que as demais fatores estressores que podem comprometer a gestão de pessoas abrange elementos adicionais que têm o potencial de afetar negativamente a capacidade de uma organização em gerir seus recursos humanos de maneira eficaz (SILVA, 2017). Nesse contexto, diversos fatores estressores podem impactar diretamente a gestão de pessoas e, conseqüentemente, influenciar a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos, como falta de clareza nas funções e responsabilidades, falta de suporte de liderança, conflitos interpessoais, mudanças frequentes nas políticas e procedimentos e falta de equilíbrio entre as demandas de trabalho e vida pessoal (SILVA, 2011).

Profissionais de ajuda, como médicos e enfermeiros, podem experimentar fadiga por compaixão devido às demandas emocionais do trabalho. A fadiga por compaixão é uma condição caracterizada pela exaustão física, emocional e social que pode afetar indivíduos que dedicam sua energia emocional e empatia para cuidar de outros, sejam eles seres humanos ou animais, ao longo do tempo, sem sentir um nível satisfatório de recompensa em troca. Em outras palavras, é um estado crônico em que o cuidado e a preocupação com o bem-estar alheio diminuem gradualmente devido ao uso excessivo e prolongado dos sentimentos de compaixão (BARBOSA; SOUZA;

MOREIRA, 2014; FIGLEY, 2002).

Singh *et al.* (2020) conduziram um estudo sobre as demandas e recursos no trabalho associados à fadiga por compaixão em profissionais de saúde mental. Entre as principais demandas encontradas estão a carga emocional intensa, a exposição a situações traumáticas, a falta de apoio emocional e a sobrecarga de trabalho. Por outro lado, alguns recursos foram identificados como fatores de proteção contra a fadiga por compaixão. Esses recursos incluem o suporte social, o reconhecimento e a valorização do trabalho realizado, o acesso a treinamentos e supervisão adequada, e a capacidade de estabelecer limites saudáveis entre o trabalho e a vida pessoal. Além disso, foi observado que a cultura organizacional desempenha um papel significativo na ocorrência da fadiga por compaixão. Organizações que valorizam o bem-estar dos profissionais, promovem práticas de autocuidado e fornecem um ambiente de trabalho favorável têm menor incidência desse problema. Os resultados do estudo destacam a importância de abordar as demandas e recursos no trabalho para prevenir e lidar com a fadiga por compaixão em profissionais de saúde mental. Estratégias como o fornecimento de suporte emocional, o desenvolvimento de programas de autocuidado e a implementação de políticas organizacionais voltadas para o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal podem contribuir para mitigar os efeitos dessa condição e promover o bem-estar dos profissionais (CARVALHO, 2012; SINGH *et al.*, 2020).

Estudo de Saade *et al.* (2022) comprova que profissionais de ajuda estão mais susceptíveis ao risco de depressão que a população em geral, uma vez que apresentam maior prevalência de sintomas depressivos, bem como os fatores de risco relacionados ao trabalho. Esses sintomas podem variar de leve a grave e podem ter um impacto significativo na qualidade de vida e no desempenho profissional desses profissionais. Os fatores de risco relacionados ao trabalho encontrados foram: estão a sobrecarga de trabalho, o estresse emocional decorrente do contato com situações difíceis e traumáticas, a falta de apoio social e emocional no ambiente de trabalho, a pressão por resultados e a falta de reconhecimento e valorização do trabalho realizado. Além dos fatores específicos do trabalho, também foram observados fatores pessoais que aumentam o risco de sintomas depressivos em profissionais de ajuda. Isso inclui características como baixa autoestima, tendência a se autossacrificar em detrimento do próprio bem-estar e dificuldade em estabelecer limites saudáveis entre o trabalho e a vida pessoal. Esses resultados destacam a importância de promover a saúde mental e o bem-estar dos profissionais de ajuda. Intervenções que visam reduzir a carga de trabalho, melhorar o suporte social e emocional, implementar estratégias de autocuidado e fornecer treinamento em habilidades de enfrentamento podem ajudar a prevenir e gerenciar os sintomas depressivos nesse grupo de profissionais (SAADE *et al.*, 2022).

Outro fator estressor é a violência no local de trabalho, um problema sério que afeta a saúde e o bem-estar dos profissionais de saúde (DE SOUSA BORGES, 2021). O estudo realizado por Giménez Lozano *et al.* (2021) investigou os fatores de risco e proteção relacionados à violência no local de trabalho e ao burnout em médicos e enfermeiros. A revisão sistemática revelou que tanto médicos quanto enfermeiros estão expostos a um alto risco de violência no local de trabalho. Essa violência pode incluir agressões físicas, verbais e psicológicas por parte de pacientes, seus familiares ou outros profissionais de saúde. Além disso, a exposição à violência no trabalho aumentou o risco de desenvolver sintomas de burnout, como exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. Os fatores de risco identificados como contribuintes para a violência no local de trabalho e o burnout foram: alta carga de trabalho, falta de recursos adequados, falta de apoio organizacional e falta de treinamento em gerenciamento de conflitos e habilidades de comunicação eficaz. Além disso, fatores pessoais, como baixo apoio social e falta de habilidades de enfrentamento, também foram associados a um maior risco de violência e burnout. Em contrapartida, os fatores de proteção identificados como potenciais mitigadores desses problemas incluem um ambiente de trabalho positivo e de apoio, o suporte social adequado, a implementação de políticas organizacionais que visam prevenir e lidar com a

violência, e programas de autocuidado e gerenciamento do estresse (GIMÉNEZ LOZANO *et al.*, 2021).

Além disso, a violência do paciente pode ter um impacto significativo na intenção dos profissionais de deixar o emprego. A exposição à violência física, verbal e psicológica por parte dos pacientes afeta negativamente o bem-estar dos enfermeiros e sua satisfação no trabalho. Como resultado, eles expressam uma maior intenção de deixar o emprego e procurar outras oportunidades. Os enfermeiros que experimentam violência do paciente também relatam níveis mais altos de estresse ocupacional, exaustão emocional e desgaste profissional. Esses efeitos negativos afetam sua saúde mental e qualidade de vida, além de terem impacto na qualidade do cuidado prestado aos pacientes. Fatores como a falta de apoio organizacional, a falta de medidas de segurança adequadas e a falta de recursos para lidar com a violência do paciente contribuem para a intensificação dos efeitos negativos. Os profissionais que se sentem desvalorizados e não recebem o suporte necessário são mais propensos a considerar a saída da profissão (STAFFORD *et al.*, 2022).

As reclamações dos pacientes podem fornecer informações valiosas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Ao analisar e responder adequadamente às reclamações, as organizações de saúde podem identificar áreas problemáticas, implementar mudanças e garantir uma prestação de serviços mais eficiente e satisfatória para os pacientes. No entanto, o processo de lidar com reclamações pode ser estressante para os profissionais de saúde envolvidos (CAMACHO, 1998; MARRAS, 2012).

Van Dael *et al.* (2020) conduziram um estudo para utilização de reclamações de pacientes como uma ferramenta de aprendizado organizacional no setor de saúde. Os resultados indicaram que o uso de reclamações pode ser eficaz para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, mas depende de uma série de fatores, incluindo cultura organizacional e processos de análise e feedback aos pacientes. O estudo ressaltou a importância de envolver os pacientes e suas experiências na aprendizagem com reclamações. Ao ouvir ativamente os pacientes, compreender suas perspectivas e envolvê-los na resolução de reclamações, as organizações de saúde podem melhorar a qualidade do atendimento e a experiência do paciente. Uma cultura organizacional aberta, transparente e receptiva às reclamações é fundamental para promover a aprendizagem e a melhoria contínua. Organizações que encorajam a abertura para feedback, tratam as reclamações como oportunidades de aprendizagem e possuem processos estruturados para lidar com elas tendem a obter melhores resultados. Também foram identificadas várias barreiras para que as reclamações sejam efetivamente utilizadas como oportunidades de aprendizagem. Isso inclui falta de clareza sobre o propósito das reclamações, medo de punição ou retaliação, falta de apoio organizacional e cultural, e dificuldades na comunicação e resolução de reclamações (VAN DAEL *et al.*, 2020).

Assim, amplificar a compreensão desses fatores estressores que podem comprometer a gestão de pessoas na área da saúde é essencial para promover ações e estratégias que abordem esses desafios. Ao reconhecer e enfrentar adequadamente a fadiga por compaixão, a prevalência de sintomas depressivos e fatores de risco, a violência no local de trabalho e suas implicações e as reclamações do paciente como ferramenta de aprendizagem, as organizações de saúde podem melhorar a qualidade da assistência, promover o bem-estar dos profissionais e alcançar resultados mais positivos para os pacientes.

CONCLUSÕES

A gestão de recursos humanos exerce uma influência direta na qualidade da assistência em saúde. Os profissionais de saúde são o principal ativo das organizações de saúde, e sua capacitação, motivação, engajamento e bem-estar são fatores essenciais para a prestação de serviços de qualidade e para o alcance de resultados positivos.

A pesquisa realizada evidenciou que a falta de capacitação e treinamento adequados, a falta de motivação e engajamento dos profissionais, a comunicação ineficaz entre os membros da equipe, a cultura organizacional negativa e a falta de indicadores de desempenho podem afetar negativamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Por outro lado, a capacitação e treinamento adequados, a motivação e engajamento dos profissionais, uma cultura organizacional positiva, uma comunicação eficaz entre a equipe e a utilização de indicadores de desempenho podem contribuir significativamente para a melhoria da qualidade da assistência em saúde.

A partir desses resultados, conclui-se que a adoção de práticas adequadas de gestão de recursos humanos é crucial para a melhoria contínua da qualidade da assistência em saúde. A gestão de conflitos e a promoção de um clima organizacional saudável também são importantes para o bem-estar dos profissionais de saúde e para a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Portanto, é importante que as instituições de saúde adotem uma gestão de recursos humanos estratégica, que valorize os profissionais de saúde, promova sua capacitação e desenvolvimento, e que incentive a comunicação e a colaboração entre os membros da equipe. A adoção de indicadores de desempenho e a implementação de uma cultura de segurança do paciente também são fundamentais para a promoção da qualidade da assistência em saúde.

Apesar dos resultados positivos obtidos neste estudo, é importante reconhecer as limitações que podem ter impactado as conclusões alcançadas. Essas limitações devem ser consideradas ao interpretar os resultados e ao generalizá-los para outros contextos.

Uma das principais limitações deste estudo diz respeito à disponibilidade e acesso aos dados. Embora a maioria das informações obtidas fossem confiáveis e abrangentes, alguns dados essenciais estavam indisponíveis devido a restrições de acesso ou falta de registros completos. Outro ponto de destaque é o idioma dos estudos encontrados nas buscas, que foi inglês na sua maioria. Apesar do conhecimento e entendimento do material, é possível alguma falha de tradução ou de entendimento do contexto, levando a uma interpretação equivocada do que o autor tentou expressar. Além disso, é importante destacar que os resultados obtidos neste estudo refletem o contexto específico em que foi realizado. As características da instituição de saúde, a região geográfica e até mesmo a categoria de profissional de saúde pesquisada podem ter influenciado os resultados.

Dessa forma, é necessário exercer cautela ao generalizar esses resultados para outros contextos. Considerando essas limitações, é fundamental que estudos futuros abordem de forma mais aprofundada as lacunas identificadas neste estudo. Recomenda-se a utilização de abordagens metodológicas mais robustas, como inclusão de uma amostra mais representativa, a fim de obter resultados mais abrangentes e conclusões mais sólidas.

Ao abordar as limitações deste estudo, buscamos proporcionar uma análise crítica e transparente sobre os resultados obtidos. Essas limitações não invalidam as contribuições deste trabalho, mas destacam a importância de continuar a explorar essa área de pesquisa e abordar as questões pendentes. Esperamos que este estudo possa servir como um ponto de partida para investigações futuras mais abrangentes e rigorosas, contribuindo para a compreensão aprofundada da influência da gestão de recursos humanos na qualidade da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Maria Aparecida et al. Estresse Ocupacional: Um Estudo das relações de trabalho do centro municipal de saúde de Iúna/ES. **ANAIS DO SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA DE GESTÃO E TECNOLOGIA**, p. 1-16, 2013.

ANSEMI, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 2, n. 1, p. 44-50, 1997.

- AUFEGGER, Lisa et al. Can shared leadership enhance clinical team management? A systematic review. **Leadership in Health Services**, v. 32, n. 2, p. 309-335, 2019.
- BARBOSA, Silvânia da Cruz; SOUZA, Sandra; MOREIRA, Jansen Souza. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, v. 14, n. 3, p. 315-323, 2014.
- BERTI, H. W.; ALMEIDA, E. S. Percepção de gestores municipais de saúde sobre qualidade da assistência e controle social. **Nursing (São Paulo)**, v.? n.? p. 425-431, 2005.
- BORRELLI, Flavia Rezende Gomes. **A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: um problema a ser enfrentado**. 2004. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CARVALHO, Pedro Rodrigues Cortês. **Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala “Professional Quality of Life 5”**. 2012. Tese (Mestrado) – Curso de Cuidados Paliativos, Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2012.
- CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, v. 42, p. 347-368, 2008.
- CAMACHO, Jose Luis Tito. **Qualidade total para os serviços de saúde**. NBL Editora, 1998.
- CARVALHO, J.; SOBRAL, F.; MANSUR, J.. Exploring shared leadership in public organizations: evidence from the educational arena. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 3, p. 524–544, maio 2020.
- CASTELONI, P. E. S et al. Políticas de gestão de pessoas e fatores de pressão no trabalho. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 42., 2018, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba, 2018.
- CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos**. 3 ed. São Paulo. Editora Atlas, 1995.
- CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 1999.
- CHIAVENATO, I. **Comportamento Organizacional**. 2. Ed, local, Editora Campus, 2005.
- CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos: o capital humano das organizações / Idalberto Chiavenato – 9.ed.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- CRUZ, Tamires A.; SANTANA, Lídia C. Recursos humanos: presente nas organizações, mas desconhecido. **Revista de Iniciação Científica–RIC**, Cairu, v. 2, n. 1, p. 78-99, 2015.
- DALL’ORA, Chiara et al. Burnout in nursing: a theoretical review. **Human Resources for**

Health, v. 18, p. 1-17, 2020.

DE OLIVEIRA, Maíra Martins; DEMO, Gisela. BEM-ESTAR NO TRABALHO NA DISNEY: o papel das políticas e práticas de gestão de pessoas. **Revista Gestão & Saúde**, v. 4, n. 3, p. 3605-3632, 2014.

DE SOUSA BORGES, Francisca Edinária et al. Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 33, 2021.

DIAS, Tatiane de Oliveira. **Autoeficácia e burnout: resultados após uma intervenção direcionada a profissionais da área de proteção a crianças e adolescentes**. 2013. Tese (Mestrado) – Curso de Psicologia Clínica, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2013.

D'INNOCENZO, Lauren; MATHIEU, John E.; KUKENBERGER, Michael R. A meta-analysis of different forms of shared leadership–team performance relations. **Journal of Management**, v. 42, n. 7, p. 1964-1991, 2016.

FIGLEY, Charles R. (Ed.). **Treating compassion fatigue**. New York, Routledge, 2002.

FRANCISCO, Quevellin Alves dos Santos; SILVA, Thais Oliveira da; MARTINEZ, Maria Regina. Recursos humanos em saúde: do processo intuitivo ao People Analytics. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 1, p. 1-7, jan./mar. 2019.

GAMA, Bianca Péres; SUETH, Kenedy Coimbra Perciano; BASTOS, Carla Maria de Almeida Moraes. Líderes autoritários: consequências de seu comportamento sobre o rendimento dos colaboradores da empresa. **Acta Scientia Academicus**, v. 4, n. 1, 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Gestão de qualidade: enfoque na excelência**. São Paulo: Atlas, 1994.

GIMÉNEZ LOZANO, Jose Miguel; MARTÍNEZ RAMÓN, Juan Pedro; MORALES RODRÍGUEZ, Francisco Manuel. Doctors and nurses: a systematic review of the risk and protective factors in workplace violence and burnout. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 6, p. 3280, 2021.

GOUVEIA, Hugo André França. Liderar colaboradores eficazes: **Burnout, Engagemen ou uma questão de estilo?**. 2021. Tese (Mestrado) – Curso de Liderança, Academia Militar, Lisboa, 2021.

KELLY, Reena Joseph; HEARLD, Larry R. Burnout and leadership style in behavioral health care: A literature review. **The Journal of Behavioral Health Services & Research**, v. 47, n. 4, p. 581-600, 2020.

KOCOLOWSKI, Michael D. Shared leadership: Is it time for a change. **Emerging leadership journeys**, v. 3, n. 1, p. 22-32, 2010.

LIMA, A. F. C.; KURGANCT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, p. 234-239, 2009.

MALIK, Ana Maria. **Gestão de recursos humanos**. São Paulo, 1998.

- MARRAS, Jean Pierre. **Gestão estratégica de pessoas**. Saraiva Educação SA, 2017.
- MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- MASLACH, Christina. **A multidimensional theory of burnout**. Theories of organizational stress, v. 68, n. 85, p. 16, 1998.
- MEIRA, Soraya Regina Coelho; OLIVEIRA, Arlene de Sousa Barcelos; SANTOS, Célio Oliveira. A contribuição da auditoria para a qualidade da gestão dos serviços de saúde. **Brazilian Journal of Business**, v. 3, n. 1, p. 1021-1033, 2021.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008.
- MIRANDA, Susana Cristina Cerqueira. **Stress ocupacional, burnout e suporte social nos profissionais de saúde mental**. 2011. Tese (Mestrado) – Curso de Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Braga, 2011.
- MORIN, Estelle; TONELLI, Maria José; PLIOPAS, Ana Luisa Vieira. O trabalho e seus sentidos. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, p. 47-56, 2007.
- LIBERATI, Moher; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. group. Preferred Reporting items for systematic reviews and meta analyses: THE PRISMA statement. **Plos Medicine**, v. 6, n. 7, p. 1-6, 2009.
- MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 1, p. 205-225, 2013.
- NIINIHUHTA, Milja; HÄGGMAN-LAITILA, Arja. A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. **International Journal of Nursing Practice**, v. 28, n. 5, p. e13040, 2022.
- OLIVEIRA, J. L. C. de; NICOLA, A. L.; SOUZA, A. E. B. R. de. Índice de treinamento de enfermagem enquanto indicador de qualidade de gestão de recursos humanos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 181-188, 2014.
- OLIVEIRA, Rayssa Costa da Silva. **Inteligência emocional a luz dos componentes de Goleman (2015): uma análise da influência da Inteligência emocional no exercício de cargos formais de liderança em uma empresa distribuidora de energia elétrica**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - IFPB, João Pessoa, 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Avaliação dos Programas de Saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional de saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1981.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Trabalhando juntos pela saúde**. Relatório Mundial de Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- PITÉ, Adriana Maria Vasconcelos da Rocha. **Condições de Trabalho, Comprometimento**

Organizacional e Saúde Mental: um estudo no setor da bricolage. 2016. Tese (Doutorado) – Curso de Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos, Instituto Politécnico do Porto, Vila do Conde, 2016.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. **Recursos humano e gestão do trabalho em saúde:** da teoria para a prática. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*, v. 2, p. 51-70, 2004.

RENDELL, Nicole et al. Factors that influence data use to improve health service delivery in low-and middle-income countries. *Global Health: Science and Practice*, v. 8, n. 3, p. 566-581, 2020.

RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ, Mercedes; HERRERA, Juan; DE LAS HERAS-ROSAS, Carlos. Model of organizational commitment applied to health management systems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 9, p. 4496, 2021.

RODRÍGUEZ-PÉREZ, Margarita et al. Current Social Perception of and Value Attached to Nursing Professionals' Competences: An Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 3, p. 1817, 2022.

SAADE, Sabine et al. Depressive symptoms in helping professions: a systematic review of prevalence rates and work-related risk factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, p. 1-50, 2022.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, p. 603-614, 2010.

SEIXAS, P. H. D. et al. **Os pressupostos para a elaboração da política de recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde.** BRASIL, Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde: seminário internacional. Brasília, p. 100-113, 2002.

SILVA, Q. C. G. da et al. Fatores de risco para mediastinite após revascularização do miocárdio: revisão integrativa. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 19, n. 4, p. 1015-1030, 2015.

SILVA, Sulamita Francisca da. **Estresse ocupacional: uma análise à luz dos estressores, reflexos e ações interventivas na percepção dos servidores da Secretaria de Gestão de Pessoas do Tribunal Regional Eleitoral da Paraíba.** 2017. Monografia (Graduação) – Curso de Administração, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

SILVA, Aldomir Silva da. **Fatores estressores ocupacionais em uma agência bancária.** 2011. Monografia (graduação) - Curso de Graduação em Administração a Distância, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

SINGH, Jasmeet et al. A systematic review of job demands and resources associated with compassion fatigue in mental health professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 19, p. 6987, 2020.

SOBRAL, Filipe; FURTADO, Liliane. Post-heroic Leadership: Current trends and challenges in leadership education. *Revista de Administração de Empresas*, v. 59, p. 209-214, 2019.

SPECCHIA, Maria Lucia et al. Leadership styles and nurses' job satisfaction. Results of a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v.

18, n. 4, p. 1552, 2021.

STAFFORD, Sarah et al. What is the impact of patient violence in the emergency department on emergency nurses' intention to leave?. **Journal of Nursing Management**, v. 30, n. 6, p. 1852-1860, 2022.

ŚWIĄTKIEWICZ, Olgierd. Competências transversais, técnicas ou morais: um estudo exploratório sobre as competências dos trabalhadores que as organizações em Portugal mais valorizam. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 12, p. 633-687, 2014.

THIELMANN, Beatrice; SCHWARZE, Robin; BÖCKELMANN, Irina. A Systematic Review of Associations and Predictors for Job Satisfaction and Work Engagement in Prehospital Emergency Medical Services—Challenges for the Future. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 5, p. 4578, 2023.

TOLEDO, Flávio. **Administração de Pessoal desenvolvimento de RH**. São Paulo: Atlas, v. 1, p. 988, 1976.

VAN DAEL, Jackie et al. Learning from complaints in healthcare: a realist review of academic literature, policy evidence and front-line insights. **BMJ Quality & Safety**, v. 29, n. 8, p. 684-695, 2020.

VAN WART, Montgomery. Lessons from leadership theory and the contemporary challenges of leaders. **Public Administration Review**, v. 73, n. 4, p. 553-565, 2013.

WORLEY, Verity et al. Describing workplace interventions aimed to improve health of staff in hospital settings—a systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, p. 459, 2022.

XAVIER, R. A. P. **Capital intelectual**. São Paulo: Editora STS, 1998.

YUKL, Gary. **Leadership in Organizations**. London, UK: Pearson Education, 5th Ed, 2002.

ZIZA, Cleiton Ricardo. **Capacitação de recursos humanos na administração militar como ferramenta para alcançar os princípios da eficiência, eficácia e efetividade**. 2021. Monografia (Especialização) – Curso de Gestão em Administração Pública, Centro Universitário do Sul de Minas, Salvador, 2021.

ACOLHIMENTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTUDO QUANTITATIVO SOBRE A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

Adriane Vieira; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Isadora Oliveira Gondim; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Pollyanna Maria Carmo; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Patrícia Lourdes Silva; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Clara Rodrigues de Paula; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: Este artigo objetivou descrever a satisfação com o acolhimento de pessoas com deficiência matriculadas na UFMG. Trata-se de um estudo do tipo e-survey. O questionário continha oito questões. Dos 48 alunos respondentes, 31% possuíam deficiência física, 29% condição neuroatípica. A maioria das deficiências era congênita. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e correlacional. Cinco constructos tiveram média abaixo de 3 pontos na escala likert, e nenhum deles teve média igual ou acima de 4, indicando insatisfação ou não insatisfação com a qualidade dos serviços prestados, considerados ruins ou no máximo bons. A qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços públicos e de nível administrativo receberam notas mais baixas. Do ponto de vista teórico, a contribuição deste estudo foi preencher propor uma escala para a realização de estudos de natureza quantitativa. Do ponto de vista prático, os resultados da pesquisa podem fornecer informações necessárias aos gestores dos serviços de saúde, públicos e privados, para que desenvolvam ações de promoção da inclusão das pessoas com deficiência, eliminando barreiras e melhorando o acesso desses usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Pessoas com deficiência; Serviços de Saúde; Satisfação; Qualidade.

INTRODUÇÃO

O debate sobre o acesso das Pessoas com Deficiência (PcD) aos serviços de saúde demonstra que este direito é mais restrito para eles, se comparado às outras pessoas (AMORIM; LIBERALI; MEDEIROS NETA, 2018). Isso porque, a deficiência consiste, de forma temporária ou permanente, na perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, enquanto a incapacidade é um dos resultados da deficiência, incluindo restrição da habilidade para desempenhar atividades cotidianas, afetando a qualidade de vida do sujeito (AMIRALIAN *et al.*, 2000).

Os conceitos de incapacidade e desvantagem estão relacionados com os estereótipos e com a falta de acessibilidade ainda presentes na sociedade brasileira. A forma como a sociedade foi estruturada, para favorecer a hegemonia de um padrão considerado ideal, pode ser limitante e apresentar grande potencial de impactar negativamente na percepção dos indivíduos com deficiência, envolvendo situações cotidianas (MISSEL; COSTA; SANFELICE, 2017).

Na área da saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PNSPPD) instituída em 2002, hoje denominada Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPcD), tem como diretrizes a promoção da qualidade de vida, assistência

integral, prevenção de deficiências, ampliação dos mecanismos de informação, organização e funcionamento dos serviços de atenção à PcD e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2002). Em 2012 foi implantada a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCSPcD) no âmbito do SUS, com a proposta de organizar os serviços de referência na atenção básica, especializada, hospitalar, urgência e emergência, e assim qualificar o atendimento e expandir serviços voltados aos PcD (BRASIL, 2012). Por fim, em 2015 foi publicada a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) (BRASIL, 2015), a LBI passou a ser um dos principais marcos legislativos para a proteção dos direitos das PcD no país. Ela possui 127 artigos e quase trezentos novos dispositivos que, juntos, alteram o tratamento jurídico da questão da deficiência no país ancorado, agora, no arcabouço dos direitos humanos. O texto da LBI traz a questão das barreiras como uma inovação para fins de reconhecimento e qualificação da deficiência como restrição de participação social (BRASIL, 2015).

Apesar dos avanços na elaboração das políticas dirigida às PcD, ainda existem barreiras físicas e de deslocamento impedindo o acolhimento e acesso, tais como: distância do serviço de saúde; escadas; ruas acidentadas e falta de meio de transporte; falta de rede de apoio, tanto familiar quanto especializada; metodologia utilizada no diálogo entre o profissional de saúde e o paciente, que, dependendo da deficiência pode ser um empecilho na compreensão das informações.

Nesse contexto, a questão norteadora da pesquisa foi: qual a percepção das pessoas com deficiência sobre a qualidade do acolhimento prestado em serviços de saúde públicos e/ou privados brasileiros?

Uma revisão integrativa realizada por Gondim e Vieira (2022), tendo como objetivo identificar a percepção das PcD sobre a acessibilidade e acolhimento nos serviços de saúde, identificou que algumas barreiras apresentam capacidade de prejudicar a qualidade dos serviços prestados na visão dos usuários. As principais barreiras de acesso apontadas pelos estudos foram a geográfica, englobando aspectos como a distância, tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços; e os custos da viagem, dentre outras variáveis relacionadas; e sócio-organizacional, que incluem características que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços, como por exemplo, a qualificação profissional e a abertura para desenvolvimento de um ambiente mais inclusivo. Ademais, os estudos também apontaram que as características do próprio serviço, como demora no atendimento, problemas com estacionamento, falta de rampas, elevadores, cadeiras de rodas, sanitários adaptados e médicos, também influenciam na qualidade da acessibilidade das PcD.

O que mais chamou a atenção nos resultados do estudo citado foi que apesar de 6 dos 13 artigos analisados serem de natureza quantitativa, nenhum deles apresentou uma escala que abordasse o tema satisfação dos deficientes com a qualidade dos serviços de saúde. Para viabilizar a pesquisa foi necessário desenvolver uma escala, denominada aqui de Escala de Satisfação de PcD com o Acolhimento nos Serviços de Saúde.

Acredita-se que um sistema de saúde seja efetivo só se faz através do acesso equitativo aos serviços, com quantidade e qualidade satisfatórias, buscando a Resolubilidade, por meio de avaliações periódicas do serviço de saúde prestado. Nesse contexto, a percepção do usuário passou a ganhar relevância nos planejamentos governamentais como medida de avaliação da qualidade dos cuidados em saúde (GOUVEIA *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2009).

A satisfação do usuário é uma noção psicológica que pode ser estudada no contexto da experiência global do usuário, em um ambiente de saúde, após sua experiência com o serviço, e pode ser usada tanto como uma medida de avaliação geral da qualidade, quanto do desempenho do serviço prestado (PRIPORAS; LASPA; KAMEIDOU, 2008; MOINAZ *et al.*, 2015).

O objetivo desta pesquisa foi descrever a satisfação com o acolhimento de PcD matriculadas na UFMG e atendidas pelo Núcleo de Acessibilidade e Inclusão (NAI), em relação

aos serviços de saúde públicos e/ou privados. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo e-survey.

Do ponto de vista teórico, a contribuição deste estudo foi preencher uma lacuna e propor uma escala para a realização de estudos de natureza quantitativa. Do ponto de vista prático, entende-se que os resultados da pesquisa podem fornecer informações necessárias aos gestores dos serviços de saúde, públicos e privados, para que desenvolvam ações de promoção da inclusão de PcD, eliminando barreiras e melhorando o acesso desses usuários.

REFERENCIAL TEÓRICO

Evolução da Compreensão da Deficiência pelas Sociedades

Ao longo da história os povos nômades não tinham condições de levar indivíduos com necessidades especiais e corpos considerados frágeis, sendo assim as PcD eram abandonadas. Com o passar do tempo, na Grécia Antiga, a cidade de Esparta não aceitava indivíduos com anomalias, alegando que eram subumanas, resultando em controle dos descendentes, em que os pais apresentavam as crianças aos magistrados, para posterior eliminação. Filósofos como Platão e Aristóteles, apoiaram essa ideia, de matar descendentes defeituosos ou deixá-los para serem criados por Plebeus, mantendo esse posicionamento na Lei das Doze Tábuas e em Cícero e Sêneca. Na bíblia a deficiência também aparece como algo negativo, relacionado ao pecado e ao castigo divino (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Em 1260, na França, foi criado o primeiro centro para cuidados e tratamentos de cegos, visando auxiliar 300 soldados que foram feridos nas cruzadas, representando um marco para a promoção da acessibilidade. No Brasil, em 1854, Dom Pedro II promulgou o Decreto Imperial 1.428/1854, criando o Instituto dos Meninos Cegos, para atender crianças deficientes que residiam nas ruas (RIBEIRO *et al.*, 2019).

A deficiência foi marcada e caracterizada de formas diferentes, de acordo com a cultura de cada local e com o período de tempo específico. Entretanto, frequentemente causando estranhamento e julgamento, na cultura Ocidental PcD, na maioria das vezes foram consideradas inválidas e anormais, com intensificação desse processo por influência do capitalismo, que observa o corpo como meio de produção (GAUDENZ; ORTEGA, 2016)

Apenas no século XX o direito de PcD começou a ser questionado de forma mais concisa. Entretanto, ocorreram marcos importantes, como o crescimento do pensamento de Eugenia, que começou a ser fortemente discutido na Alemanha durante a Segunda Guerra mundial, caracterizada pelo nazismo, inclusive com a denominação de raça inferior e esterilização compulsória, visando eliminar doenças consideradas hereditárias como doença mental congênita, esquizofrenia, mania, cegueira, surdez e malformações físicas severas (RIBEIRO *et al.*, 2019). No meio do século XX, com a observação dos acontecimentos, se iniciou a construção da Declaração Universal dos Direitos Humanos e, mais no final do século, ocorreu a promulgação da Constituição brasileira de 1988, denominada constituição cidadã, por seu caráter humanitário. Essa evolução de Direitos, foi baseada na luta e na reivindicação popular (FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011).

Desta forma, o tabu em torno da deficiência e da capacidade dos indivíduos, é algo que acontece a muito tempo, com a construção de estigmas enraizados. Durante um longo período e ainda hoje, mesmo que de forma menos intensa, esses sujeitos eram segregados e privados do convívio social. Sendo assim, questões como acessibilidade e inclusão são recentes, gerando estranhamento (SANTOS, 2008).

Na atualidade, leis, como a de cotas, Lei Nº 12.711, vem auxiliando na maior presença de PcD em instituições. Desta forma, estão ocupando o espaço e exercendo o direito de ter acesso a esses ambientes (BRASIL, 2012). Como todas as áreas, o setor da saúde está em

processo de construção, visando atender esses sujeitos que estão inseridos no convívio social, tornando o contexto mais acessível e colocando em prática a integração em diversos cenários.

Em relação à inserção de PcD na sociedade, a qualificação dos profissionais e adaptação de estruturas é muito importante. Entretanto, os cursos de graduação e pós graduação estão buscando introduzir o tema e destacar a importância (RODRIGUES; PASSERINO, 2018).

Modelos de Abordagem da Deficiência

Modelo biomédico

Apesar da exclusão de PcD não ser algo recente, o capitalismo intensificou esse processo, pois tem o intuito de utilizar o corpo como ferramenta para produção, normalmente visando gerar lucro. Sendo assim, focando na mão de obra proletária, a sociedade foi estruturada de forma a invisibilizar corpos considerados mais frágeis e com necessidades especiais (CUNHA, 2021).

Com essa perspectiva, do corpo como meio de produção do capitalismo, ocorreu o crescimento do modelo biomédico da deficiência, que é encarado principalmente do ponto de vista patológico. Sendo assim, PcD são analisadas como doentes e segregadas do convívio social, isolando os sujeitos considerados diferentes e visando evitar o estranhamento social. Além do cenário, as famílias não tinham preparação para lidar com as deficiências e tinham uma certa vergonha da condição (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

O modelo biomédico ainda tem influência na sociedade atual, impactando na manutenção de alguns paradigmas, inclusive influenciando na mídia e no consumo de produtos. Desta forma, a principal intenção era corrigir a condição apresentada. Partindo desse pressuposto, as ações eram baseadas em homogeneização, com a conquista de uma aparência padrão, muitas vezes sem considerar a funcionalidade. Nesse contexto, a qualidade de vida é ignorada e ocorre a medicalização e intervenções cirúrgicas, muitas vezes excessivas (FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011; FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2010).

O modelo médico passou por evolução, partindo para o modelo processual, que começou a reconhecer o potencial do ambiente em causar e agravar doenças. Sendo assim, se iniciou o estudo mais aprofundado dos determinantes sociais de saúde, para entender a interferência do ambiente no adoecimento (CEBALLOS, 2015).

Modelo Social

A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi adotada pela Organização das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, com o intuito de promover o respeito e condições dignas para todos, principalmente após o momento histórico anterior, envolvendo a segunda guerra e movimentos nazifascistas em escala mundial. Durante esse momento, de analisar desigualdades entre os grupos sociais, começou a se pensar no direito de PcD. Apesar disso, no contexto Brasileiro, a sociedade demorou um pouco para colocar em prática as mudanças necessárias, por um período, mantendo o contexto assistencial voltado para institucionalização, com elevado custo para o sistema (FERNANDES; SHLESENER; MOSQUERA, 2011).

Entre os anos 1960 e 1970 surgiu o modelo social, fruto de reivindicação popular, principalmente de famílias de PcD, e no interesse em colocar em prática a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nesse processo, ocorreu uma transferência, as limitações passam a ser de responsabilidade do contexto social. Nesse período, surgiram movimentos importantes, como a luta antimanicomial, que é um marco na conquista de direitos e na visibilidade das deficiências (VAITSMAN, 1992; AUGUSTIN, 2012)

Mesmo com o intuito de adaptar o cenário, no primeiro momento a acessibilidade não ganhou o devido destaque, sendo assim faltavam ferramentas para a eliminação dos empecilhos, que se apresentam de várias formas, como barreiras metodológicas, barreiras atitudinais e barreiras estruturais (BONFIM, 2009; FRANÇA, 2013). Mas, nesse modelo, as famílias têm um papel crucial e o diálogo é constante, tanto para o empoderamento do sujeito quanto para o conhecimento da família.

Cenário Atual e Redes de Apoio

O cenário atual tem a influência dos modelos anteriores, passando por adaptações. Contudo, o modelo atual é caracterizado por ser biopsicossocial, levando em consideração a integralidade do sujeito, sendo assim, buscando uma abordagem mais completa, principalmente com a Humanização, que é uma das bases do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, cada vez mais, o SUS planeja ações que tragam PcD para dentro do serviço, expandindo a inclusão (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Em 2003, considerando a necessidade de adaptação do SUS, o Ministério da Saúde deu início ao Plano Nacional de Humanização (PNH), também conhecido como Política de Humanização da Atenção da Gestão em Saúde no SUS (HumanizaSUS). Sendo esse um processo importante, pois a humanização passou a ser caracterizada como uma política, deixando o status de programa e ganhando uma nova proporção, envolvendo a definição de princípios norteadores e o estabelecimento de uma relação sólida, com diálogo entre os diversos pontos da rede SUS (SIMÕES *et al.*, 2017).

Com a efetivação do Humaniza SUS, o Ministério da Saúde tem o interesse de consolidar quatro marcas: redução das filas e tempo de espera; conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e garantia de gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (SIMÕES *et al.*, 2017). Levando em consideração essas quatro marcas, se originou o matriciamento, construindo uma prática cooperativa entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) e as referências de apoio, setoriais e intersetoriais. Além de contemplar o princípio da Integralidade, essa prática aproxima equipe e usuários, fortalecendo o compromisso dos profissionais e reduzindo barreiras de comunicação (MOIMAZ *et al.*, 2010).

As demandas da ESF necessitam de muitos recursos materiais, como instrumentos, infraestrutura e profissionais, e recursos imateriais, como técnicas, gestão, saberes e ética. Desta forma, a ESF, de acordo com a Portaria nº 648 /2006, conta com uma equipe mínima, constituída pelo médico, pelo enfermeiro, pelo agente comunitário de saúde e, em alguns casos, pelo odontólogo (BRASIL, 2006; MOIMAZ *et al.*, 2010).

Apesar dessa equipe, as demandas da APS são diversas, exigindo muita atenção por parte dos profissionais envolvidos. Por esse motivo, em 2008, pela Portaria GM/ MS nº 154 / 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem o intuito de impactar na resolutividade da ESF, servindo como uma equipe de apoio especializado, de acordo com demandas específicas do território. A partir dessa perspectiva e considerando a lógica do matriciamento, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados na Portaria Nº 3.088/2001, passaram a integrar a APS na composição da rede de co-responsabilidade do trabalho, juntamente com a ESF e o NASF (BRASIL, 2001; BRASIL, 2008; MOIMAZ *et al.*, 2010).

Em 2011 foi instituído o decreto nº 7612, que apresentou o Plano Viver Sem Limites. Desde então, se iniciou uma política pública intersetorial, visando assegurar a integralidade e a efetividade no processo de inclusão de PcD. Nessa linha de pensamento, de consolidar a

integralidade no cuidado de PcD, foi instituída a Portaria GM/MS nº 793/2012, regulamentando a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Essa Rede de apoio se mostra importante para integralidade do cuidado, com potencial de atender demandas de forma específica e promover o compartilhamento de questões e relatos similares (HOLANDA *et al.*, 2015). O cuidado centrado no paciente envolve a integralidade no cuidado, dessa forma as redes são articuladas com os níveis de atenção do cuidado, requerendo empatia, atenção e capacitação dos profissionais, para exercer a escuta ativa das demandas específicas e fazer o encaminhamento correto (MOTA, 2004).

Acolhimento e acessibilidade

As PcD sempre foram objeto de exclusão da sociedade, de segregação e mesmo de abusos. Este grupo refere uma maior dificuldade em conseguir solucionar os problemas de saúde em comparação a pessoas sem deficiência, bem como o acesso aos serviços de saúde se torna mais difícil (CONDESSA *et al.*, 2020).

A acessibilidade é um direito essencial na vida das PcD, possibilita a construção de valores sociais e individuais, permite interação com o meio, viabiliza a comunicação com o mundo, elimina obstáculos. A falta de acessibilidade ocasiona muitas vezes perturbações de estima e comportamento, que contribui para a exclusão social, impossibilitando o exercício da cidadania (PEREIRA *et al.*, 2011).

As barreiras de acesso aos serviços de saúde foram impostas a essas pessoas, estas podem ser classificadas em barreiras arquitetônicas, barreiras metodológicas, barreiras comunicacionais e barreiras atitudinais. Tais barreiras não comprometem o acesso exclusivamente das PcD, mas tendem a ser mais graves para essa parcela da população (MARQUES *et al.*, 2018).

Diante deste contexto, de busca pela consolidação da inclusão, existem questões sociais, dentro de uma mesma região, que tornam alguns locais mais preparados para colocar a acessibilidade em prática, inclusive apresentando condições financeiras mais favoráveis (CONDESSA *et al.*, 2020).

Em alguns locais o acesso é dificultado por questões urbanas, como ausência de meios de transporte, estrutura das ruas e calçadas que possuem obstáculos, não há passagens niveladas, que se tornam um dificultador da assiduidade e continuação do tratamento, interferindo na percepção do acolhimento e do atendimento (VASCONCELOS *et al.*, 2008).

Visando melhorar a acessibilidade e inclusão dos deficientes na sociedade, dentro do perfil sociodemográfico da população é importante que as políticas e planejamento de ações, considerem os determinantes sociais de saúde (DSS), que de acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que têm potencial de influenciar na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

METODOLOGIA

A pesquisa se caracteriza por ser de campo e descritiva, com uso do método *survey*, consistindo no levantamento e análise de dados, baseado nas características e opiniões de grupos específicos (PONTO, 2015).

A população do estudo foi composta por 741 alunos com deficiência, cadastrados no Núcleo de Acessibilidade e Inclusão da Universidade Federal de Minas Gerais (NAI-UFGM). O NAI dá suporte para alunos com deficiência e visa promover a inclusão e permanência desses alunos no ensino superior, buscando auxiliar no processo de torná-los capacitados para ingressar no mercado de trabalho. Sendo assim, dentre as funções, esse núcleo realiza a

produção de materiais acessíveis e conta com bolsistas, que trabalham com as demandas dos alunos com deficiência no cotidiano, sempre com o acompanhamento dos técnicos.

Como critérios de inclusão somente os alunos com mais 18 anos foram convidados a preencher o questionário. Foram excluídos os alunos que na época da pesquisa não tinham acesso à internet.

O questionário utilizado para a coleta de dados foi inserido em formulário elaborado no *Google Forms*, e disponibilizado através de um *link* gerado pela ferramenta, para acesso ao instrumento e inserção das respostas. O serviço é gratuito e não gerou custos para a pesquisa.

O instrumento era composto por três blocos. O primeiro apresentava perguntas introdutórias. Solicita-se ao respondente que identifique o(s) tipo(s) de deficiência: física, auditiva, visual, mental, neuroatípico, múltipla. A segunda questão indagava sobre a origem da deficiência: congênita ou adquirida. A terceira tinha plano de saúde. A quarta indagava sobre qual tipo de serviço recorre primeiramente: público (SUS), plano de saúde ou serviços pagos.

O segundo bloco dizia respeito a satisfação com a qualidade dos serviços de saúde e, portanto, com o acolhimento, e para isso faz uso da Escala do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de totalmente ‘muito ruim’ (1) a ‘excelente’ (5) (LUCIAN; DORNELAS, 2015; FIALHO *et al.*, 2015). A escala foi denominada Satisfação de PcD com os Serviços de Saúde (SPDSS). O último bloco continha questões sociodemográficas.

O NAI/UFMG consentiu com o estudo e enviou por *mailing list*, na forma de lista oculta, uma mensagem para todos os alunos cadastrados no seu sistema, convidando-os a participarem da pesquisa. O convite para a participação na pesquisa foi encaminhado três vezes, com intervalo de 15 dias, mas infelizmente obteve-se apenas 48 respostas, ou seja, 6,47% da população, o que impediu a validação estatística da escala, conforme desejado.

O baixo índice de respostas é uma das desvantagens potenciais de pesquisas eletrônicas, segundo Gonçalves (2008).

A pesquisa foi submetida a aprovação pelo Comitê de Ética da UFMG, sob o CAAE: 57776122.5.0000.5149. Todos os respondentes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), eletrônico, garantindo-se que a participação fosse livre, espontânea e anônima, em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que rege os princípios da ética em pesquisa, e ao Ofício circular número 2/2021/CONEP/SECNC/MS de 24 de fevereiro de 2021.

As questões foram analisadas através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), calculando-se média, mediana, desvio padrão, erro padrão e intervalo de confiança, sendo também realizadas as validações para garantir a linearidade, confiabilidade, validade convergente e dimensionalidade dos construtos. Para a formatação e apresentação do relatório final foi utilizado como apoio o *software Microsoft Excel*.

Procedimentos para validação dos dados

Após os dados coletados por meio do questionário, iniciou-se o processo de análise utilizando-se o programa estatístico SPSS. Foram adotados procedimentos para análise de linearidade dos dados, onde um coeficiente de correlação significativo em nível de 5% foi empregado como indicativo da existência de linearidade. Buscando-se verificar a linearidade dos dados foram analisadas as correlações das variáveis par a par, valores-p menores que 0,05 também indicam que existem evidências significativas do ajuste linear dentro dos construtos, razão pela qual para verificar a linearidade em cada construto também foi realizado o teste de Bartlett (MINGOTI, 2005).

Através da análise fatorial exploratória (AFE) avaliou-se a dimensionalidade dos construtos, principalmente com o objetivo de verificar a necessidade de exclusão de algum item que não estivesse contribuindo com a compreensão dos construtos. O critério *acceleration*

factor (AF) também foi empregado. Por meio desse teste estatístico é possível averiguar o número de dimensões apropriadas, fazendo um teste objetivo sobre o critério do *screeplot*, e apontando o número de fatores que explica uma parcela não aleatória dos autovalores do conjunto de dados (RAÏCHE *et al.*, 2013). Desse modo tomou-se como critério de adequação da escala (HAIR *et al.*, 2010) a manutenção somente dos itens com carga fatorial superior a 0,50, visto que teriam limitada contribuição para representar o conceito de interesse, nesse estudo não foi necessário realizar a exclusão de nenhum dos construtos.

A qualidade de mensuração dos fatores extraídos da AFE foi avaliada por meio da validade convergente e confiabilidade. Para verificar a confiabilidade dos construtos foram utilizados os indicadores Alfa de Cronbach (AC) e confiabilidade composta (CC) (MARCOULIDES; CHI; SAUNDERS, 2009). Esses indicadores são usados para avaliar se a amostra está livre de vieses e se as respostas são confiáveis, para isso eles devem apresentar valores acima de 0,70 para a confiabilidade do construto, e valores acima de 0,60 no caso de Alfa de Cronbach (AC) (TENENHAU; ESPOSITO; YVES-MARIECHATLIN, 2005). A validação convergente, por sua vez, avalia o grau em que duas medidas do mesmo conceito estão correlacionadas. Para avaliar se a utilização da AVE era adequada aos dados da pesquisa, ou seja, se a validade era convergente, foi utilizada a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin – KMO, verificando-se a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis. Os valores dessa medida variam entre 0 e 1, e a utilização da AFE é adequada aos dados quando o KMO for maior ou igual 0,50, sendo que quanto mais próximo de 1 mais apropriada é a amostra à aplicação da AFE.

Empregou-se também a variância média extraída conhecida como AVE (*Average Variance Extracted*), que representa o percentual médio de variância compartilhada entre o construto latente e seus 8 itens (FORNELL; LARCKER, 1981). Pode-se adotar como critério de validade convergente valores de AVE acima de 50% ou 40% no caso de pesquisas exploratórias, apontando uma porção dos dados (nas respectivas variáveis) que é explicada por cada um dos constructos (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994).

Em síntese, os construtos apresentaram uma validação convergente, pois a AVE foi de 0,61, superior a 0,40. Como também apresentaram Alfa de Cronbach (AC) 0,90 e Confiabilidade Composta (CC) de 0,92, acima de 0,60, atendendo aos níveis exigidos de confiabilidade. Como também se observou, KMO é de 0,78, sendo maior a 0,50 e as cargas fatoriais foram superiores a 0,50 em todas as variáveis.

Para os construtos de segunda ordem também foi avaliada a validade discriminante através do critério de Fornell e Larcker (1981), que garante a validade discriminante quando a AVE de um construto for maior que a variância compartilhada desse construto com os demais. Por fim, para realizar a análise descritiva dos construtos da escala foram utilizadas média e desvio padrão, além do método *Bootstrap*. Que permite estimar um intervalo de confiança para os construtos, por meio da aplicação de técnicas de *Bootstrap*, estimando suas distribuições amostrais (FORNELL; LARCKER, 1981).

RESULTADOS

Dos 48 alunos que participaram da pesquisa, 31% possuíam deficiência física, 29% (14) condição neuroatípica, 17% deficiência visual, 8% deficiência mental, 8% deficiência múltipla, e 6% deficiência auditiva. Sobre a origem, 75% eram congênicas e 25% adquiridas.

Com relação ao gênero 50% correspondiam ao sexo feminino, 42% ao sexo masculino e 8% preferiram não se declarar. Os alunos com idade de 20 a 29 anos correspondiam a 48%, seguidos de 23% com 30 a 39 anos, 13% com menos de 20 anos, 10% com 40 a 49 anos, e 6% dos alunos com mais de 60 anos. A maioria dos estudantes eram solteiros (85%). A maioria não possuía filhos 85%. A renda da família menor que R\$ 2.090,01 foi a que mais se destacou dentro

da amostra, com 38%, seguida de 29% com renda entre R\$ 2.090,01 e R\$ 4.180,00, 25% entre R\$ 4.180,00 e R\$ 10.450,00, por último 8% com R\$ 10.450,00 e R\$ 20.900,00.

A maioria (79%) dos alunos não realizava serviço remunerado. Quanto ao local da residência 35% possuíam casa própria, 25% residiam em apartamento alugado, 23% em casa alugada, 10% em apartamento alugado e 6% utilizavam a moradia estudantil da UFMG.

Dos respondentes 56% possuíam plano de saúde, e quando necessitavam de atendimento em saúde 50% recorriam primeiramente ao SUS, 44% buscavam os planos de saúde e 6% pagavam pelo serviço no momento da utilização.

A Tabela 1 apresenta a estatística descritiva da Escala de Satisfação de PcD com os Serviços de Saúde (SPDSS)

Tabela 1 - Média, Desvio Padrão e Intervalo de Confiança da Escala de Satisfação de PcD com os Serviços de Saúde (SPDSS), respondida por alunos com deficiência matriculados na UFMG e atendidos pelo NAI.

Constructos	Média	D.P.	I.C. - 95%
1. Como você avalia a qualidade dos serviços de saúde públicos utilizados	2,88	0,76	[2,63; 3,13]
2. Como você avalia a qualidade dos serviços de saúde privados utilizados	3,23	1,00	[2,97; 3,73]
3. Como você avalia o nível de qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços públicos	2,83	0,95	[2,43; 3]
4. Como você avalia o nível de qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços privados	2,95	1,09	[2,7; 3,43]
5. Como você avalia o nível de qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo (recepção e outros) dos serviços públicos	2,78	1,03	[2,23; 2,9]
6. Como você avalia o nível de qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo (recepção e outros) dos serviços privados	3,13	0,98	[2,63; 3,33]
7. Como você avalia o nível de qualificação e preparo dos profissionais de segurança (porteiro e outros) dos serviços públicos	3,16	1,08	[2,63; 3,37]
8. Como você avalia o nível de qualificação e preparo dos profissionais de segurança (porteiro e outros) dos serviços privados	3,16	1,00	[2,73; 3,47]

Fonte: Elaborado pelos autores.

Cinco constructos tiveram média abaixo de 3 pontos e nenhum deles teve média igual ou acima de 4 pontos, indicando insatisfação ou não insatisfação com a qualidade dos serviços prestados, considerados ruins ou no máximo bons. Vale ressaltar que a escala likert estava fixada entre 1 e 5, sendo que intervalos menores que 3 (ponto médio do intervalo) evidenciam 'negatividade' quanto ao item, enquanto intervalos maiores que 3 indicam 'positividade', e intervalos que contêm o 3 não evidenciam 'negatividade' nem 'positividade'.

A média mais baixa diz respeito à questão que aborda a qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo (recepção e outros) dos serviços públicos para lidarem com PcD (2,78), seguida da questão que indaga sobre a qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços públicos para lidarem com PcD (2,83), e da avaliação geral sobre a qualidade dos serviços de saúde públicos utilizados (2,88). As questões que tratam da avaliação da satisfação com os serviços de saúde prestados por organizações privadas receberam médias um pouco mais elevadas.

A média mais elevada (3,16) ficou com as questões que solicitam avaliação do nível de qualificação e preparo dos profissionais de segurança (porteiro e outros) dos serviços públicos e privados.

As análises da correlação entre a percepção da qualidade dos serviços de saúde e o tipo de deficiência (Tabela 2), revela que apenas duas questões apresentaram um valor de p significativo.

Tabela 2 - Correlação entre a percepção da qualidade dos serviços de saúde e o tipo de deficiência, segundo os alunos com deficiência matriculados na UFMG e atendidos pelo NAI.

Constructos	Tipo de deficiência	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p
1. Qualidade dos serviços de saúde públicos	1 - Deficiência Múltipla	4	2,00	0,41	1,50	2,00	2,50	0,062
	2 - Neuroatípico	14	2,67	0,19	2,50	3,00	3,00	
	3 - Deficiência física	15	3,07	0,16	3,00	3,00	3,00	
	4 - Deficiência visual	8	3,38	0,32	3,00	3,00	4,00	
	5 - Deficiência auditiva	3	2,50	0,50	2,00	2,50	3,00	
	6 - Deficiência mental	4	3,00	0,00	3,00	3,00	3,00	
2. Qualidade dos serviços de saúde privados	1 - Deficiência Múltipla	4	1,75	0,48	1,00	1,50	2,50	0,016
	2 - Neuroatípico	14	3,15	0,30	3,00	3,00	4,00	
	3 - Deficiência física	15	3,15	0,19	3,00	3,00	4,00	
	4 - Deficiência visual	8	4,14	0,26	4,00	4,00	5,00	
	5 - Deficiência auditiva	3	3,33	0,33	3,00	3,00	4,00	
	6 - Deficiência mental	4	3,67	0,33	3,00	4,00	4,00	
3. Qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços públicos	1 - Deficiência Múltipla	4	3,00	0,58	2,00	3,00	4,00	0,578
	2 - Neuroatípico	14	2,36	0,31	1,00	3,00	3,00	
	3 - Deficiência física	15	3,00	0,30	2,00	3,00	4,00	
	4 - Deficiência visual	8	3,13	0,23	3,00	3,00	3,50	
	5 - Deficiência auditiva	3	2,50	0,50	2,00	2,50	3,00	
	6 - Deficiência mental	4	3,00	0,00	3,00	3,00	3,00	
4. Qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços privados	1 - Deficiência Múltipla	4	2,00	0,41	1,50	2,00	2,50	0,044
	2 - Neuroatípico	14	2,69	0,29	2,00	3,00	3,00	
	3 - Deficiência física	15	2,70	0,30	2,00	3,00	3,00	
	4 - Deficiência visual	8	4,00	0,31	3,00	4,00	5,00	
	5 - Deficiência auditiva	3	3,33	0,88	2,00	3,00	5,00	
	6 - Deficiência mental	4	3,33	0,33	3,00	3,00	4,00	
5. Qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo (recepção e outros) dos serviços públicos	1 - Deficiência Múltipla	4	3,00	0,71	2,00	2,50	4,00	0,235
	2 - Neuroatípico	14	2,25	0,28	2,00	2,00	2,50	
	3 - Deficiência física	15	3,27	0,24	3,00	3,00	4,00	
	4 - Deficiência visual	8	2,75	0,41	2,00	3,00	3,00	
	5 - Deficiência auditiva	3	3,00	1,00	2,00	3,00	4,00	
	6 - Deficiência mental	4	2,67	0,33	2,00	3,00	3,00	
6. Qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo (recepção e outros) dos serviços privados	1 - Deficiência Múltipla	4	2,67	0,67	2,00	2,00	4,00	0,826
	2 - Neuroatípico	14	3,00	0,32	2,00	3,00	4,00	
	3 - Deficiência física	15	3,00	0,29	2,00	3,00	4,00	
	4 - Deficiência visual	8	3,50	0,38	3,00	3,00	4,50	
	5 - Deficiência auditiva	3	3,33	0,33	3,00	3,00	4,00	
	6 - Deficiência mental	4	3,33	0,33	3,00	3,00	4,00	
7. Qualificação e preparo dos profissionais de segurança (porteiro e outros) dos serviços públicos	1 - Deficiência Múltipla	4	3,25	0,75	2,00	3,00	4,50	0,907
	2 - Neuroatípico	14	3,00	0,38	2,00	3,00	4,00	
	3 - Deficiência física	15	3,45	0,31	3,00	3,00	4,00	
	4 - Deficiência visual	8	2,88	0,35	2,50	3,00	3,50	
	5 - Deficiência auditiva	3	3,50	0,50	3,00	3,50	4,00	
	6 - Deficiência mental	4	3,00	0,00	3,00	3,00	3,00	
8. Qualificação e preparo dos profissionais de segurança (porteiro e outros) dos serviços privados	1 - Deficiência Múltipla	4	3,25	0,75	2,00	3,00	4,50	0,992
	2 - Neuroatípico	14	3,25	0,33	3,00	3,00	4,00	
	3 - Deficiência física	15	3,11	0,26	3,00	3,00	4,00	
	4 - Deficiência visual	8	3,00	0,42	2,50	3,00	3,50	
	5 - Deficiência auditiva	3	3,33	0,33	3,00	3,00	4,00	
	6 - Deficiência mental	4	3,00	0,00	3,00	3,00	3,00	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: ¹Kruskal-Wallis.

Pode-se afirmar, portanto, que entre as pessoas com deficiência múltipla a percepção da qualidade dos serviços de saúde privados é mais baixa (valor-p = 0,016). E a percepção quanto a qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços privados, entre as pessoas com deficiência múltipla e as pessoas neuroatípicas (valor-p = 0,044), também foi mais baixa.

O estudo apontou também que os estudantes com deficiência visual tendem a apresentar uma percepção mais positiva da qualidade dos serviços em todos os constructos, com exceção apenas para qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo e de segurança dos serviços públicos. No entanto, as pessoas com deficiência múltipla têm uma percepção de que tanto a qualidade dos serviços de saúde quanto a qualificação dos profissionais de saúde dos serviços privados carecem de qualidade.

Outra constatação é que estudantes com múltiplas deficiências tendem a apresentar uma percepção mais negativa da qualidade dos serviços de saúde em quase todos os constructos, com exceção para qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços privados, e dos profissionais de nível administrativo e de segurança dos serviços públicos e privados.

A Tabela 3 apresenta a correlação entre a percepção da qualidade dos serviços de saúde e a origem da deficiência, se adquirida ou congênita.

Tabela 3 - Correlações entre a percepção da qualidade dos serviços de saúde e a origem da deficiência (adquirida ou congênita), para alunos com deficiência matriculados na UFMG e atendidos pelo NAI.

Constructos	Origem da deficiência	N	Média	E.P.	1° Q.	2° Q.	3° Q.	Valor-p
Qualidade dos serviços de saúde públicos	1 - Adquirida	12	2,45	0,25	2,00	2,00	3,00	0,045
	2 - Congênita	36	3,03	0,12	3,00	3,00	3,00	
Qualidade dos serviços de saúde privados	1 - Adquirida	12	2,70	0,40	2,00	3,00	3,00	0,082
	2 - Congênita	36	3,39	0,15	3,00	3,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços públicos	1 - Adquirida	12	2,55	0,28	2,00	2,00	3,00	0,226
	2 - Congênita	36	2,93	0,17	3,00	3,00	3,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços privados	1 - Adquirida	12	2,70	0,47	2,00	2,00	4,00	0,331
	2 - Congênita	36	3,03	0,17	3,00	3,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo dos serviços públicos	1 - Adquirida	12	2,60	0,37	2,00	2,00	3,00	0,450
	2 - Congênita	36	2,83	0,18	2,00	3,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo dos serviços privados	1 - Adquirida	12	3,00	0,37	2,00	3,00	4,00	0,588
	2 - Congênita	36	3,17	0,17	3,00	3,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de segurança dos serviços públicos	1 - Adquirida	12	2,80	0,39	2,00	2,50	4,00	0,218
	2 - Congênita	36	3,29	0,19	3,00	3,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de segurança dos serviços privados	1 - Adquirida	12	2,89	0,48	2,00	2,00	4,00	0,293
	2 - Congênita	36	3,24	0,15	3,00	3,00	4,00	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: ¹Kruskal-Wallis.

Houve diferença significativa (valor-p = 0,045) com relação à origem da deficiência e a avaliação da qualidade dos serviços de saúde públicos. Pessoas que têm deficiência congênita apresentam uma avaliação mais positiva da qualidade dos serviços e avaliação mais positiva do que pessoas com deficiência adquirida.

A Tabela 4 apresenta a análise da correlação entre a percepção de qualidade dos serviços de saúde e o tipo de atendimento que as PcD recorrem primeiramente.

Tabela 4 - Correlações entre a percepção de qualidade dos serviços de saúde e ao tipo de atendimento que alunos com deficiência matriculados na UFMG e atendidos pelo NAI recorrem primeiramente.

Constructos	Quando busca atendimento em saúde qual tipo de serviço você recorre primeiramente?	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p
Qualidade dos serviços de saúde públicos	1 - Serviço de saúde público (SUS)	24	3,08	0,13	3,00	3,00	3,00	0,149
	2 - Plano de saúde	21	2,71	0,19	2,00	3,00	3,00	
	3 - Serviços pagos no momento da utilização	3	2,00	1,00	1,00	2,00	3,00	
Qualidade dos serviços de saúde privados	1 - Serviço de saúde público (SUS)	24	3,47	0,21	3,00	4,00	4,00	0,269
	2 - Plano de saúde	21	3,14	0,21	3,00	3,00	4,00	
	3 - Serviços pagos no momento da utilização	3	2,33	0,88	1,00	2,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços públicos	1 - Serviço de saúde público (SUS)	24	2,96	0,19	3,00	3,00	3,00	0,173
	2 - Plano de saúde	21	2,59	0,23	2,00	3,00	3,00	
	3 - Serviços pagos no momento da utilização	3	4,00	.	4,00	4,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços privados	1 - Serviço de saúde público (SUS)	24	3,24	0,22	3,00	3,00	4,00	0,279
	2 - Plano de saúde	21	2,85	0,24	2,00	3,00	4,00	
	3 - Serviços pagos no momento da utilização	3	2,00	1,00	1,00	1,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo	1 - Serviço de saúde público (SUS)	24	3,05	0,18	2,00	3,00	4,00	0,003
	2 - Plano de saúde	21	2,19	0,23	2,00	2,00	2,50	
	3 - Serviços pagos no momento da utilização	3	4,50	0,50	4,00	4,50	5,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo	1 - Serviço de saúde público (SUS)	24	3,24	0,24	3,00	3,00	4,00	0,898
	2 - Plano de saúde	21	3,05	0,22	2,00	3,00	4,00	
	3 - Serviços pagos no momento da utilização	3	3,00	1,00	2,00	3,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de segurança dos serviços públicos	1 - Serviço de saúde público (SUS)	24	3,36	0,18	3,00	3,00	4,00	0,178
	2 - Plano de saúde	21	2,71	0,34	2,00	3,00	4,00	
	3 - Serviços pagos no momento da utilização	3	4,00	1,00	3,00	4,00	5,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de segurança dos serviços privados	1 - Serviço de saúde público (SUS)	24	3,22	0,19	3,00	3,00	4,00	0,477
	2 - Plano de saúde	21	3,00	0,27	2,00	3,00	4,00	
	3 - Serviços pagos no momento da utilização	3	4,00	1,00	3,00	4,00	5,00	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: ¹Kruskal-Wallis.

Houve diferença significativa (valor-p = 0,003) com ao tipo de serviço que recorre primeiramente e a avaliação da qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo (recepção e outros) dos serviços públicos, entre os indivíduos que recorreram primeiro ao plano de saúde a avaliação foi mais baixa.

A Tabela 5 apresenta a correlação entre a percepção de qualidade dos serviços de saúde e o fato de a pessoa com deficiência ter ou não plano de saúde.

Tabela 5 - Correlações entre a percepção de qualidade dos serviços de saúde e o fato de os alunos com deficiência matriculados na UFMG e atendidos pelo NAI.

Constructos	Possui plano de saúde?	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p
Qualidade dos serviços de saúde públicos	1 - Sim	27	2,74	0,14	2,00	3,00	3,00	0,163
	2 - Não	21	3,05	0,18	3,00	3,00	3,00	
Qualidade dos serviços de saúde privados	1 - Sim	27	3,15	0,18	3,00	3,00	4,00	0,441
	2 - Não	21	3,37	0,27	3,00	3,50	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços públicos	1 - Sim	27	2,70	0,20	2,00	3,00	3,00	0,371
	2 - Não	21	3,00	0,21	3,00	3,00	3,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços privados	1 - Sim	27	2,96	0,21	2,00	3,00	4,00	1,000
	2 - Não	21	2,93	0,30	2,00	3,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo	1 - Sim	27	2,45	0,22	2,00	2,00	3,00	0,034
	2 - Não	21	3,17	0,22	3,00	3,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo	1 - Sim	27	3,08	0,19	2,00	3,00	4,00	0,803
	2 - Não	21	3,23	0,28	3,00	3,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de segurança	1 - Sim	27	2,95	0,26	2,00	3,00	4,00	0,361
	2 - Não	21	3,39	0,23	3,00	3,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de segurança	1 - Sim	27	3,13	0,21	3,00	3,00	4,00	1,000
	2 - Não	21	3,21	0,26	3,00	3,00	4,00	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: ¹Kruskal-Wallis.

Houve diferença significativa (valor-p = 0,034) em relação a possuir plano e a avaliação da qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo (recepção e outros) dos serviços públicos. Entre as pessoas que não possuem plano de saúde a percepção de qualidade dos serviços de saúde foi maior.

A Tabela 6 apresenta a correlação entre a percepção de qualidade dos serviços de saúde e o fato de a PcD ter ou não plano de saúde.

Tabela 6 - Correlações entre a percepção de qualidade dos serviços de saúde e a renda mensal familiar dos alunos com deficiência matriculados na UFMG e atendidos pelo NAI.

Constructos	Renda mensal familiar	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p
Qualidade dos serviços de saúde públicos	1 - Menor que R\$ 2.090,01	18	3,11	0,16	3,00	3,00	3,00	0,158
	2 - Entre R\$ 2.090,01 e R\$ 4.180	14	3,00	0,17	3,00	3,00	3,00	
	3 - Entre R\$ 4.180 e R\$ 10.450,00	12	2,40	0,31	2,00	2,50	3,00	
	4 - Entre R\$ 10.450,01 e R\$ 20.900,00	4	2,67	0,33	2,00	3,00	3,00	
Qualidade dos serviços de saúde privados	1 - Menor que R\$ 2.090,01	18	3,47	0,27	3,00	4,00	4,00	0,029
	2 - Entre R\$ 2.090,01 e R\$ 4.180	14	3,54	0,22	3,00	4,00	4,00	
	3 - Entre R\$ 4.180 e R\$ 10.450,00	12	2,45	0,28	2,00	3,00	3,00	
	4 - Entre R\$ 10.450,01 e R\$ 20.900,00	4	3,50	0,29	3,00	3,50	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços públicos	1 - Menor que R\$ 2.090,01	18	2,88	0,21	3,00	3,00	3,00	0,752
	2 - Entre R\$ 2.090,01 e R\$ 4.180	14	2,73	0,30	2,00	3,00	4,00	
	3 - Entre R\$ 4.180 e R\$ 10.450,00	12	2,70	0,37	2,00	3,00	4,00	
	4 - Entre R\$ 10.450,01 e R\$ 20.900,00	4	3,33	0,33	3,00	3,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços privados	1 - Menor que R\$ 2.090,01	18	3,23	0,26	3,00	3,00	4,00	0,021
	2 - Entre R\$ 2.090,01 e R\$ 4.180	14	3,18	0,33	3,00	3,00	4,00	
	3 - Entre R\$ 4.180 e R\$ 10.450,00	12	2,17	0,27	1,50	2,00	3,00	
	4 - Entre R\$ 10.450,01 e R\$ 20.900,00	4	3,75	0,48	3,00	3,50	4,50	
	1 - Menor que R\$ 2.090,01	18	2,88	0,22	2,00	3,00	3,00	0,842

Qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativos dos serviços públicos	2 - Entre R\$ 2.090,01 e R\$ 4.180	14	2,80	0,33	2,00	3,00	4,00	
	3 - Entre R\$ 4.180 e R\$ 10.450,00	12	2,70	0,37	2,00	2,50	3,00	
	4 - Entre R\$ 10.450,01 e R\$ 20.900,00	4	2,33	0,88	1,00	2,00	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo dos serviços privados	1 - Menor que R\$ 2.090,01	18	3,15	0,30	2,00	3,00	4,00	0,635
	2 - Entre R\$ 2.090,01 e R\$ 4.180	14	3,25	0,25	3,00	3,00	4,00	
	3 - Entre R\$ 4.180 e R\$ 10.450,00	12	2,80	0,36	2,00	2,50	4,00	
	4 - Entre R\$ 10.450,01 e R\$ 20.900,00	4	3,50	0,29	3,00	3,50	4,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de segurança dos serviços públicos	1 - Menor que R\$ 2.090,01	18	3,29	0,22	3,00	3,00	4,00	0,110
	2 - Entre R\$ 2.090,01 e R\$ 4.180	14	3,40	0,31	3,00	3,50	4,00	
	3 - Entre R\$ 4.180 e R\$ 10.450,00	12	3,11	0,39	3,00	3,00	4,00	
	4 - Entre R\$ 10.450,01 e R\$ 20.900,00	4	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	
Qualificação e preparo dos profissionais de segurança (porteiro e outros) dos serviços privados	1 - Menor que R\$ 2.090,01	18	3,07	0,22	3,00	3,00	3,00	0,380
	2 - Entre R\$ 2.090,01 e R\$ 4.180	14	3,50	0,29	3,00	3,50	4,00	
	3 - Entre R\$ 4.180 e R\$ 10.450,00	12	3,11	0,39	3,00	3,00	4,00	
	4 - Entre R\$ 10.450,01 e R\$ 20.900,00	4	2,33	0,67	1,00	3,00	3,00	

Fonte: elaborado pelos autores.

Legenda: ¹Kruskal-Wallis.

Houve diferença significativa (valor-p = 0,021) entre a renda familiar e a avaliação da qualificação e preparo dos profissionais de saúde dos serviços privados. Entre os indivíduos com renda familiar entre R\$ 4.180,00 e R\$ 10.450,00 a avaliação foi menor.

ANÁLISE

De acordo com a Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, em seu Artigo 2.º, a saúde é um direito fundamental do ser humano [...]. No Parágrafo 1.º está escrito que é dever do Estado garantir a saúde e estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Apesar de o acesso aos serviços de saúde públicos serem um direito de todos os indivíduos, os serviços privados também são oferecidos para a população, o que gera uma divisão ou sobreposição no uso dos serviços. No presente estudo, as PcD declararam pertencer a classes econômicas baixas. A renda da família predominante informada foi menor que R\$ 2.090,01 (38%). Apesar disso, 56% possuíam plano de saúde e tinham acesso aos serviços tanto no setor público quanto no privado. Esse resultado é diferente de outros estudos (MOIMAZ *et al.*, 2015; MOIMAZ *et al.*, 2016) que indicaram que geralmente as classes mais baixas utilizam o serviço público com mais frequência.

Com relação ao sexo a maioria correspondia ao sexo feminino. O tipo de deficiência mais recorrente foi a física, seguida da condição neuroatípica. Sendo que a maioria da deficiência era de origem congênita.

A sociedade influencia os indivíduos a acreditarem que existe um padrão de corpo e que a deficiência é uma desvantagem social e um processo de opressão pelo corpo (SANTOS, 2008). Além disso, elas podem encontrar diversos desafios ao longo da vida, como a adaptação ao processo educacional e inserção na sociedade, tanto nas atividades da rotina de trabalho, quanto no âmbito do mercado de trabalho (ORTEGA *et al.*, 2019).

A vida de uma pessoa com deficiência é marcada por exclusões, iniciando na infância e ao longo da vida adulta, às vezes porque os pais têm dificuldade de lidar com a condição do filho, o que acarreta em sofrimentos que emergem cotidianamente a cada barreira encontrada no ambiente que eles percorrem. Ter a liberdade adentrar e usar sem barreiras desperta a sensação de estar vivendo uma vida mais saudável, o que melhora a imagem corporal e também

a autoestima. Portanto, a mudança do ambiente e do comportamento dos serviços se refletem nas relações de trabalho, na vida afetiva e social da PcD (NASCIMENTO, 2012; MARTINS *et al.*, 2016).

As pessoas neuroatípicas (ou atípicas) lidam com diferentes alterações relacionadas ao desenvolvimento neurológico. Pode ser considerada neuroatípica qualquer pessoa que tenha algum transtorno no funcionamento psíquico, como autismo, transtorno de coordenação do desenvolvimento, déficit de atenção ou hiperatividade (CARVALHO; FINAMORI, 2022). A tendência nas definições atuais de autismo é de o conceituá-lo como uma síndrome comportamental, de etiologias múltiplas, que compromete o processo de desenvolvimento. O autismo é o mais frequente entre os transtornos invasivos do desenvolvimento e um distúrbio bastante comum na população, apesar de sua prevalência ainda não estar definida, variando de 2 a 5 casos por 1.000 nascidos vivos (AMARAL; PORTILHO; MENDES, 2011; FURTADO; BRAYNER; SILVA, 2014). Indivíduos portadores do Transtorno do Espectro Autista apresentam necessidades em saúde específicas de sua condição. Existem dois subtipos de autismo, o de alto e de baixo rendimento ou funcionamento. O de baixo rendimento é o mais frequente e mais estudado, apresentando características comportamentais que dificultam o relacionamento do autista com familiares e/ou profissionais de saúde, o que dificulta o seu tratamento e acompanhamento (GARCIA; NASCIMENTO; PEREIRA, 2017).

O que os dados da presente pesquisa revelam é que os estudantes com deficiência, de maneira geral, não estão satisfeitos com a qualificação e preparo dos profissionais de nível administrativo, nem com a qualificação e preparo dos profissionais de saúde para lidarem com PcD, especialmente no setor público. As questões que tratam da avaliação da satisfação com os serviços de saúde prestados por organizações privadas receberam médias um pouco mais elevadas, mas também não apontam para uma situação de satisfação ou excelência.

A ambiência na saúde é fundamental no acolhimento. O espaço físico e as relações interpessoais são geradas com o objetivo de proporcionar uma relação acolhedora e humana. Ao chegar em um serviço de saúde, o indivíduo está em situação de vulnerabilidade, e a forma como é atendido irá influenciar na sua percepção de qualidade do serviço e na qualidade do relacionamento que será estabelecido com profissionais de saúde (MARQUES *et al.*, 2018; MEDEIROS *et al.*, 2010).

Os profissionais de saúde podem apresentar interesse em promover o acolhimento de PcD, mas a falta de estrutura física, a falta de capacitação e a sobrecarga de trabalho podem impactar negativamente no processo assistencial e relacional. Tanto os pacientes quanto os profissionais necessitam de treinamentos a fim de reduzir as barreiras e melhorar o vínculo criado entre os pacientes e equipe (CONDESSA *et al.*, 2020).

O presente estudo apontou também que os estudantes com deficiência visual tendem a apresentar uma percepção mais positiva da qualidade dos serviços em todos os construtos, especialmente os privados, enquanto, as PcD múltipla têm uma percepção de que tanto a qualidade dos serviços de saúde quanto a qualificação dos profissionais de saúde dos serviços privados carecem de qualidade.

Segundo Ortega *et al.* (2019), a deficiência visual acomete aproximadamente 6,5 milhões de pessoas no Brasil, sendo 582 mil cegas e seis milhões com baixa visão. Para Silveira *et al.* (2015) a expressão 'deficiência visual' se refere ao espectro que vai da cegueira total até a visão subnormal ou baixa visão, que é caracterizada pela alteração da capacidade funcional visual.

Como prestador de serviço, o profissional de saúde precisa realizar o acolhimento e o processo de escuta do paciente, a comunicação deve ser adaptada ao grau de entendimento de cada paciente, reconhecendo as diversidades, para realizar o melhor atendimento e conhecer o contexto social. A troca de informação deve servir para possibilitar escolhas, e o processo de

decisão deve respeitar a vontade do paciente de se envolver, tornando o paciente ativo e empoderado do seu próprio tratamento (SILVA, 2020; CASTRO, 2012).

A ausência do tema acesso e qualidade da atenção à saúde da pessoa com deficiência, no âmbito de todas as prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde, ilustra a invisibilidade dessa população. Mais invisíveis ainda são as PcD Múltipla que necessitam de apoio pervasivo, ou seja, constante e de alta intensidade (UNICEF, 2013).

Para Carneiro, Capellini e Zanata (2012), a sociedade é impregnada por elementos socioculturais diante da diferença, que explicam atitudes incoerentes entre o discurso e a prática e provocam enorme imprecisão no campo de operacionalização das políticas públicas e na forma de atuação social e profissional dos indivíduos.

Pesquisa realizada por Damiance (2016), de âmbito regional, que se desenvolveu em Associações de Pais e Amigos do Excepcional do estado de São Paulo, equipada com Unidade de Cuidados Diários ou unidade similar, nos municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde VI – Bauru, concluiu que o acesso da Pessoa com Deficiência Múltipla ao serviço de saúde bucal que possuem APAES, não é regular nem propicia o alcance dos melhores resultados possíveis para as demandas sociais e de saúde das pessoas assistidas. As principais barreiras de acesso, segundo a autora, são psicossociais e/ou culturais. Ou seja, pelas atitudes, comportamentos e reações dos pais e/ou responsáveis em relação ao profissional de saúde e as características dos serviços de saúde e vice-versa.

Dos resultados do presente estudo, destaca-se, ainda, que os alunos com deficiência adquirida tendem a apresentar uma percepção mais negativa da qualidade dos serviços de saúde em todos os constructos, do que aqueles com deficiência congênita. Isso nos faz supor que eles já tiveram uma experiência com os serviços de saúde enquanto ainda não apresentavam deficiências, e essa comparação do antes e do depois permite sentir com mais facilidade a mudança na forma de acolhimento e a falta de preparo dos diversos profissionais para lidarem com pacientes em novas condições.

Outro dado a ser destacado é que assim como encontrado o estudo de Priporas *et al.* (2008), em pesquisa desenvolvida na Grécia, os estudantes do presente estudo com maior renda familiar mostraram maior insatisfação com os serviços de saúde, em detrimento dos de classe social mais baixa, o que revela que eles são mais exigentes e cientes de seus direitos.

A resolubilidade dos serviços de saúde, públicos ou privados é uma maneira de avaliar o serviço. Quanto maior a resolubilidade de um serviço, mais voltado e preparado ele está para atender as necessidades da população (MOINAZ *et al.*, 2015). Os profissionais de saúde precisam ser capacitados para lidar com esses corpos diversos e entender o contexto social, e assim promover um atendimento adequado (SANTOS, 2008; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da pesquisa foi descrever a satisfação com o acolhimento de PcD matriculadas na UFMG e atendidas pelo Núcleo de Acessibilidade e Inclusão (NAI) em relação aos serviços de saúde públicos e/ou privados.

Cinco constructos, dos oito pertencentes à escala construída tiveram média abaixo de 3 pontos e nenhum deles teve média igual ou acima de 4 pontos, indicando insatisfação ou não insatisfação com a qualidade dos serviços prestados, considerados ruins ou no máximo bons. Esse resultado é preocupante e informa que os profissionais de saúde, e também os de nível administrativo e de segurança, não estão preparados para lidar com PcD, resultando em uma avaliação geral negativa sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados, especialmente nos serviços públicos.

Isso posto significa que o acolhimento, enquanto diretriz da Política de Humanização do SUS, não está sendo colocado em prática. Acolher diz respeito a escutar o que o usuário sabe sobre seu processo de adoecimento, compreendendo que é a partir do diálogo que, juntos, profissional e paciente podem traçar o melhor planejamento terapêutico, e que ambos são responsáveis pelo tratamento em saúde.

As políticas em saúde necessitam de constante renovação e reflexão, afim de alcançarem aquilo que é proposto: cuidado integral aos usuários em seus territórios; autonomia; reabilitação psicossocial; e corresponsabilização no tratamento. Para isso se faz necessária a transformação do modelo de ensino e de prática dos profissionais dos serviços de saúde e dos demais envolvidos na assistência à saúde.

A construção de uma sociedade inclusiva e livre de discriminação é um valor universal, que traz benefícios para todos, principalmente, para a produção da saúde e da qualidade de vida. É necessário construir um ambiente acolhedor, livre de preconceitos e estereótipos, centrado no bem-estar social, e para isso é preciso uma transformação cultural da sociedade, das práticas e dos processos de atenção à saúde.

Como limitações desse estudo destaca-se o baixo número de respostas, que impediu a validação da escala. Para futuras pesquisas sugere-se o aumento da amostra e a inclusão de pessoas com diferentes níveis de escolaridade e condições socioeconômicas, além da inclusão de questões relativas aos tipos de barreiras enfrentadas pelas PcD.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. D.; PORTILHO, J. A. C.; MENDES, S. C. T.. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 105-114, 2011.

AMIRALIAN, M. L. *et al.* Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 97–103, 2000.

AMORIM, É. G.; LIBERALI, R.; NETA, O. M. M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **Holos**, v. 1, p. 224-236, 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira da Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Anexo da Portaria no 1.060, de 5 de junho de 2002. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diário Oficial da União**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2012.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARNEIRO, R. U. C.; CAPELLINI, V. L. M. F.; ZANATTA, E. M. Projeto Político – Pedagógico na Perspectiva da Educação Inclusiva. In: CAPELLINI, V. L.; RODRIGUES. O. P.M. (Orgs). **Cultura inclusiva**. Bauru: UNESP/FC, 2012. 148 p.

CARVALHO, B. R.; FINAMORI, S. D. As temporalidades do cuidado: autismo, parentesco e pandemia. **Horizontes Antropológicos**, v. 28, p. 173-199, 2022.

CASTRO, S. S. de *et al.* Dificuldades na comunicação entre pessoas com deficiência auditiva e profissionais de saúde: uma questão de saúde pública. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.17, n.2, p.128-134, 2012.

CEBALLOS, A. G. da C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. Recife: UMA-SUS, UFMPE, 2015. 20P

CONDESSA, A.M, et al. Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e-200074, 2020.

DAMIANCE, P. R. M. **Acesso da pessoa com deficiência múltipla aos serviços de saúde bucal**. 232f. Tese (Doutorado em Odontologia), Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 194, 2016.

FIALHO, F. A *et al.* Instrumento de coleta de dados quantitativos em pesquisas de bioética realizadas com crianças. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 2015.

FORNELL, C.; LARCKER, D. F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. **Journal of Marketing Research**, v. 18, n. 1, p. 39-50, 1981.

FURTADO, L. A.; BRAYNER, J. C.; SILVA, L. S. Transtornos globais de desenvolvimento e saúde pública: uma revisão integrativa. **Revista Percurso Acadêmico**, v. 4, n. 8, p. 283-297, 2014.

GARCIA, S. C. M.; DO NASCIMENTO, M. A.; PEREIRA, M. Autismo infantil: acolhimento e tratamento pelo sistema único de saúde. **Revista Valore**, v. 2, n. 1, p. 155-167, 2017.

GONÇALVES, D. I. F. Pesquisas de marketing pela internet: as percepções sob a ótica dos entrevistados. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 9, n. 7, p. 70-88, 2008.

GONDIM, I. O.; VIEIRA, A. Acolhimento de pessoas com deficiência em serviços de saúde: uma revisão de literatura. In: III Seminário da Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde. **Anais...Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da UFMG**, 2022.

GOUVEIA, G. C. *et al.* Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1849-1861, 2011.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E. **Multivariate data analysis**. 7th. Prentice Hall, Upper Saddle River: New Jersey; 2010.

LUCIAN, R.; DORNELAS, J. S. Mensuração de Atitude: Proposição de um Protocolo de Elaboração de Escalas. **Revista de Administração Contemporânea [online]**, v. 19, n. spe2, p. 157-177, 2015.

MARCOULIDES, G. A.; CHIN, W. W.; SAUNDERS, C. When imprecise statistical statements become problematic: a response to Goodhue, Lewis, and Thompson. **Mis Quarterly**, v. 36, n. 3, p. 717-728, 2012.

MARQUES, J. F, *et al.* Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.39, p.2017-0009, 2018.

MARTINS, K. P. *et al.* Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3153-3160, 2016.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada**: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005

MISSEL, A.; COSTA, C. C.; SANFELICE, G. R. Humanização da Saúde e Inclusão Social no Atendimento de Pessoas com Deficiência Física. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 575–597, maio 2017.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Satisfação e perfil de usuários do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 20, n. 3, 2015.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3879-3887, 2016.

NASCIMENTO, V. F. F. Acessibilidade de deficientes físicos em uma unidade de saúde da família. **Revista Gestão & Saúde**, v. 3, n. 3, p. 753-766, 2012.

NUNNALLY, B.; BERNSTEIN, I. **Psychometric theory**. New York: Oxford University, 1994.

OLIVEIRA, R. S. *et al.* Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. **Brazilian Journal of Health Research**, v. 11, n. 4, P.34-38, 2009.

ORTEGA, M. M. *et al.* Assistência em saúde bucal na percepção das pessoas com deficiência visual. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 331-337, 2019.

PARANHOS, D. G.; ALBUQUERQUE, A. A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e seu aspecto relacional. **Revista de Direito Sanitário**, v. 19, n. 1, p. 32-49, 2018.

PEREIRA, L.M.F, *et al.* Acessibilidade e crianças com paralisia cerebral: a visão do cuidador primário. **Fisioterapia em Movimento**, v.24, n.2, p.299-306, 2011.

PONTO, J. Understanding and evaluating survey research. **Journal of the Advanced Practitioner in Oncology**, v. 6, n. 2, p. 168, 2015.

PRIPORAS, C.-V.; LASPA, C.; KAMENIDOU, I. Patient satisfaction measurement for in-hospital services: a pilot study in Greece. **Journal of Medical Marketing**, v. 8, n. 4, p. 325-340, 2008.

RAÏCHES, G. *et al.* Non-graphical solutions for Cattell's scree test. **Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences**, v. 9, n.1, p. 23–29, 2013.

SANTOS, W.R. dos. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p.501-519, 2008.

SILVA, P.L. **O modelo de cuidado centrado no paciente**: o caso de um hospital geral de grande porte de Belo Horizonte/MG. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão em Serviços de Saúde), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. 165 P.

TENENHAUS, M.; ESPOSITO, V.; YVES-MARIECHATELIN, C. L. PLS path modeling. **Computational statistics and data analysis**, v. 48, n.1, p. 159–205, 2005

UNICEF (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND). **The state of the world's children 2013**: children with disabilities. New York, 154 p. 2013.

VASCONCELOS, L. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a Serviços Básicos de Saúde. **Escola Anna Nery [online]**. v. 10, n. 3, p. 494-500, 2006.

VIEIRA, V. *et al.* Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 795-803, 2013.

AS ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE BELO HORIZONTE: FORTALECIMENTO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM ÊNFASE NO CUIDADO

Denise Valadão da Silveira Souza; Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG); Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Caroline Schilling Soares; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG); Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo; Mestrando em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG); Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Moisés Gonçalves de Oliveira; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG); Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

RESUMO: Trata-se de um estudo qualitativo que envolveu a análise documental e revisão da literatura, cujo objetivo foi apresentar as estratégias para ampliação do acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em Belo Horizonte. Houve a abordagem acerca da RAS, com enfoque na incorporação da Atenção Domiciliar como um dos seus Componentes. Por meio das 21 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e 6 Equipe Multiprofissional de Apoio, o SAD proporciona assistência humanizada com qualidade e integralidade, enfatizando a ampliação da autonomia dos usuários e contribuindo para a redução dos custos, otimização de recursos financeiros e estruturas da RAS. Dentre os resultados alcançados, destacam-se: a importância da gestão da informação na tomada de decisão, a melhora na integração entre os profissionais e serviços e o aumento de 6,2% nos encaminhamentos de usuários elegíveis para o SAD. Os avanços permitirão um toque mais auspicioso à efetivação do cuidado, com a incorporação de tecnologias e modalidades de atenção articuladas que assegurem mais qualidade e segurança.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Serviços de Atenção Domiciliar; Gestão em Saúde; Administração de Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro tem apresentado mudanças conjunturais e avanços significativos nas últimas décadas, a fim de responder às necessidades da população e na busca pela consolidação de um modelo cada vez mais consistente. As políticas públicas de saúde são baseadas na construção coletiva, visando tornar transparente a ação do governo, potencializando os recursos disponíveis, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e orientando o planejamento (BRASIL, 1998).

As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, tanto no Brasil, quanto no cenário mundial, fazem emergir a necessidade de reorganização do modelo de atenção em saúde, estimulando os sistemas de saúde a verem a Atenção Domiciliar (AD) como um ponto de cuidado estratégico (RAJÃO; MARTINS, 2020). No Brasil a organização da oferta da AD vem passando por transformações e teve como marco importante as orientações propostas pela Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) (DIAS *et al.*, 2015).

A partir da PNAD ocorreu a incorporação da AD na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) seguindo os princípios e diretrizes constitucionais de universalidade, equidade, a integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização, e a ampliação do acesso, associados ao acolhimento e à humanização, representando uma tentativa de resposta às demandas crescentes por outras formas de cuidado não hospitalares no país (BRAGA *et al.*, 2016).

A implantação da AD, no município de Belo Horizonte, foi iniciada em 2002 com uma equipe multidisciplinar para atendimento a usuários com internação prolongada e tratamento de feridas. Ao longo dos anos, novas equipes foram criadas com o intuito de ampliar o acesso à internação domiciliar de forma regionalizada e otimizar a continuidade do cuidado na RAS. Destaca-se a expansão do Serviço com a instituição do Programa Federal “Melhor em Casa”, em 2011, consolidando o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (BELO HORIZONTE, 2023a).

Neste sentido, sabe-se que para alcançar os objetivos que qualificam uma boa gestão é necessário dispor de metodologias e ferramentas que viabilizem a aplicação da proposta, aliadas à implicação e mobilização das pessoas envolvidas. Ademais, deve-se reiterar o compromisso do coletivo com a missão, visão e os valores da instituição, para o fortalecimento da cultura organizacional (BRASIL, 2009).

Frente às considerações apresentadas, é importante destacar que no campo da atenção à saúde o reconhecimento do papel estratégico da gestão da informação ocorre devido à necessidade do processamento das informações para identificação de problemas sanitários e da indispensabilidade de dados para um planejamento em saúde efetivo (BRASIL, 2016).

Atualmente a demanda por informação em saúde vem aumentando os desafios inerentes à sua utilização para subsidiar a tomada de decisões no sistema de saúde brasileiro. E, por isso, a governança da informação e das tecnologias tornou-se essencial para a formulação de ações de governo. O acesso à informação é imprescindível para exercício do controle social, bem como às estratégias de decisão do gestor e a relação com as demais políticas públicas (BRASIL, 2016).

A relevância deste estudo manifesta-se devido a necessidade de buscar alternativas que respondam às circunstâncias identificadas, no cotidiano do trabalho, com interferência no desenvolvimento de processos, tais como: comunicação incipiente; dificuldade na obtenção e manuseio de dados; ausência de padronização em alguns processos gerenciais e assistenciais; ausência de sistematização do trabalho da equipe multiprofissional; ações voltadas, prioritariamente, às desospitalizações; insuficiência na conexão entre os diversos saberes dos profissionais de saúde gerando ações fragmentadas.

Portanto, o objetivo deste artigo é apresentar as estratégias desenvolvidas para ampliação do acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, no município de Belo Horizonte, por meio do levantamento de informações em instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e da análise dos resultados alcançados entre janeiro de 2018 e agosto de 2023.

REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Mendes (2011), a Organização Mundial de Saúde define os sistemas de atenção à saúde como um o conjunto de atividades no qual a missão primária é promover, restaurar e manter a saúde de uma população voltando-se para tais objetivos: busca por um ótimo nível de saúde; promoção da equidade; garantia de proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; acolhimento humanizado; provisão de serviços seguros e efetivos e a prestação de serviços eficientes.

Sabe-se que são representativos e inegáveis os avanços do SUS ao longo de sua existência. Entretanto, a fragmentação das ações e serviços ainda representa um grande desafio, o qual exige esforços intensos para que sejam superados. O foco em ações curativas, a centralização do cuidado no médico e a estruturação de ações baseadas a partir da oferta são características marcantes do modelo de atenção à saúde brasileiro. Tais fatos reforçam o que alguns autores afirmam sobre a insuficiência e insustentabilidade frente aos desafios atuais e futuros (BRASIL, 2017). Há, portanto, uma relação estreita entre a transição do cenário e o contexto de saúde da população, atrelados às alterações dos sistemas de atenção à saúde.

A partir da contextualização e conhecimento da realidade acerca do estado de saúde da população, as reformas sanitárias continuam necessárias. Os movimentos realizados devem estar em consonância com a geração de valor aos usuários dos sistemas de atenção à saúde e diminuir as iniquidades. A transformação dos sistemas de saúde fragmentados precisa incorporar a perspectiva de abordagem integral do indivíduo, da família e prestar uma atenção contínua e integral à população por meio da articulação entre os serviços da RAS (MENDES, 2011).

Conforme a Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017, publicada pelo Ministério da Saúde, as redes temáticas de atenção à saúde serão organizadas da seguinte forma: Rede Cegonha; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) a qual está vinculado o Componente da Atenção Domiciliar (BRASIL, 2017).

No documento supramencionado há também a seguinte descrição:

O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar. (BRASIL, 2017).

A cidade de Belo Horizonte é distribuída territorialmente em 9 regionais de saúde (Barreiro, Centro Sul, Leste, Pampulha, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste e Venda Nova). De acordo com as informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui uma população estimada, em 2022, de 2.315.560 pessoas, tornando-se o sexto município mais populoso do país (BELO HORIZONTE, 2023b).

Além do Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH), a RAS do município é composta por diferentes níveis e conta com uma estrutura ampla, em que podemos destacar: 152 Centros de Saúde, 596 equipes de Saúde da Família (eSF), 314 equipes de Saúde Bucal, 83 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), 80 Academias da Cidade, 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, 30 Unidades na Atenção Especializadas, 50 unidades da Rede de Atenção Psicossocial e 2 hospitais próprios, o Hospital Metropolitano Odilon Behrens e o Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro, além de outros serviços que implicam a continuidade e integralidade assistencial prestado a população (BELO HORIZONTE, 2023b).

O SAD-BH tem como objetivo a desospitalização e desupalização no município e serve de amparo aos grandes hospitais chamados de “porta de urgência”, ou seja, aqueles que contam com pronto-atendimento e também hospitais que atendem exclusivamente pelo SUS. O serviço propicia maior rotatividade de leitos nas unidades de urgência e nos hospitais parceiros, reduz o tempo de permanência e, conseqüentemente, promove a mitigação dos riscos inerentes à internação e aumenta a disponibilidade de vagas.

Por meio das 21 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e 06 Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) o SAD-BH proporciona assistência humanizada com qualidade e integralidade, enfatizando a ampliação da autonomia dos usuários e contribuindo para a redução dos custos, otimização de recursos financeiros e estruturas da RAS, pela desinstitucionalização do paciente e com o cuidado centrado na pessoa (BELO HORIZONTE, 2023a).

Atualmente a equipe assistencial do SAD-BH é composta por 245 profissionais das seguintes categorias: 98 técnicos de enfermagem, 50 enfermeiros, 12 fisioterapeutas, 21 assistentes sociais, 4 psicólogos, 6 nutricionistas, 6 fonoaudiólogos e 2 terapeutas ocupacionais. A equipe gestora é formada por 1 coordenador, 1 assistente administrativo, 3 referências

técnicas de enfermagem, 2 referências técnicas farmacêuticas, 1 referência técnica do serviço social e 1 referência técnica médica.

Tendo em vista a dimensão do Serviço, o quantitativo de processo e o grande número de pessoas envolvidas há a reafirmação das considerações apresentadas por Silva; Silva; Gomes (2016) sobre a dificuldade em gerir dados e informações nos ambientes organizacionais, por isso a implantação de tecnologias de informação proporciona a funcionalidade do registro e permite que as informações sejam analisadas e interpretadas de forma adequada.

Neste contexto, Silva (2021) afirma que as tecnologias de informação em saúde têm um impacto de potencializar os processos e as metodologias de trabalho e provoca a melhoria do cuidado assistencial prestado à população. Em consonância com esta afirmativa, Mai, *et al.* (2017) destaca que no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) as tecnologias da informação são fundamentais para práticas organizacionais da gestão estadual e municipal atrelado às operações realizadas pelo Ministério da Saúde.

Segundo Figueiredo *et al.* (2020) “o planejamento estratégico proposto pelo SUS deve configurar-se contínuo, articulado e integrado para favorecer a execução de ações e o desenvolvimento de métodos e estratégias para o alcance de resultados satisfatórios.” Agregado a isso, considera-se que a participação dos atores envolvidos na tomada de decisão estimula a corresponsabilização e favorece o compartilhamento de conhecimentos e experiências, reafirmando o princípio da transversalidade. As estratégias e métodos de construção coletiva garantem a articulação de ações e dos sujeitos e potencializam a efetivação da proposta com base em decisões e avaliações conjuntas (BRASIL, 2007).

Em consonância com a afirmativa anterior, ressalta-se que participação de vários agentes permite incremento de qualidade e inovação nos processos de gestão contribuindo na análise da situação e na tomada de decisão. Por isso, evidencia-se a conexão existente entre a gestão do conhecimento e o desempenho efetivo da organização como elementos da inovação sustentável (BRUNO-FARIA; FONSECA, 2014; OLIVEIRA, 2020).

O planejamento é instrumento de gestão importante na organização e execução da estratégia. Ele também tem passado por adaptações tendo em vista a necessidade de se ajustar aos cenários atuais, cada vez mais dinâmicos, complexos e incertos. Ou seja, o foco não é direcionado, prioritariamente, para definição do enfoque ou método. Busca-se ter ciência sobre o problema e a situação a qual é necessária intervenção para transformação/melhoria do estado atual. Desta forma, para estimular o movimento de melhoria e inovação na gestão do SUS, os atores envolvidos devem comprometer-se a realizar periodicamente processos de monitoramento e avaliação, baseado nas diretrizes institucionais, objetivos, metas e indicadores pactuados. (FIGUEIREDO, *et al.*, 2020)

De acordo com Bruno-Faria e Fonseca (2014) as diferentes abordagens e elementos que envolvem a inovação tem ganhado, cada vez mais, repercussão entre as organizações. O intuito é identificar alternativas que possam ser implementadas para eliminar as barreiras que impedem os avanços. Há diversos conceitos e concepções nessa dimensão e, por isso, deve-se avaliar o contexto de aplicação e as possibilidades para que não se torne algo sem valor agregado.

Frente aos desafios organizacionais, como inovação e ampliação de mercados, destacam-se as diferenças culturais, impactando diretamente no desenvolvimento e na sobrevivência da organização. Estudos revelam que a maioria das organizações deparam com a mudança como algo inevitável, representando a necessidade de uma análise profunda de crenças, valores e padrões de comportamento que direcionam o desempenho da organização (BRUNO-FARIA; FONSECA, 2014; SOUZA; FENILI, 2016).

Oliveira (2020) enfatiza as inúmeras possibilidades e os ganhos potenciais presentes na incorporação de tecnologias, elementos que vão desde a sistematização de informações para elaboração de relatórios até o aprimoramento no processo de tomada de decisões.

Há consenso nas considerações de Schmeil (2013) e Mallmann (2014), no que refere ao uso da tecnologia e suas contribuições, quando ambos os autores discorrem sobre a necessidade atual das organizações, o impacto nos diversos campos do conhecimento na sociedade atual e a relação entre as competências humanas e os recursos computacionais na busca por melhores resultados e maior competitividade na área de aplicação.

METODOLOGIA

A partir da análise das proposições apresentadas por Minayo (2010), optou-se pela escolha do método qualitativo tendo em vista sua apropriação para o estudo da história, das relações, das percepções e opiniões dos seres humanos acerca de como pensam e interpretam fenômenos e situações relacionadas a seu contexto de vida. Quanto ao tipo de estudo, trata-se de pesquisa transversal descritiva. Na presente ocasião foram agregadas pesquisas documentais e revisão da literatura acerca da temática em questão e analisados os resultados relacionados ao Serviço, entre janeiro de 2018 e agosto de 2023.

Para a análise documental foram utilizados os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) de 2016 a 2022 e os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) de 2023 disponíveis no portal da Prefeitura de Belo Horizonte. O RAG e o RDQA são instrumentos de planejamento e gestão de elaboração anual e quadrimestral, respectivamente, que permitem ao gestor apresentar os resultados em saúde alcançados e as ações desenvolvidas de acordo com o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde, verificando-se a efetividade e eficiência na sua execução. Além de subsidiar as atividades de planejamento e monitoramento, constituem uma importante ferramenta para o exercício do controle e participação social na gestão do SUS, previstos desde a Lei nº 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990; 2023).

A análise documental consiste em um exame de diversos materiais originais, que ainda não receberam tratamento analítico para produção científica ou que foram reexaminados, buscando-se outras informações e interpretação, produzindo novos conhecimentos (KRIPKA, SCHELLER, BONOTTO, 2015a, b). O intuito dessa análise foi identificar as ações e estratégias desenvolvidas para ampliação do acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar no município de Belo Horizonte, bem como os resultados em saúde identificados de fortalecimento e qualificação do cuidado.

Deve-se destacar que, com o intuito de introduzir ferramentas de análise da informação para demonstrar os indicadores no contexto do SAD-BH, foi realizado o *benchmarking* com a equipe da Diretoria Regional de Saúde Norte de Belo Horizonte que havia incorporado algumas Tecnologias de Informação e Comunicação a seus processos gerenciais. Após conhecimento e avaliação dessa estratégia a Coordenação do SAD-BH buscou apropriar-se dos conceitos e formas de utilização das ferramentas por meio da leitura de artigos, consultas a tutoriais e sites específicos que demonstram a organização dos elementos essenciais e das possibilidades de efetivação da proposta almejada.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e discussão dos resultados foi dividida em três subseções: Cultura organizacional e inovação; Fortalecimento e qualificação do cuidado; Pandemia da COVID-19.

Cultura organizacional e inovação

A seguir foram elencados elementos importantes e que se destacaram no tocante às estratégias de gestão do Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH):

- Elaboração, em conjunto com todos os membros da Coordenação do Serviço, dos princípios essenciais que caracterizam e representam o SAD-BH. Esse movimento teve como objetivo fortalecer/resgatar o senso de pertencimento e estimular os profissionais a refletirem acerca da sua prática cotidiana, da dimensão do Serviço, da necessidade da população assistida e da responsabilidade de cada um. O resultado desse produto está descrito a seguir: *Missão*: Prestar assistência domiciliar de excelência, integrada à Rede de Atenção à Saúde, de forma humanizada, ética e responsável, promovendo a melhoria na qualidade da saúde do indivíduo, com ampliação da autonomia da pessoa, cuidador e família, garantindo a transição efetiva do cuidado.

Visão: Ser um serviço público de atenção domiciliar de referência nacional, reconhecido pela excelência na assistência à saúde e valorização dos profissionais.

Valores: Ética, respeito e corresponsabilidade; Humanização na assistência e relações interpessoais; Valorização das pessoas; Compartilhamento do conhecimento, desenvolvendo habilidades e competências; Cuidado integral centrado no paciente; Cultura de qualidade e segurança do paciente e dos profissionais; Trabalho em rede de forma inovadora e sustentável.

Para Fonseca *et al.* (2018) o conceito de cultura organizacional agrega um conjunto de convicções, objetivos, normas, rituais e a forma de resolver problemas pela equipe; aspectos que espelham os objetivos e valores da organização. Atrelado a isso, os mesmos autores, destacam que a cultura organizacional também tem influência nos resultados da gestão da saúde pública.

- Implementação das reuniões *one on one* entre o gestor e os demais membros da equipe de gestão (individualmente) e das reuniões de colegiado da Coordenação: Ambas as iniciativas são destinadas à consolidação de um espaço de escuta, de (re)alinhamento dos objetivos, monitoramento e avaliação das atividades em andamento, além da (re)definição acerca dos próximos passos.

De acordo com Teixeira *et al.* (2012) o ato de planejar no setor público presume a reflexão em conjunto, abrangendo a identificação dos agentes envolvidos e articulação entre eles, além da mobilização e criação de estratégias que levem ao comprometimento com o que foi planejado.

A introdução de tecnologias gerenciais à rotina do SAD-BH marca uma nova etapa na organização das atividades de gestão do Serviço. Por saber das tendências atuais e da importância dos recursos digitais, os investimentos possíveis têm sido realizados. Simultaneamente inúmeras iniciativas com foco nas pessoas também estão sendo promovidas com o intuito de fortalecer o time e valorizar cada um dos integrantes e estimular o protagonismo individual e coletivo.

- Estruturação do Projeto Estratégico (PE) do SAD-BH: iniciativa realizada com vistas à organização, planejamento e execução sistemática das ações propostas e pactuações em âmbito municipal. Além do interesse em fortalecer os processos desenvolvidos tinha-se como objetivo dar visibilidade à proposta de trabalho e agregar aliados no escopo de atuação tendo em vista a magnitude e perspectivas de abordagem e capilarização. O quadro a seguir apresenta a síntese do referido PE.

A utilização de tecnologias busca cooperar com o cumprimento das premissas que norteiam a gestão pública, por meio da incorporação de práticas que correspondam aos desafios atuais em consonância, especialmente, com os princípios e diretrizes previstos no Decreto Nº 9.203, de 22 de novembro de 2017.

(...) a falta de padronização dos procedimentos para obtenção e tratamento dos dados; o elevado número de sistemas de informação em saúde e sua heterogeneidade; a insuficiência de estratégias de financiamento no campo da informação e informática em saúde e a importância de alinhamento do Brasil às ações e estratégias internacionais no campo das tecnologias da informação e comunicação em saúde, além de uma concreta adesão à Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2016.p.7).

O referencial supramencionado representa um cenário que demanda investimentos e ao mesmo tempo mostra-se como uma oportunidade. O desenvolvimento do planejamento estratégico corrobora para exercitar a governança e assemelha-se ao investimento no aprimoramento da instituição, preparando-a para: “melhor atender os interesses públicos, criar um ambiente institucional capaz de gerar e entregar resultados, de ter, por fim, um modelo de governança mais adequado para o contexto.” (BRASIL, 2018). A partir destas considerações, serão apresentadas no Quadro 1 as especificidades do planejamento descrito nesta experiência.

Quadro 1- Monitoramento do Projeto Estratégico Ampliação do acesso à atenção domiciliar em Belo Horizonte.

Objetivos	Motivo	Ação	Atividades realizadas	Percentual concluído
Otimizar o alinhamento do SAD-BH com a Atenção Primária à Saúde.	Estabelecimento e padronização dos processos de trabalho no SAD-BH, em todas as suas complexidades, para ampla divulgação na Rede de Atenção à Saúde de Belo Horizonte.	Publicar o Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar Rede SUS de Belo Horizonte	Documento publicado em outubro de 2022	100%
		Reunir com os Colegiados Gestores Regionais	Reuniões realizadas nas 9 Regionais no período de outubro a novembro de 2022	100%
		Realizar visitas aos 152 Centros de Saúde de referência das EMAD e equipes de referência das EMAP (atenção primária e secundária e rede de urgência)	Encontros realizados em 123 Centros de Saúde no período de março a agosto de 2023	81%
Intensificar a articulação e integração do SAD-BH com as UPAs.	Discussão dos critérios de elegibilidade dos usuários para admissão no SAD-BH de forma mais dinâmica, junto à equipe assistencial da UPA, otimizando o giro de leitos e o relacionamento entre os serviços.	Participar dos <i>Huddle</i> realizados nas UPAs de referência.	Visitas realizadas às 9 UPAs no período de outubro a novembro de 2022	100%

Estruturar e padronizar o fluxo de desospitalização com hospitais parceiros.	Sistematização das ações no processo da desospitalização, garantindo maior segurança na transferência do usuário para internação domiciliar	Construir protocolos de desospitalização e atuação com os 09 hospitais parceiros.	02 Protocolos construídos, publicados e divulgados 03 Protocolos construídos 04 Protocolos em construção	22%
--	---	---	--	-----

Fonte: Adaptado de BELO HORIZONTE, 2023.

As ações implementadas resultaram em notável melhoria em vários aspectos-chave. Houve significativa ampliação na divulgação e compreensão sobre o funcionamento do SAD-BH pelas equipes da RAS municipal. Foram publicizados os critérios de elegibilidade e fluxos de encaminhamento, promovendo uma maior transparência e clareza para os gestores e demais profissionais. Além disso, a integração entre os profissionais do SAD-BH e os profissionais dos serviços de Urgência, Atenção Primária e Terciária foi aprimorada, resultando em uma colaboração mais eficiente e na otimização do cuidado ao paciente. Esse movimento foi traduzido em um aumento de 6,2% no número médio mensal de encaminhamentos de usuários para o SAD-BH, no período de janeiro a agosto de 2023 em relação à média mensal do ano de 2022, refletindo a maior segurança nos compartilhamentos e transferências de cuidado entre os profissionais. Essa gama de processos tem permitido a ampliação da assistência domiciliar, atendendo às necessidades dos usuários de forma mais abrangente e eficaz.

Analisando a vertente da implantação dessa experiência, percebe-se que, inicialmente, o Serviço não utilizava de forma sistemática indicadores e parâmetros comuns, e com a criação do Planejamento Estratégico, agregado às demais ferramentas de gestão, as informações produzidas pelas equipes assistenciais encontram-se em pleno processo de sistematização, monitoramento e avaliação. Essas informações permitem avaliar os processos de trabalho em aspectos como: resolutividade; abrangência; integração e processos de trabalho entre as equipes e com a RAS; perfil epidemiológico, entre outros.

- Criação do Painel de Informações Estratégicas (PIE): trata-se de uma ferramenta *online*, que pode ser acessada por meio de um *link* específico ou QRCode, cujo o principal objetivo é promover a gestão e democratização da informação e do conhecimento. É um local onde estão reunidas/centralizadas informações relevantes aos trabalhadores da equipe com o intuito de facilitar o acesso e promover a identidade do Serviço e da instituição. No PIE estão disponíveis: as diretrizes institucionais, os princípios essenciais do Serviço, a listagem dos membros que integram a equipe, as principais frentes de trabalho, os indicadores estratégicos, os registros dos eventos realizados, as formas de contato (e-mail e telefone), dentre outros.

Torna-se indispensável reafirmar a importância da política de governança pública como eixo fundamental para se obter melhor capacidade de respostas, agregar valor, promover a integridade e transparência nos processos, além da perspectiva de avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão a partir deste conjunto de mecanismos (BRASIL, 2017).

A qualidade das informações produzidas e o modelo de análise dos dados com gráficos consistentes e limpos por meio de painéis permitem utilizar de espaços coletivos para discussão das informações produzidas para o planejamento, organização do Serviço no território, na proposição de ações facilitando: a gestão das equipes; a articulação das equipes com os gestores dos hospitais, das Unidades de Pronto Atendimento e Centros de Saúde; a produção do cuidado compartilhado; e a identificação pela Coordenação da necessidade de elaboração e gestão de protocolos. Além disso, pode-se afirmar que a incorporação de TIC na saúde auxilia no desempenho organizacional e nas estratégias para aperfeiçoamento de políticas públicas de saúde, por meio de dados da organização e a realidade do estado de saúde da população.

Fortalecimento e qualificação do cuidado

A reorganização da oferta de Atenção Domiciliar em Belo Horizonte, juntamente com a expansão do SAD-BH em 2018, através da habilitação de 19 novas equipes (12 EMAD e 07 EMAP), teve um impacto substancial na prestação de serviços de saúde. Essa expansão permitiu a vinculação direta dessas equipes aos principais hospitais públicos e filantrópicos 100% financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A formalização dessa atuação foi realizada por meio de um Termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) e as instituições hospitalares, estabelecendo parcerias sólidas. Essas parcerias redefiniram significativamente o processo de desospitalização, permitindo uma colaboração mais estreita entre as EMAD, as equipes assistenciais e gestores hospitalares. Essa integração facilitou a tomada de decisões relacionadas ao cuidado ao paciente e contribuiu para o processo de desinstitucionalização. Como resultado dessas ações, houve aumento de 93% na média mensal de desospitalizações em 2018, em comparação com os resultados de 2017.

Esses resultados ressaltam a importância do PMeC como uma estratégia eficaz para promover a desospitalização, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde domiciliar e aliviar a carga sobre os hospitais, destacando sua relevância na gestão de políticas de saúde e na promoção de cuidados mais adequados e humanizados.

Os dados apresentados na Tabela 1 destacam um aumento de 20% no número médio de pacientes desupalizados em 2023 em comparação com o ano anterior. Esse aumento está diretamente relacionado às ações do Projeto Estratégico de divulgação das diretrizes do SAD e de aproximação da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar com a equipe assistencial das Unidades de Pronto Atendimento, intensificadas uma vez que todas as UPAs sediam uma EMAD. Essa configuração permite uma estreita colaboração entre os serviços de saúde, facilitando a identificação de pacientes elegíveis para a Atenção Domiciliar e a definição de um fluxo eficiente de encaminhamento para o SAD-BH. Essa articulação desempenha um papel fundamental no processo de desinstitucionalização, possibilitando a transição adequada dos usuários do serviço de urgência para continuidade do cuidado no domicílio, contribuindo para uma assistência mais humanizada e eficaz, além de aliviar a demanda sobre os hospitais e otimizar os recursos do sistema de saúde.

Tabela 1 - Dados de desupalização pelo SAD-BH, 2018 a agosto de 2023.

Descrição	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Desupalizações	2.470	1.756	1.565	1.382	1.588	1.275
Média mensal de desupalização	206	146	130	115	132	159

Fonte: Adaptado de BELO HORIZONTE, 2023.

Com base nos dados apresentados na Tabela 2 percebe-se que a implementação do Programa Melhor em Casa (PMeC), em 2011, teve um impacto significativo no SAD-BH, em relação à desospitalização. Houve o aumento de 135% na média mensal de usuários desospitalizados em 2011, em comparação com os resultados de 2009. Este aumento é indicativo da relevância do Programa, que se concentra na expansão e melhoria dos serviços de Atenção Domiciliar (AD). Além disso, os dados revelam que essa tendência positiva se manteve

nos anos subsequentes após a implantação do PMeC, com um contínuo aumento no número de desospitalização.

Tabela 2 - Dados de Atendimento do SAD-BH, janeiro 2009 a agosto 2023.

Ano	Número de vidas acompanhadas	Média mensal de vidas acompanhadas	Número de desospitalizações	Média mensal de desospitalizações
2009	3.955	330	506	42
2010	7.075	590	804	67
2011	9.117	760	1.186	99
2012	9.942	829	1.822	152
2013	8.886	741	1.987	166
2014	8.417	701	2.026	169
2015	9.807	817	2.441	203
2016	10.190	849	1.796	150
2017	9.395	783	1.700	142
2018	12.375	1.031	3.283	274
2019	15.372	1.281	5.100	425
2020	29.544	2.462	4.679	390
2021	22.674	1.890	4.912	409
2022	18.298	1.525	4.729	394
2023	9.443	1.180	3.168	396

Fonte: Adaptado de BELO HORIZONTE, 2023.

A Tabela 3 fornece uma representação da progressão do número de equipes do Serviço de Atenção Domiciliar em Belo Horizonte ao longo dos anos. Essa evolução está intrinsecamente relacionada à reorganização da Atenção Domiciliar, que foi efetuada de acordo com as Portarias Ministeriais específicas, que definem o quantitativo e tipo de equipes.

Tabela 3 - Total de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) habilitadas no município de Belo Horizonte.

Ano	Número de equipes Implementadas	Carga horária semanais
2011	22	20 horas
2012	22	20 horas
2013	24	20 horas
2014	24	20 horas
2015	26	20 horas
2016	25	20 horas
2017	13	40 horas
2018	32 ¹	40 horas
2019	32	40 horas
2020	32	40 horas
2021	32	40 horas
2022	32	40 horas
2023	32	40 horas

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2011; BRASIL, 2016, BRASIL, 2017.

¹ A gestão das equipes habilitadas em Belo Horizonte é distribuída entre a Secretaria Municipal de Saúde (21 EMAD e 6 EMAP pelo Serviço de Atenção Domiciliar e 1 EMAP pela Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Perinatal) e a Secretaria de Estado de Saúde (3 EMAD e 1 EMAP, todas elas sob a gestão da Fundação Hospitalar de Minas Gerais).

Pandemia da COVID-19

Em meio a análise dos resultados alcançados pelo SAD-BH, durante o período avaliado, faz-se necessário sinalizar as ações promovidas pela SMSA-BH para o enfrentamento à pandemia da COVID-19 que tiveram início em março de 2020. Como parte integrante do plano de contingência, o SAD-BH iniciou sua reorganização, sem medir esforços. A fim de contribuir com a missão do município, o Serviço foi mais uma vez, ao encontro do seu principal objetivo: reduzir o tempo e o número de internações e como consequência, possibilitar o aumento da disponibilidade de leitos hospitalares e de urgência para o atendimento à população.

O SAD-BH integrou a estruturação do serviço de referência para coletas de espécime clínico para diagnóstico etiológico da Influenza e da COVID-19, atuando de forma a cumprir as medidas adotadas e prevista em Notas Técnicas e Fluxos estabelecidos pela SMSA-BH. Por meio da Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar Apoio ao Covid-19, no período de março de 2020 a dezembro de 2022, foram realizadas 49.489 coletas incluindo o seguinte público: pessoas com sintomas gripais ou síndrome respiratória aguda grave, os casos *post mortem* e profissionais de saúde de Belo Horizonte com sintomas respiratórios.

CONCLUSÃO

Este artigo propiciou análises valorosas acerca da dinâmica do trabalho do Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte e na relação com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde. Além disso, há a possibilidade de contribuir em debates e reflexões acerca da magnitude e potencial do referido Serviço, bem como agregar informações para que outros municípios desenvolvam ações para qualificação do cuidado, organização, definição e execução de estratégias que respondam às necessidades da população e permitam o aperfeiçoamento e/ou ampliação do escopo de ações realizadas.

A proposta foi apresentar soluções práticas, relacionando-as à fundamentação teórico-científica e aos recursos tecnológicos disponíveis, para tornar mais efetiva e consistente a atuação dos gestores e a gestão dos serviços de saúde. As estratégias apresentadas mostram-se factíveis e promissoras devido ao potencial de melhoria e sustentabilidade dos processos, à contribuição ao campo da gestão e à possibilidade de subsidiar novos investimentos neste segmento.

Sob esta ótica a grande expectativa refere-se ao prosseguimento das ações e a continuidade dos avanços. Tem-se como objetivo valorizar e compartilhar as melhorias nos processos gerenciais e assistenciais.

Permanece sendo um desígnio o progresso e aproximação nas relações entre as equipes, agregado ao interesse pela consolidação de um modelo de gestão sustentável, com a proposição de objetivos que agreguem valor aos envolvidos: usuários, trabalhadores e gestores. Assim, os avanços permitirão um toque mais auspicioso à efetivação do cuidado, contando com a incorporação de tecnologias e modalidades de atenção articuladas para construir uma estrutura que assegure mais qualidade, segurança e responsabilidade nos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar**. Belo Horizonte. 2023a. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/Guia-Diretrizes-Atencao-Domiciliar-SAD-18-01-2023.pdf>>. Acesso em 10/08/23.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Detalhado do**

Quadrimestre Anterior. 1º quadrimestre de 2023. 2023b. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/1_rdqa-2023_31-05-23.pdf>. Acesso em 14/08/23.

BRAGA, P. P. *et al.* Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300903&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 08/08/23.

BRASIL. Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. **Diário Oficial da União**, Presidência da República, Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 23 out. 2017. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm>. Acesso em 12/08/23.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Presidência da República, Casa Civil, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em 15/08/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG)**. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em 06/09/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 56 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf>. Acesso em 11/08/23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: gestão participativa: co-gestão. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 20p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestao_participatica_cogestao_2ed.pdf>. Acesso em 10/08/23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Políticas de Saúde: metodologia de formulação**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf>. Acesso em 14/08/23.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Guia da política de governança pública**. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018. 86 p. Disponível em: <<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/centrais-de-conteudo/downloads/guia-da-politica-de-governanca-publica>>. Acesso em 04/08/23.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 28 out. 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html>. Acesso em 04/08/23.

BRUNO-FARIA, M. F.; FONSECA, M. V. A. Cultura de Inovação: Conceitos e Modelos Teóricos. **Rev Adm Contemp**. v. 18, n. 4, p. 372-96, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-7849rac20141025>>. Acesso em 10/08/23.

DIAS, M. B. *et al.* A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios, e a valorização necessária da Atenção Primária à Saúde. **J Manag Prim Health Care**, v. 6, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/239>>. Acesso em 20/08/23.

FIGUEIREDO, I. D. T. *et al.* Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na Atenção Primária à Saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 1, p. 27-39, 2020. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4979/497962779006/497962779006.pdf>>. Acesso em 16/09/2023.

FONSECA, P. H. *et al.* Cultura organizacional na área da saúde: um estudo bibliométrico. **Saúde em Debate**. v. 42, n. 116. p. 318-30, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811626>>. Acesso em 04/09/23.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **Investigação Qualitativa em Educação**, v. 2, p. 242-247, 2015a. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/280924900_Pesquisa_Documental_consideracoes_sobre_conceitos_e_caracteristicas_na_Pesquisa_Qualitativa_Documentary_Research_consideration_of_concepts_and_features_on_Qualitative_Research>. Acesso em: 16/08/2023.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de Investigaciones UNAD**, v. 14, n. 2, p. 55-73, 2015b.

MAI, S. *et al.* O uso das tecnologias na democratização da informação em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 6, n. 3, p. 210–18, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/12784/6314>>. Acesso em 01/08/23.

MALLMANN, G. L. **Fatores influenciadores da adoção de computação em nuvem em hospitais: um estudo de casos múltiplos**. 86 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/111975/000948101.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 08/08/23.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em 01/08/23.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

OLIVEIRA, M. G. **Implantação de tecnologia de Business Intelligence na Diretoria Regional de Saúde Norte de Belo Horizonte: um estudo de caso**. 121 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/images/Mois%C3%A9s_Gon%C3%A7alves_de_Oliveira_-_Implanta%C3%A7%C3%A3o_de_tecnologia_de_Business_Intelligence_na_Diretoria_Regional_de_Sa%C3%BAde_Norte_de_Be.pdf>. Acesso em 04/09/23.

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 5, p. 1863-1877, 2020.

SCHMEIL, M. A. Saúde e Tecnologia da Informação e Comunicação. **Fisioter. Mov.**, v. 26, n. 3, p. 477-8, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000300001>>. Acesso em 09/01/23.

SILVA, J. C. S. **Estudo dos Modelos de Maturidade do Business Intelligence no Setor da Saúde**. 90f. Dissertação (Mestrado em Negócios Eletrônicos) - Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, Porto, Portugal, 2021.

SILVA, R. A.; SILVA, F. C. A.; GOMES, C. F. S. O uso do Business Intelligence (BI) em sistema de apoio à tomada de decisão estratégica. **Revista Gestão Inovação e Tecnologias**, v. 6, n. 1, p. 2780-98, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/271847291_BUSINESS_INTELLIGENCE_SISTEMA_DE_APOIO_A_TOMADA_DE_DECISAO ESTRATEGICA>. Acesso em 16/09/2023.

SOUZA, E. C. L.; FENILI, R. R. O estudo da cultura organizacional por meio das práticas: uma proposta à luz do legado de Bourdieu. **Cad. EBAPEBR**, v. 14, n. 4, p. 872-90, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1679-395141183>>. Acesso em 15/08/23.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* **O coletivo de uma construção**: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. 1. ed. Belo Horizonte: Rona Editora Ltda, 2012.

EFETIVAÇÃO DOS PILARES DA GOVERNANÇA CLÍNICA NO COTIDIANO ASSISTENCIAL: DESCRIÇÃO DE UMA METODOLOGIA

Guilherme Netto Lycarião; Mestre; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais.

Meiriele Tavares Araújo; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais.

Adriane Vieira; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO: A profissionalização da gestão dos serviços de saúde tem proporcionado avanços nesse campo e nas ferramentas e metodologias disponíveis para tal como a Governança Clínica. Objetivou-se com esse estudo descrever as estratégias gerenciais utilizadas para sistematizar a efetivação dos pilares da Governança Clínica na assistência hospitalar de uma instituição de Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa do tipo intervencionista realizado em um Hospital Filantrópico do Sudeste do Brasil. Foram coletados dados nos documentos e relatórios do Setor de Governança, autorrelato do autor ativo no processo e do sistema de informação da instituição. Doze (12) estratégias gerenciais foram traçadas e implementadas com base nos sete (07) pilares da Governança Clínica conforme definidos pelo *National Health Service*. Esta pesquisa tem relevância acadêmica por preencher um *gap* nas publicações nacionais sobre Governança Clínica e apresentar uma metodologia para sua implementação. Esta também provoca pesquisadores e gestores a explorarem novas formas de implementação da Governança Clínica em diferentes ambientes de saúde e de acordo com suas necessidades cotidianas de gestão.

PALAVRAS-CHAVE: Governança clínica; Governança corporativa; Gestão de serviços de saúde; Qualidade da assistência à saúde.

INTRODUÇÃO

O *National Health Service* (NHS), maior e mais antigo sistema de saúde público do Reino Unido, desenvolveu em 1998 um sistema complexo de gestão para oferta de serviços com altos padrões de qualidade. Esse sistema se baseia em controles cuidadosamente desenhados, pautados em melhorias contínuas, tanto de processos assistenciais quanto no aprimoramento profissional, centrados no cuidado ofertado ao paciente, tendo sido denominado Governança Clínica (FREEDMAN, 2002). Para o NHS, a Governança Clínica é o sistema através do qual as organizações dos Serviços Nacionais de Saúde (SNS) são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de cuidados (WALSH, 2014).

Baseado no sucesso do desenvolvimento e implementação da Governança Clínica pelo NHS, os sistemas de saúde de outros países e mesmo instituições de saúde optaram por adotar essa forma de gestão, inicialmente pela Europa e depois em outros países como Irã e Indonésia. No Brasil, este modelo foi inserido por serviços da saúde suplementar do Sistema Único de Saúde (SUS) e adotado especialmente pelas instituições ligadas a Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), que procuravam medidas que visassem à eficácia e efetividade assistenciais, redução de custos e maior participação da equipe médica no cuidado (GOMES *et al.*, 2015).

A Governança Clínica, enquanto metodologia de gestão, foi desenvolvida na lógica de processos contínuos, baseados em atividades de melhoria da qualidade, identificação e gerenciamento de riscos, responsabilidade pessoal e desenvolvimento profissional contínuo (CROOK, 2002). Essa foi sistematizada em sete pilares: 1. Eficiência e efetividade clínica; 2. Gestão de Riscos e Eventos Adversos; 3. Auditoria Clínica; 4. Transparência; 5.

Responsabilização; 6. Educação Permanente de Profissionais; e 7. Inovação e Melhorias contínuas (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002; TRAVAGLIA *et al.*, 2011).

Diante do exposto o presente estudo questiona: quais estratégias gerenciais podem ser utilizadas para a efetivação dos pilares da Governança Clínica na assistência hospitalar?

Esse estudo procurou sistematizar a transformação de pilares, que são conceitos e preceitos da estruturação da Governança Clínica, em ações e estratégias já conhecidas dentro da administração hospitalar, observando a adequação de recursos e tecnologias do contexto Brasileiro. O objetivo geral do trabalho foi descrever as estratégias gerenciais utilizadas para sistematizar a efetivação dos pilares da Governança Clínica na assistência hospitalar de uma instituição de Minas Gerais.

Esse estudo se justifica por apresentar estratégias para a implementação da Governança Clínica, desenvolvida em um serviço de saúde complexo de atenção terciária, conforme os moldes do NHS, e adaptada para a realidade do Sistema único de saúde (SUS) e do Brasil, fornecendo instrumentos para melhoria da prática assistencial no cotidiano hospitalar. Tal proposta é inovadora, pois não foi encontrado na revisão de literatura nacional nenhum guia sistematizado que possa contribuir para concretizar os pilares da Governança Clínica, por meio de ações ou estratégias passíveis de serem gerenciadas dentro de um hospital, conforme proposto aqui. Essa lacuna reforça a dificuldade de implementação do Sistema de Governança, da mesma forma que direciona para uma livre interpretação dos seus conceitos e pilares, e como estes podem ser utilizados.

Dessa forma apresenta-se contribuições tanto do ponto de vista acadêmico, quanto prático, na medida em que define uma metodologia de implementação, padronizando conceitos e processos assistenciais, visando mensurar desfechos e estratégias, propiciando crescimento e adaptabilidade para a organização, além de proporcionar *benchmarking* entre instituições com mesma estrutura.

REFERENCIAL TEÓRICO

A História do NHS

A primeira modalidade de financiamento da saúde no Reino Unido se constituía através da seguridade social, sendo que os profissionais que recebiam um determinado salário poderiam ser atendidos nos hospitais filantrópicos pelos *General Practitioners* (Médicos Generalistas). Essa forma de financiamento segurava cerca de um terço da população, que passou a contar com uma pequena parcela das divisas do Governo quando da instituição do *National Insurance Act* em 1911 (FILIPPON *et al.*, 2016).

No ano de 1942, a coalizão governamental dos partidos Trabalhistas e Conservadores, chefiada pelo primeiro Ministro Winston Churchill, solicitaram um estudo, que seria conhecido como o Relatório Beveridge, que lançou as bases teóricas do NHS na premissa do Estado de Bem Estar Social. O relatório evidenciou, um atraso da Inglaterra com relação a outros países, demandando assim mudanças necessárias, como a reformulação do sistema, baseado em políticas sociais redistributivas, objetivando a assistência a toda população (CARDOSO; HELLER, 2010).

Consequentemente, em 1948, o NHS iniciou suas atividades como sistema universal de saúde, passando por várias reformas e ajustes ao longo dos anos, como a unificação dos Departamentos de Saúde e Seguridade Social em 1968 e a modificação da organização local do sistema em 1974 (FILIPPON *et al.*, 2016). A estratégia orçamentária foi modificada com a introdução das Autoridades de Saúde de Área, que realizaram a transição de um sistema de financiamento por instituições para um planejamento integrado de serviços de saúde. Nesta nova organização do sistema foi instituída uma metodologia com medidas de necessidades locais de saúde, distribuídas por território e o uso de fórmula alocativa de recursos, conforme

estas necessidades, substituindo assim as transferências financeiras que seguiam médias históricas (FILIPPON *et al.*, 2016).

No final da década de 1970, a crise econômica se instalou na Europa e Reino Unido, no qual o partido Trabalhista britânico mantinha controle sobre as regras de mercado no NHS, limitando sua influência. Com a chegada do Partido Conservador ao Governo, as novas estratégias foram implantadas pela primeira ministra Margareth Thatcher, que trouxe uma mudança ideológica e teórica ao NHS. Deste modo, foi introduzido o conceito de liberalização no NHS, pelo qual as regras de mercado e livre concorrência passariam a ditar o modo operante daquele sistema de saúde. Os profissionais de saúde gradativamente foram afastados da administração, e a cultura organizacional começava a ser substituída por uma mais corporativa, baseada em evidências e conformidades, ao passo que a também a qualidade começava a ser implementada na Gestão Hospitalar (AMADEO *et al.*, 2021).

Os serviços não ligados diretamente a prestação de cuidados foram terceirizados e, por etapas, os hospitais começavam a ganhar cunho privado e característica de prestador de serviços, através de incentivos e facilidades que fomentaram a construção de *trusts*. Os *trusts* (administração de terceiros) passaram a manter os contratos de prestação de serviço com as recém criadas Autoridades de Saúde. Também gerenciavam a compra de serviços para os pacientes de GPs que não aderiram ao sistema de *fundholding* (sistema de financiamento a compra de serviços médicos). Estava determinado a cisão entre compra e prestação de serviço, estabelecida por decreto do *Department of Health*, através do *National Health Service and Community Care Act* de 1990 (FILIPPON *et al.*, 2016; AMADEO *et al.*, 2021).

Desta forma, a implementação da teoria empresário-corporativa e a liberalização do NHS com a prestação de serviços por *Trusts* fez com que existisse um salto importante na melhoria das instituições de saúde, objetivando qualidade neste cenário semicompetitivo. A introdução da Qualidade Total fez-se neste momento, e logo os hospitais e outros serviços começaram seus programas de Qualidade, introduzindo princípios de estatística e análise através de ferramentas de gestão e coordenação de cuidados (BERWICK; ENTHOVEN; BUNKER, 1992).

A constatação de que existia uma falha na entrega de serviços adequados e seguros aos usuários do NHS, veio do fato que ficou conhecido como *Bristol Heart Scandal* (O escândalo do Bristol Heart). O *Bristol Royal Infirmary (BRI)* é um hospital de cirurgia cardiovascular pediátrica e como vários outros hospitais, compunha um *trust*, sendo gerenciado conforme a teoria empresário-corporativa desenvolvida. Observou-se, entretanto, que os indicadores de gestão pactuados estavam apresentando uma piora progressiva entre os 1984 a 1995, atingindo uma taxa de mortalidade (ALASZEWSKI, 2002).

Aberto pelo Departamento de Saúde e Comandado pelo Professor Sir Ian Kennedy, o Inquérito do BRI foi iniciado em 1998 e teve seu relatório final em 2001. Foram observadas falhas na estruturação, gestão e cultura da instituição. Ficou explícito a ausência de análise crítica dos dados e informações pelos gestores, assim como a baixa qualidade dos registros que originaram esses dados, que levaram a um ambiente de pouca transparência e resolutividade. Uma cultura de avaliação de risco não foi observada, e apesar da instrumentalização e ferramentas as análises e consequentes acompanhamentos de ações não eram efetivas. A comunicação entre equipes era muito falha, o atendimento ao paciente era fragmentado e sem critérios de qualidade ou organização. Isso impulsionou também conflito e rivalidade entre os médicos e demais profissionais de saúde, que se acirrou com a ausência de uma liderança adequada (ALASZEWSKI, 2002; DEPARTMENT OF HEALTH, 2002; AMADEO *et al.*, 2021).

O impacto do relatório foi tão avassalador que exigiu do Departamento de Saúde uma reestruturação do NHS. As mudanças começaram pela criação do *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), órgão independente do DH que ficaria responsável pela construção de

melhores práticas como protocolos e estudos, visando o aprimoramento contínuo do NHS. Em seguida foi instituído o *Commission of Health Improvement* (CHI), com funções próximas e complementares ao NICE, contudo ligado ao DH (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002). Foram desenvolvidos também o NPSA (*National Patient Security Agency*), responsável pelo desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente e o NCAA (*National Clinical Assessment Authority*), que rastreia e trata práticas clínicas inadequadas (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002). Assim, o sistema de saúde inglês ganhava corpo e robustez com vários mecanismos de controle para assegurar que a mudança proposta realmente ocorresse, e já se via traços de uma Governança desenhada (HALLIGAN; DONALDSON, 2001).

A Governança Clínica

As mudanças no NHS baseadas em toda regulamentação e definição de *standards* de qualidade, ainda demandava a construção de um modelo que garantisse um ambiente de excelência para a prática clínica. Desta forma, baseada no relatório do DH e nas discussões com os investigadores do BRI, uma equipe de estudiosos foi formada para desenvolver uma construção que garantisse tal ambiente de excelência. Foi então que o chefe dessa equipe desenvolveu o conceito de Governança Clínica baseada em preceitos da Governança Corporativa (HALLIGAN; DONALDSON, 2001).

O conceito de Governança Clínica foi determinado no NHS como:

um sistema através do qual as organizações são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e garantir elevados padrões de atendimento, criando um ambiente de excelência de cuidados clínicos (GOVERNMENT LABOUR; WHITE PAPER, 1997, p.8).

Entretanto, dentro do NHS, a governança clínica também pode ser definida como:

[...] uma construção específica para saúde, determinante para desenhar alinhamento entre os profissionais de saúde, promover segurança assistencial e aprimoramento contínuo do processo e dos profissionais. (GOVERNMENT LABOUR, WHITE PAPER, 1997, p.8)

O conceito inicial do NHS é o mais utilizado na literatura sendo também mais amplo e passível de múltiplas interpretações. Contudo, este mesmo conceito também é tratado de forma mais específica e direcionada pelos poucos autores e profissionais que trabalham com a temática. Sendo essa construção específica para a saúde mencionada baseada em pilares que sustentam o programa de Governança Clínica, sendo eles: Eficiência e Efetividade Clínica; Gestão de Riscos e Eventos Adversos; Auditoria Clínica; Transparência; Responsabilização; Educação Permanente de Profissionais; e Inovação e Melhorias Contínuas (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002; TRAVAGLIA; SPIGELMAM; DEBONO; BRAITHWAITE, 2011).

Nesse sentido, segue a explicação de cada pilar da Governança Clínica:

1. A Eficiência e Efetividade Clínica refere-se a construção de estratégias específicas para que se alcance o melhor resultado assistencial, contando com os recursos disponíveis e com o menor custo. Nesse pilar se observa que para a sua efetivação o paciente deve ser envolvido em seu cuidado e o processo assistencial, planejado e construído, deve centralizar nas necessidades do paciente (MCSHERRY; PEARCE, 2011).

2. A Gestão de Riscos e Eventos Adversos diz respeito à individualização dos riscos por paciente. Esses riscos devem ser diferenciados em riscos do processo (ou não clínicos) e riscos assistenciais (ou clínicos). Em 1999, o *National Health Service Litigation and Authority* (NHSLA) determina a estruturação da gestão de riscos em um documento que define um padrão de qualidade para todos os *trusts*, conhecido como *NHSLA Risk Management Standards* (MCSHERRY; PEARCE, 2011).

3. A Auditoria Clínica representa o pilar de verificação dos processos, estrutura e desfechos que existem na construção do cuidado ao paciente. Também define estratégia de melhoria contínua através do aprimoramento das não conformidades, comparadas a critérios

definidos. (COPELAND, 2005). Para definição de melhores práticas de auditoria foi criado *A Practical Handbook for Clinical Audit* (MCSHERRY; PEARCE, 2011).

4. Transparência é um dos pilares base para que os demais se desenvolvam, pois é necessário um ambiente de transparência, no qual sejam conhecidas as métricas e como todo o processo foi construído. Com regras e normas bem definidas e de conhecimento de todos. Dados e informações, como desfechos e performance devem ser abertas e comunicadas às partes interessadas, principalmente o paciente (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002).

5. O monitoramento adequado, associado a processos investigativos e avaliativos transparentes constrói outro ambiente muito importante para a Governança Clínica, o da Responsabilização. O senso de pertencimento e dever para com suas ações e decisões é o que deve ser trabalhado neste pilar (MCSHERRY; PEARCE, 2011).

6. Educação Permanente dos profissionais de saúde deve ser uma preocupação constante das organizações e instituições de saúde. Manter seus profissionais atualizados e preparados para prestar o melhor cuidado possível. As instituições também devem ser capazes de fornecer estrutura para a correção de falhas observadas e envolver os profissionais no aprendizado com os erros (MCSHERRY; PEARCE, 2011).

7. Por fim, o pilar da Inovação e Melhorias contínuas é a convergência de todos os pilares acima comentados que promove um sistema de contínuo aprimoramento, de melhorias contínuas. Evidencia-se também a preocupação com a inovação e otimização da prática clínica, objetivando o uso adequado do recurso para o desfecho mais adequado, centrado no paciente (MCSHERRY; PEARCE, 2011).

Outra preocupação importante da governança clínica é com a informação, apesar de não ser um pilar. A qualidade dos registros assistenciais toma um espaço importante na estratégia de Governança Clínica (SECKER-WALKER; LUGON, 2023). O controle da informação assistencial, especialmente para análise de desfechos é imprescindível para o desenvolvimento de melhorias. Desta forma, a utilização de prontuários eletrônicos é muito incentivada no contexto da governança clínica para gestão da informação do paciente e seu cuidado (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002).

Com o passar do tempo a Governança Clínica foi aprimorada e ganhou melhorias. Uma das maiores alterações foi implementada por Hopkins, em 2000, que orientou a estruturação das instituições de saúde através de Sistemas de Governança, principalmente representadas pela Governança Corporativa, Governança Clínica, Governança de Dados e TI, e Governança de Custos (MCSHERRY; PEARCE, 2011). Nesta etapa, o controle das informações e dos processos é aprimorado, assim como também a relação de competitividade entre os *trusts* se solidifica (MCSHERRY; PEARCE, 2011).

Outra grande alteração foi a constituição dos comitês de Governança Clínica, definindo que cada programa de Governança Clínica deveria minimamente ter em sua composição os comitês de Risco Assistencial, Auditoria Clínica, e Educação e Informação do Paciente. Essa formatação ratifica a centralidade e participação do paciente em seu cuidado. Desta forma a Governança Clínica se solidifica como a estratégia de construção do processo assistencial dentro no NHS (MCSHERRY; PEARCE, 2011).

A Governança Clínica para Além do NHS

Travaglia *et al.* (2011) definiram que Governança Clínica é um termo além das bordas do Reino Unido e que era aplicável a outros países e ambientes, como um conceito e tema da própria literatura científica. Nesta pesquisa, os autores investigaram quatro bancos de dados, sendo eles *Medline* e *Medline in Process*; *Embase* e *CINAHL*, mostrando em seus achados que já no ano de 1998 existiam 43 citações ao termo Governança Clínica, que em 2003 observaram 253 e no último ano da coleta, em 2008, 125 citações foram registradas. De tal forma, foram observados 80 conceitos associados a Governança Clínica como Qualidade, Gestão Clínica,

Governança Corporativa, Segurança do Paciente, Desfechos Clínicos e Pesquisa (TRAVAGLIA *et al.*, 2011).

Assim, a Governança Clínica se consagra como uma construção científica, conceitual e ferramenta de gestão para serviços e sistemas de saúde. Contudo, ainda pouco explorada, conforme apresentado em estudo de Travaglia *et al.*,(2011). Ainda dentro do Reino Unido, mas não só na Inglaterra, aparecem casos de sucesso da implementação da Governança Clínica como na Nova Zelândia (GAULD; HORSBURGH; BROWN, 2011) e Austrália (ARYA; CALLALY, 2005).

Fora do Reino Unido, outros países iniciaram também seus programas de Governança Clínica. A Espanha foi um dos primeiros países europeus a adotar essa prática, através da Atenção Primária e laboratórios do Sistema de Saúde Espanhol. Da mesma forma, a Suécia iniciava práticas de melhoria assistencial que culminaram na implementação da Governança Clínica (HELLSTROM *et al.*, 2010). Itália, Alemanha e Dinamarca iniciaram seus projetos de Governança Clínica pela gestão do corpo clínico, ampliando e desenvolvendo seus programas com o passar dos anos, até a construção completa do seu próprio *framework* (BURAU; WINSFORD; FRANCE; 2009).

Contudo, a construção de Governança Clínica não ficou limitada à Europa. O Irã definiu Governança Clínica como metodologia de melhoria assistencial na Atenção Terciária (HOJJAT *et al.*, 2015), posteriormente estendida à Atenção Primária. Outro país que seguiu fortemente a implementação desta construção, inicialmente na gestão assistencial materno infantil, foi a Indonésia (AMELIA *et al.*, 2015). A América Latina também seria contemplada com programas de Governança Clínica, contudo, com características específicas da construção e não utilização de todo seu *framework*, como foi o caso de Cuba, Peru e Bolívia, que iniciaram seus programas com a introdução de auditorias clínicas em linhas de cuidado (SIDDIQI; NEWELL, 2009). Estudos posteriores na América Latina demonstraram a necessidade da estruturação da Governança Clínica em sua macro estratégia para alcance de melhores resultados (KETELHOHN; SANZ, 2016).

Pode-se observar, analisando os fatos supracitados, que a Governança Clínica foi implementada no mundo sob várias perspectivas, motivações e práticas, o que a fez promover resultados variados. Isso consequentemente influenciou o olhar e o real entendimento deste conceito e da estrutura desenvolvida no NHS produzindo desdobramentos diversos. Tal fato não seria diferente no Brasil, onde as instituições de saúde implementaram a Governança Clínica de várias formas, utilizando-se de diferentes conceitos e seguindo etapas diferentes (GOMES *et al.*, 2015).

Gomes *et al.* (2015) destacam que Governança Clínica teve vários entendimentos, e que não necessariamente representam o todo da construção realizada no NHS, sendo essa visão polissêmica sobre a governança encontrada em várias pesquisas do contexto brasileiro, seja pelo foco utilizado ou o modelo desenhado na sua implementação. Observam-se trabalhos de Governança Clínica brasileiros focados em linhas de cuidado e protocolos em doenças agudas, cuidados críticos e doenças crônicas (COSTA; HYEDA, 2016) ou direcionadas a um segmento específico do processo assistencial como enfermagem ou corpo clínico (LIMA; RAMOS, 2016). Desta forma, observa-se que em sua grande maioria os programas de Governança Clínica no Brasil, tomaram formatos e estratégias diferentes, ainda sem o corpo ou plenitude da conceituação e construção desenvolvida no NHS.

Assim, faz-se necessário a construção de um programa de Governança Clínica que se aproximasse mais dos conceitos inicialmente estruturados por Halligan e Donaldson (2001) e pela estruturação orientada pelo *Department of Health* em 2002. Essa poderá evidenciar no país todos os benefícios da utilização da metodologia de Governança Clínica tais como a segurança do paciente e centralização em seu cuidado, melhoria de resultados assistenciais, melhoria de custos e sustentabilidade, alcançados no Reino Unido.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, que permite trabalhar os dados buscando seu significado, com base na percepção do fenômeno dentro do seu contexto, assim como propicia o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenômeno em estudo e das suas relações. A pesquisa qualitativa se configura por meio de cinco características básicas: ambiente natural, dados descritivos, preocupação com o processo, preocupação com o significado e processo de análise indutivo (BOGDAN; BIKLEN, 2003).

Esses cinco componentes também direcionaram esta pesquisa na medida que será estudado um ambiente hospitalar, contextualizado com um arcabouço teórico apropriado sobre o tema, na qual será descrito os passos realizados para desenvolvimento e implantação das estratégias sendo analisado os dados coletados em uma fonte secundária (sistema de informação GestHos), para se fazer a correlação destes com a literatura proposta, para se fundamentar e entender a melhora do processo assistencial.

O método adotado foi pesquisa-intervenção, tendo em vista que o pesquisador também foi o agente de mudança do processo assistencial no local da pesquisa, e que se utilizou de uma construção pragmática, baseada em mensurações imparciais por instrumentos validados (ROCHA; AGUIAR, 2003). Assim, por meio do contato direto, os participantes e processos observados e o pesquisador, foi lançado mão de recursos variados para a coleta e análise de informações e dados: Roteiro de campo: denominado pelo autor *road map*, no qual foi estabelecido diretrizes e construções a serem exploradas em ordem cronológica de execução, que pudessem ser seguidas sem grande rigidez, facilitando as percepções do pesquisador a partir de determinadas situações, fatos, diálogos ou lembranças, estabelecendo conexões lógicas entre dois ou mais elemento. Diário de campo: no qual o pesquisador registra suas impressões sobre o cotidiano dos processos e profissionais observados, sendo posteriormente comparada e/ou anexadas as construções previstas no *road map*. Informantes-chave: um ou vários partícipes observados (uma “rede”), que apresentam para o pesquisador atributos para facilitar a obtenção de dados, dada sua inserção no meio onde a observação se processa. Essas pessoas foram entendidas como lideranças no processo, algumas delas foram os Coordenadores de Enfermagem e de Clínicas e a própria equipe da Governança Clínica. Registros de prontuário eletrônico: onde a vivência da construção do processo e sua evolução foi registrada através do versionamento de informações.

O cenário deste estudo foi o Hospital São Francisco de Assis que faz parte do Complexo Hospitalar São Francisco (CHSF). Esse é um hospital filantrópico, de fundo privado, com fonte pagadora 100% SUS, situado em Belo Horizonte, Minas Gerais. A unidade estudada possuía 244 leitos de internação, distribuídos entre a Unidade de Clínica Médica, Unidade Médico-Cirúrgica, três unidades de Centro de Terapia Intensiva Adulta, Hemodiálise e Bloco Cirúrgico, além de outras Unidades de Apoio como Serviço de Diagnóstico por Imagem, Laboratório de Análises Clínicas, Farmácia e outros.

Os dados foram coletados à medida que os relatórios de melhoria assistencial eram produzidos, apresentados e publicados. Os dados secundários relativos à construção de indicadores e da planilha de melhorias foram coletados nos documentos “Relatório de Melhorias nos Processos Assistenciais” no período de 2016 a 2019 e relatórios do setor de Governança Clínica.

Durante todos os processos, o pesquisador (primeiro autor) realizou anotações em um diário de campo constituído de uma planilha-pasta em computador pessoal, que continha todas as anotações e estruturações do processo, assim como auto-relato do autor, que esteve presente durante todo o processo de desenvolvimento e implementação do método. Os dados e *prints* de

telas do prontuário e do *kanban* assistencial também foram coletados do sistema de informação desta instituição de saúde (GestHos), no período de 2016 a 2019.

Os dados contidos nos documentos e relatórios foram analisados por meio de análise documental para descrição da situação e dos passos realizados para desenvolvimento e implantação da metodologia. Para essa análise foi realizado um tratamento destes pelo seu conteúdo, assunto ou teor textual, identificados os conceitos expostos, necessários para a pesquisa.

O presente estudo é parte de um projeto maior aprovado pelo Comitê de Ética UFMG, sob o parecer nº. 2606933, tendo sido também aprovado pela Gerência de Pesquisa do Complexo Hospitalar São Francisco, sob o parecer nº. 3.200.287.

RESULTADOS

O primeiro passo para a implementação da Governança Clínica foi a construção de um arcabouço teórico iniciado em agosto de 2016, por meio da revisão de literatura sobre o tema, utilizando-se os descritores: auditoria clínica, gestão clínica, governança corporativa, garantia da qualidade dos cuidados de saúde e governança clínica, em bancos de dados como BVS, PubMed, Cochrane e Elsevier.

Identificou-se que a literatura sobre Governança Clínica produzida em nosso país apresentava-se muito escassa e enviesada na gestão de performance do corpo clínico ou na gestão de protocolos. Poucos programas de Governança Clínica tinham sido desenvolvidos e geralmente eram mais um processo do Diretor Técnico ou Clínico do que uma construção estruturada. Alguns hospitais, com programas de Governança Clínica nos moldes supracitados, experimentaram algum tipo de controle e melhoria, sendo que outros tiveram resultados desastrosos. A curiosidade nesses relatos é exatamente não terem sido aplicados ou não compreendidos, em sua totalidade, os pilares conceituais da Governança Clínica (GOMES *et al.*, 2015).

Apesar de no modelo do NHS o DH não determinar uma metodologia rígida para aplicação de um programa de Governança Clínica, algumas diretrizes ficaram muito claras em publicações do NICE e do NHSLA, como o NHSLA *Risk Management Standards*, para que o conceito de Governança Clínica fosse realmente aplicado. Existiam guias como os relatórios de gestão e publicações específicas como o livro de auditoria clínica *A Practical Handbook for Clinical Audit*; guia publicado pelo *The Clinical Governance Support Team* e ferramentas para a aplicação e estruturação de Governança Clínica no NHS (MCSHERRY; PEARCE, 2011).

A literatura referenciada para a implementação passou a ser o modelo do NHS e de seus pesquisadores, em que o histórico do NHS e como a Governança Clínica se desenvolveu ganhou enorme importância. Seguem os principais autores consultados: Mcherry e Pearce (2011); Halligan e Donaldson (2001); e Ketelhöhn e Sanz (2016).

No ano de 2016, para aplicação do segundo passo, um processo de auditoria foi necessário para o entendimento do processo assistencial. Um embrião de Auditoria Clínica foi desenvolvido, com visitas aos setores para observação dos processos assistenciais, assim, rodas de conversas com os coordenadores das equipes médicas e de enfermagem foram estabelecidas.

Sem recursos ou orçamento para grandes investimentos, e tendo por base os pilares da Governança Clínica traçados pela NHS foi elaborada a metodologia em doze passos para sua implementação, conforme a Figura 1.

Figura 1- Desdobramento dos Pilares da Governança Clínica em Estratégias Gerenciais.

PILARES DA GOVERNANÇA CLÍNICA

1. Eficiência e efetividade clínica;
2. Gestão de riscos e eventos adversos;
3. Auditoria clínica;
4. Transparência;
5. Responsabilização;
6. Educação permanente de profissionais;
7. Inovação e melhorias contínuas



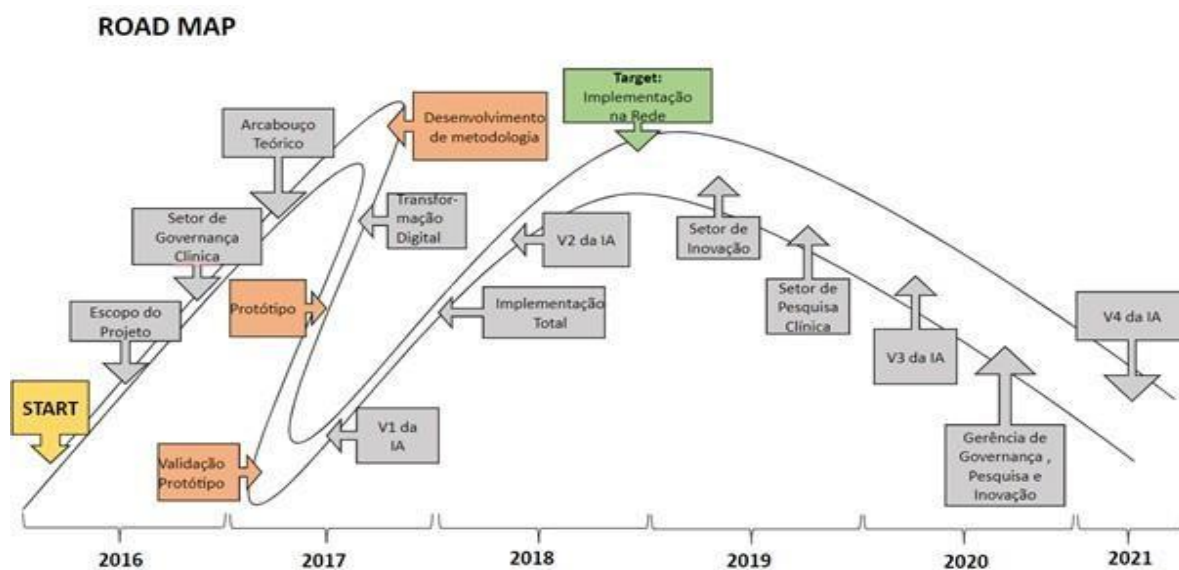
ESTRATÉGIAS GERENCIAIS

1. Criação e revisão periódica do Perfil Epidemiológico,
2. Criação de Ferramentas Assistenciais (Prontuário Eletrônico),
3. Definição de Standards Assistenciais (Escore Prognósticos e do Cuidado),
4. Definição de monitoramento de resultados Assistência
5. Gestão Clínica Estratégica (Planejamento assistencial e execução do cuidado),
6. Gestão dos Riscos Assistenciais,
7. Criação de Comitês Assistenciais (Grupo Gestor Assistencial, Câmara Técnica)
8. Auditoria Clínica,
9. Definição de relatórios e feedbacks as equipes e administração,
10. Construção da gestão do corpo assistencial,
11. Cultura de educação permanente,
12. Política de Governança Clínica.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Esses passos foram baseados em ferramentas como perfil epidemiológico, construção de linhas de cuidado, gestão de riscos e monitorização por indicadores que, em sua maioria, são conhecidas e presentes no cotidiano assistencial, sendo outras introduzidas e outras revisitadas. Dessa forma, foi desenhado um *road map*, ou seja, um caminho a ser seguido para a concretização da implementação da Governança Clínica, contendo datas e as principais entregas, conforme ilustrado na Figura 2.

Figura 2- Road map de execução do projeto de implementação da Governança Clínica no Hospital São Francisco de Assis.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Esse *road map* se tornou o guia para que toda equipe envolvida no projeto soubesse todos os passos a serem tomados e os devidos prazos a serem cumpridos.

O conceito de Ações gerenciáveis foi construído na perspectiva de monitoramento, ou seja, necessariamente seriam acompanhadas pela equipe do setor de Governança Clínica por uma métrica ou mensuração, quer seja um indicador ou um documento oficial produzido mensalmente com reuniões de indicadores com as equipes e anualmente com o relatório de melhorias. Na sequência descreve-se doze ações gerenciáveis.

1 Criação e revisão periódica do perfil epidemiológico

O perfil epidemiológico de uma organização de saúde é ferramenta fundamental para se entender o contexto assistencial, ou seja, entender quem são os pacientes atendidos, qual sua distribuição de gênero, idade, comorbidades, complexidade e gravidade de suas doenças, auxiliando a construção de protocolos e linhas de cuidados (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Para esse fim, foi necessário um ambiente de auditoria que pudesse apresentar esses dados, tendo em vista que o sistema de informação ainda não era capaz de entregar tais dados de forma estruturada. Assim, o setor de Governança Clínica absorveu a Comissão de Óbito e Prontuário, que além de exercerem suas funções de avaliação dos óbitos ocorridos na instituição e de qualidade dos registros assistenciais, seriam utilizadas como fonte de dados.

Desses relatórios de perfis epidemiológicos produzidos durante o período de 2016 a 2018 foram constituídas as linhas de cuidado e os protocolos assistenciais que norteiam o processo assistencial. Os principais protocolos construídos foram os protocolos de Tromboembolismo, Sepsis e Síndrome Coronariana. Inicialmente foram construídas as linhas de cuidado da Sepsis, da Síndrome Coronariana e da Cirurgia Ortopédica. Linhas e cuidados são construções assistenciais que norteiam a jornada do paciente e dos profissionais de saúde dentro de uma estruturação processual e protocolar, baseada em uma comorbidade específica ou síndrome, o que define como uma assistência será prestada do seu início até sua conclusão (POSSA *et al.*, 2020).

2 Criação do prontuário eletrônico como ferramenta assistencial

Durante o período de auditoria foi observada a fragilidade dos registros assistenciais. O prontuário era informatizado, mas não eletrônico; não existia a certificação digital, que exige em seu primeiro nível de segurança a estruturação de informações, conforme define o Manual Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informação na Saúde (VIRGINIO JUNIOR *et al.*, 2014). Esse prontuário basicamente consistia em um campo livre, que aceitava a inclusão de qualquer tipo de registro. Além disso, possibilitava a utilização de funções como “copia e cola”, que geravam erros e fragilidades jurídicas aos registros.

Outra questão relevante era a qualidade do registro, que variava conforme a maturidade da equipe e não garantia um histórico organizado e compreensível da doença e do quadro do paciente. Com o trâmite da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº. 13.709/2018, em sua fase final em 2016 e o Manual da CFM/SBIS foi então estruturado um protótipo de prontuário com dados organizados, predefinidos e estruturados, que foi aplicado inicialmente no Centro de Terapia Intensiva (CTI) Cirúrgico. Esse protótipo foi construído junto à equipe médica do CTI, à equipe da Tecnologia de Informação e da Governança Clínica.

A construção legal desse protótipo baseou-se ainda nas Regulamentações do CFM nº. 1638 e nº 1821, além da LGPD e Manual da CFM/SBIS. Do ponto de vista técnico, sua base foi estruturada utilizando-se o perfil epidemiológico e a alocação e organização de dados e informações no prontuário de tal forma que favorecessem no usuário a construção de um raciocínio clínico sobre a condição do paciente, apoiado no cruzamento de dados e em um volume de informações que facilitassem o entendimento da patologia do paciente.

Um grande facilitador dessa transformação digital e do prontuário eletrônico foi a disseminação da informação. Uma vez o dado imputado, ele poderia ser repassado à outra equipe que usasse o mesmo dado, evitando retrabalho, inconsistências, agilizando o tempo de

preenchimento e principalmente disseminando informação assistencial relevante.

Contudo, foi observado pela equipe de Governança, de Tecnologia de Informação (TI) e Gestora do Sistema Gesthos, que a massa de dados assistenciais era enorme e a possibilidade de utilização do *Big Data* era uma oportunidade de melhoria assistencial que deveria ser explorada, situação também observada na revisão de literatura realizada por Wang, Kung e Byrd (2018).

Dessa forma, foi necessário iniciar estudos sobre Inteligência Artificial (IA) na Saúde, chegando ao formato de plataforma de suporte a decisão clínica, que se concretizou em uma série de algoritmos construídos em rede neural artificial chamada LYA AVI®, o primeiro produto comercializável dessa metodologia.

3 Definição de standards assistenciais (escores prognósticos e do cuidado)

Esse passo mostrou-se um dos mais importantes na construção da metodologia, pois era necessário criar uma linguagem comum para que as equipes conseguissem se comunicar e mensurar a criticidade do paciente e do cuidado a ele prestado. Nesse sentido, a utilização de escores assistenciais e do cuidado foi a solução encontrada. Inicialmente foram utilizados escores já validados na literatura, sendo eles: *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) (HAN *et al.*, 2018), *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS 3) (SILVA JUNIOR *et al.*, 2010), *Sequential Sepsis- related Organ Failure Assessment* SOFA (SAFARI *et al.*, 2016), ODIN (MACCARIELLO *et al.*, 2008), EVA (SARDÁ JUNIOR; KUPEK; CRUZ, 2009), BRADEN (ALDERDEN *et al.*, 2017), MORSE (GRINGAUZ *et al.*, 2017), SCHEIN (SOUZA, 2015).

Sabe-se que existe uma série de escores para avaliação do nível de consciência do paciente. Contudo, após discussão interdisciplinar, optou-se pelo uso do RASS que avalia o nível de consciência e agitação do paciente e poderia ser utilizado tanto no CTI quanto nas Unidades de Internação (HAN *et al.*, 2018).

O SAPS3 é um consagrado escore de gravidade e probabilidade de morte em Terapia Intensiva, que é utilizado para entender a gravidade do paciente (SILVA JUNIOR *et al.*, 2010). Já o SOFA é um escore de deterioração orgânica muito utilizado em Terapia Intensiva, que mostra a piora clínica do paciente (SAFARI; MESKINI, 2016).

Ambos os escores, SAPS 3 e SOFA, eram utilizados em pacientes internados na Terapia Intensiva, enquanto nas Unidades de Internação utilizava-se o ODIN (MACCARIELLO *et al.*, 2008) para se avaliar a gravidade e probabilidade de óbito do paciente. Contudo, apesar de serem validados e consagrados, não era possível acompanhar a jornada do paciente e sua gravidade durante a internação, pois observou-se a inexistência de correlação entre eles (SAPS3 e ODIN estudados à época).

Diante disso, foi realizado um estudo para construção de um novo escore que pudesse ser utilizado em ambos os locais, CTI e Unidades de Internação. Sua construção foi baseada no SAPS3 e NEWS (ECHEVARRIA; STEER; BOURKE, 2019) e sua validação foi feita em comparação ao SAPS3 e ODIN encontrados nos pacientes. Após o período de 3 meses de observância e validação, ele passou a ser o escore utilizado em todas as unidades assistenciais e era calculado automaticamente e diariamente pela IA. Esse escore é constituído de uma combinação de resultados de exames laboratoriais, dados vitais e informações de idade e tempo de internação. Da mesma forma, os escores assistenciais de enfermagem e dos seus cuidados foram definidos em conjunto com a equipe assistencial e Coordenação de Enfermagem dos setores. Como critério utilizado para a escolha, os escores deveriam ser instrumentos validados cientificamente. Assim, foram selecionados a Escala Visual Analógica de Dor (EVA), MORSE, BRADEN e a Escala de SCHEIN.

EVA apresenta-se como instrumento que equaliza a mensuração da dor dos pacientes pelos profissionais, enquanto o MORSE é um instrumento utilizado para avaliar o risco de queda de um paciente durante sua internação (GRINGAUZ *et al.*, 2017). Outro instrumento de

gerenciamento de risco utilizado foi o BRADEN, escala aplicada para estratificar o risco dos pacientes de desenvolvimento de lesões cutâneas por pressão (ALDERDEN *et al.*, 2017). Nesse contexto, o instrumento criado para avaliação e acompanhamento da gravidade do paciente (SGP) já estava definido, porém, observou-se a necessidade de se utilizar também uma ferramenta de mensuração da complexidade do cuidado do paciente. Para esse fim, foi escolhida a escala de SCHEIN (SOUZA, 2015).

4 Definição de monitoramento de resultados assistenciais

Para iniciar o acompanhamento do processo assistencial foram definidos apenas dois indicadores: Taxa de Mortalidade e Média de Permanência. A Taxa de Mortalidade foi escolhida pela sua abrangência e confiabilidade na relação com assistência prestada (CECIL, BOTTLE, ESMAIL, VINCENT, AYLIN., 2020). Enquanto a Média de Permanência já era um indicador pactuado com a Secretaria de Saúde, além de se mostrar como um bom indicador da qualidade do cuidado. Assim, foram criados relatórios que fariam o acompanhamento mensal, por setores, dos indicadores definidos.

Esse processo funcionou adequadamente e serviu como base para estruturação das formas de reporte e *feedbacks*. Contudo, à medida em que o sistema era desenvolvido em conjunto com a IA, propiciou o desenvolvimento de cultura *Data Science* ou tomada de decisão baseada em dados. A estruturação de dados possibilitou a realização da mineração de dados e de processos, ou seja, era possível isolar um dado específico e trabalhar em algoritmos de IA construindo uma inteligência de dados (JANDA; SOYER, 2019).

Outro passo foi modificar a forma de monitorar o processo assistencial e o desenvolvimento da IA para analisar individualmente cada paciente, elencando sua gravidade, tempo de permanência e escores assistenciais como o SGP, BRADEN e SCHEIN, para dar *insights* sobre possíveis condutas.

Além de melhorar de maneira exponencial a monitorização, o suporte da IA com *insights* ajudou os profissionais a tomarem decisões mais assertivas, em menor tempo. Muitos profissionais relataram apreensão no início de sua utilização, mas posteriormente propuseram inclusive outras melhorias, em reuniões de equipe.

Conseguiu-se, ao final da Versão 3 da Inteligência Artificial, balizar as tomadas de decisão estratégicas com apenas um indicador denominado Taxa de Aproveitamento Assistencial. Tal indicador é composto por uma série de análises da IA, uma construção com mais de 60 camadas, que por meio da análise do planejamento assistencial, da segurança do paciente e do desfecho do cuidado, gera uma taxa de aproveitamento a cada assistência prestada que varia de 0 a 100%, em que abaixo de 70% é um baixo aproveitamento e acima de 80% é um alto aproveitamento.

5 Gestão clínica estratégica

Essa etapa foi dedicada à monitorização e definição de ações da estratégia da organização. O objetivo da Gestão Clínica Estratégica foi construir uma estruturação que garantisse eficiência e eficácia clínica e que almejasse a efetividade da assistência ofertada. Nessa perspectiva, eficiência clínica está ligada a atingir uma qualidade assistencial por meio de processos bem determinados; eficácia é atingir essa qualidade conforme um padrão ou meta determinada, efetividade é alcançar eficácia com menor custo operacional possível (SCALLY; DONALDSON, 1998; HACKETT; LILFORD; JORDAN, 1999).

Inicialmente, a gestão clínica estratégica era alinhada em reuniões mensais com os coordenadores e com os integrantes do Setor de Governança Clínica, que participavam de corridas de leitos e discussões de casos clínicos de pacientes internados. O tempo resposta dessas ações não eram ideais, ocorrendo geralmente um mês após as discussões, principalmente porque a forma de se acompanhar as equipes e os pacientes era precária e existiam muitas

demandas para poucos profissionais no setor de Governança Clínica. Reduzir o tempo entre as reuniões não foi uma opção plausível à época, sendo a melhor opção um esforço conjunto dos setores de Qualidade, Governança Clínica e Segurança do Paciente, no sentido de realizar intervenções e alinhamentos.

Assim, a Qualidade trabalhava a auditoria de processos; a Segurança do Paciente à gestão de riscos e eventos adversos; e a Governança Clínica à melhoria dos processos assistenciais, dos registros e ferramentas eletrônicas.

Posteriormente, o Sistema de Informação Gesthos disponibilizou um *Business Intelligence* (BI), uma forma gráfica da inteligência de dados, que por intermédio de vários indicadores permitiu definir como principais indicadores: taxa de ocupação, taxa de mortalidade, media de permanência, giro de leito; e outros indicadores de processo como liberação de prescrição até 13 horas e alta até 11 horas. Isso significou uma evolução importante no acompanhamento do processo assistencial. Da mesma forma, o Setor de Qualidade desenvolveu e disponibilizou indicadores de eventos adversos e de adesão a protocolos.

Quando da introdução e utilização do prontuário eletrônico padronizado, foi possível automatizar ainda mais o controle e acompanhar em tempo real os indicadores e suas mudanças. Isso possibilitou, com a estruturação de dados assistenciais e a construção de uma ferramenta de acompanhamento contínuo do quadro clínico do paciente, chamada de *Kanban* Assistencial, que consistia basicamente em um quadro construído por setores, contendo todos os pacientes neles internados e descrevendo os principais indicadores assistenciais por pacientes, atualizados em tempo real. Para além dos indicadores apresentados, o *Kanban* ainda apresentava informações como a especialidade clínica do paciente e se esse se encontrava em algum tipo de precaução. Assim, todos os pacientes poderiam ser acompanhados em tempo real e suas alterações comunicadas aos coordenadores e setores assistenciais.

O passo seguinte foi estruturar uma sala de situação dentro do setor de Governança Clínica, um ambiente de monitorização baseado em informações em tempo real, ou menor tempo de *input* possível, para construção e análise de cenários, através de discussão entre uma equipe especializada para tomada de decisões estratégicas e táticas (DEININGER *et al.*, 2014).

Sete monitores foram dispostos em uma parede, em que o central estava focado no BI de indicadores hospitalares e seis monitores anexos apresentando o *Kanban* assistencial de cada setor de internação do Hospital. Neste ambiente eram realizados momentos específicos de análises dos cenários, com a participação da equipe do setor de Governança Clínica, Diretoria Clínica e uma vez ao mês com toda a Diretoria Hospitalar.

6 Gestão dos riscos assistenciais

A Gestão de Riscos Assistenciais mostrou-se como outro ponto desafiador. Primeiramente, pelo fato de que, da forma como era realizada ela se concentrava nos riscos de processo e os tratava de forma geral, sem a devida individualização (FREEMAN; WALSH, 2004). Inicialmente foi utilizada a matriz de risco por setor. Em um segundo momento foram mapeados os riscos assistenciais mais prevalentes, que foram colocados para serem sinalizados à beira leito. Contudo, essa estratégia não obteve êxito, por ser muito dispendiosa, agregando tempo adicional as atividades laborais desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem.

Sendo assim, foi desenvolvida uma versão resumida desta ferramenta ‘beira leito’, contando com apenas nove riscos: queda, lesão por pressão, aspiração, tromboembolismo, flebite, sepse por Sonda Vesical de Demora (SVD), perda de acesso venoso, perda de Sonda Nasoentérica (SNE) e perda de SVD. Contudo, a gestão de riscos assistenciais só conseguiu ser realizada de forma adequada, quando a ferramenta ‘prontuário eletrônico padronizado’ e a ‘IA’ desenvolvida foram aplicadas.

Isso se deve ao fato da IA apresentar em uma interface específica, o risco e a matriz de risco do paciente, o que aumentou a percepção de risco da equipe, através do contato constante

com essa interface da IA. Observou-se ainda, que este passo apresentou o efeito de uma educação permanente dos profissionais em gestão de riscos, pois a medida que os riscos eram apresentados os profissionais, através da repetição ficavam familiarizados e desenvolviam um raciocínio em sua identificação.

Neste momento, a IA foi desenhada para procurar riscos de forma intensa, através de seus algoritmos. Assim que a IA cruzava dados e percebia um risco ele era apresentado ao profissional de saúde na tela do computador, e tudo que deveria ser feito pela equipe assistencial para minimizar ou evitar que aquele determinado risco se concretizasse. No topo da tela de risco foi acoplado o protocolo a que ela se referia; então, se o profissional desejasse, ele clicaria no protocolo e faria a leitura, naquele mesmo ambiente, sem ter que procurar em outro repositório. Foi definido pelo Comitê Assistencial que a gestora principal de riscos. Desta forma, ela teria ciência de todos os riscos dos pacientes e poderia acionar as outras equipes para fazer a gestão em conjunto, além de definir os cuidados a serem traçados.

Por fim, a interface entre usuário e IA alcançou um nível de amadurecimento, ao ponto da equipe assistencial solicitar uma personificação para ela, que por meio de um avatar passou a se chamar LYA AVI®

7 Criação de comitês assistenciais (grupo gestor assistencial, câmara técnica)

A possibilidade de monitorar melhor os desfechos e o processo assistencial trouxe um problema a ser resolvido: como tratar a questão das falhas técnicas, principalmente da equipe médica? Esse é um assunto ainda muito delicado nas instituições de saúde, visto que qualquer abordagem de falhas ainda é uma dificuldade na cultura das organizações de saúde (SHOHET; LAVY; 2004).

Para tanto, foi estruturado um ambiente onde essa questão pudesse ser trabalhada, preservando os envolvidos, de tal forma que falhas pudessem ser discutidas de forma técnica. Quando observada a ocorrência de uma falha assistencial pela equipe de Governança Clínica,

Qualidade ou Segurança do Paciente, ou Coordenador de setor, os profissionais envolvidos eram encaminhados para a Câmara Técnica. Este fórum era composto pelo Diretor Geral, os Diretores Técnicos e Clínicos das unidades, um representante jurídico e algum membro convidado especificamente para cada discussão. As reuniões eram realizadas mensalmente, ou de forma extraordinária, caso algum caso grave, como óbito associado a falha se apresentasse.

Caso fosse observado desdobramento ético, o processo era encaminhado aos Comitês de Ética específicos dos Hospitais. O adequado funcionamento da Câmara Técnica e o levantamento das questões assistenciais trouxeram a necessidade de um outro fórum de discussão, específico dos coordenadores de equipe, para se tratar das questões de grupo e não pontuais. Assim, foi criado o Comitê Assistencial, no intuito de alinhar decisões da estratégia e da Câmara Técnica com o corpo clínico especificamente. A comunicação era realizada através de relatórios, memorandos e algumas reuniões.

8 Auditoria clínica

A Auditoria Clínica é um dos pontos centrais da construção da Governança Clínica, por proporcionar um acompanhamento constante e fidedigno do processo assistencial, quando seu escopo é bem formulado. Optou-se por um escopo de auditoria baseado no *A Practical Handbook for Clinical Audit*; guia publicado pelo *The Clinical Governance Support Team* (COPELAND, 2005).

O plano de auditoria e escopo de auditoria estavam previstos na Política de Governança Clínica, assim como seu cronograma e gatilhos de acionamento. Desta foi elaborado um instrumento para ser aplicado à beira leito, estruturado de forma a perceber a conformidade com a construção do planejamento assistencial do paciente e sua execução, composto por três momentos: Planejamento - momento em que era avaliado a maturidade do planejamento

executado; Execução do cuidado - momento em que era observado se o que tinha sido planejado estava realmente sendo executado e com que maturidade; Segurança - momento em que eram observados alguns aspectos da segurança do paciente, baseados em uma análise individual de seus riscos. Esse instrumento era aplicado pela equipe de Governança Clínica, que possuía um médico e uma enfermeira para essa função. A auditoria se mantinha presente até o entendimento dos desvios ou piora clínica, em conjunto com a equipe assistencial. Ou seja, tratava-se de um trabalho coordenado com as equipes, para entendimento, através de dados, de uma mudança de situação.

9 Definição de relatórios e feedbacks às equipes e administração

Desde o início do projeto, as formas de reporte aos interessados sempre foi uma preocupação. Desta forma, foi proposta a elaboração de um relatório que trouxesse de maneira sucinta e objetiva critérios a serem observados a vista do processo assistencial. Os aspectos observados foram pensados no sentido de metrificar o processo assistencial e avaliar seu desfecho. O documento era confeccionado com a base de dados extraída de relatórios customizados do Sistema Gesthos. O próximo passo era o envio à postagem do repositório do Sistema da Qualidade, e logo em seguida era encaminhado à Diretoria Geral e Técnica, para uma apreciação em um fórum criado para se discutir as estratégias assistenciais, chamado de Comitê de Governança e Qualidade.

No início, teve-se dificuldade de adesão dos profissionais Médicos, visto que sua participação no processo assistencial é fundamental e existia pouco envolvimento destes nos processos de gestão. Contudo, nas reuniões nos anos de 2018 e 2019, a participação dos coordenadores e membros médicos aumentou, o que trouxe mais espaço para avaliação dos indicadores e participação na gestão do cuidado por parte destes profissionais.

A equipe multidisciplinar, em específico a Enfermagem, sempre teve participação muito marcante nesta discussão e na construção das melhorias do processo assistencial. Tais melhorias englobavam melhorias nas linhas de cuidado, protocolos, e nas versões da IA, como expressão digital de seus processos de trabalho.

O processo de melhoria teve como marco o relatório definido como *White Paper 2019*. Dentro das construções e regulações do NHS, toda grande mudança é definida em um documento chamado *White Paper*. Desta forma, a equipe de Governança Clínica optou em nomear o relatório que traria mais mudanças ao processo de implementação, segundo o seu original no Reino Unido (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002).

Neste ponto da implantação da Governança Clínica, em 2018, as equipes já se encontravam com maturidade suficiente para melhor utilizar a ferramenta “prontuário eletrônico padronizado”, a cultura de dados mais desenvolvida e a percepção da transformação digital mais clara.

10 Construção da gestão do corpo assistencial

A gestão do corpo assistencial é importante na construção de um modelo de Governança Clínica, pois o conhecimento da performance do profissional e seus desfechos implica em segurança e transparência ao processo assistencial. No modelo do NHS, os profissionais estão ranqueados para que a população possa escolher o profissional que vai prestar seu atendimento. Contudo, entende-se que no nosso país estamos longe desta realidade, por razões culturais e de ainda não ser desenvolvido um ambiente de transparência que possibilite essa prática (TRAVAGLIA *et al.*, 2011).

Seguindo a orientação de Mcsherry e Pearce (2011), optou-se por iniciar medindo a performance do médico. Iniciaram-se uma série de reuniões envolvendo a Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria Clínica, Setor de Qualidade e Governança Clínica, para serem definidos indicadores e formas de coleta de dados e acompanhamento. Os médicos foram

distribuídos em dois grandes grupos, um clínico e outro cirúrgico, com indicadores específicos para cada. Nos três primeiros meses de observação deste modelo, chegou-se à conclusão de que o modelo estava desbalanceado, pois muitos médicos tinham um excelente desempenho técnico e várias reclamações de relacionamento das outras equipes ou do Setor de Ouvidoria. Desta forma, os indicadores foram revistos e acrescentados novos indicadores técnicos e inclusos indicadores de avaliação de elogios ou reclamações na Ouvidoria.

Foram também implementadas reuniões de *feedback* da Diretoria Geral e Técnica com os coordenadores de equipe e seus membros, para avaliação de melhorias. Contudo, o modelo era analógico e muito trabalhoso de ser preenchido, o que culminou em atraso no prazo de entrega das planilhas. No segundo semestre de 2017, a IA já estava robusta o suficiente para que nela pudessem ser desenhados algoritmos de análise de desempenho por assistência prestada. Esses critérios foram desenhados conforme o Manual de Auditoria Clínica do NHS (COPELAND, 2005) adaptado à realidade do Complexo Hospitalar, gerados e geridos pela IA ao final de cada internação de paciente. Ao final de um período de três meses de observação, foi entendido que o modelo avaliava a assistência prestada com muita sensibilidade, mas que a atribuir somente a um profissional não refletia a realidade de desempenho daquele profissional, mas sim de um grupo de profissionais. Sendo assim, o modelo digital continuou em desenvolvimento, sendo o analógico mantido em utilização. Desta forma a gestão do corpo assistencial ganhou mais celeridade, credibilidade e determinou a validação do processo pelos usuários e pela estratégia da organização.

11 Cultura da educação permanente

Com a monitoração mais adequada do processo assistencial por meio da implementação da metodologia de Governança Clínica, foi possível evidenciar oportunidades de melhoria e aprimoramento dos profissionais. O Setor de Governança Clínica, em parceria com o Setor de Qualidade e o Setor de Recursos Humanos, evoluiu com a educação permanente de seus profissionais, trabalhando em duas frentes: Educação Introdutória e Educação Corretiva. A Educação Introdutória era composta por uma série de pequenos cursos, ministrados pelos funcionários do Setor de Governança Clínica aos novos membros do corpo assistencial, durante sua admissão, na estrutura denominada “Treinamento Básico Introdutório”, construída pelo setor de Recursos Humanos (RH). Nele eram abordados assuntos como introdução à Governança Clínica, utilização das ferramentas assistenciais e gestão de riscos assistenciais.

Na segunda modalidade eram realizados pequenos grupos de treinamentos específicos, baseados em observações das auditorias clínicas e de monitorização de resultados assistenciais. Tais treinamentos eram ministrados por membros do Setor de Governança Clínica, Qualidade e Segurança do Paciente, dentro do centro de estudos da instituição, conforme as necessidades surgiam. Eram treinamentos curtos de, no máximo, uma hora e abordavam as falhas técnicas observadas pelas auditorias.

12 Política de Governança Clínica

A Política de Governança Clínica (PGC) foi o documento que condensou as 11 etapas anteriores, na forma de um instrumento institucional a ser aplicado em todos os ambientes do Complexo Hospitalar. Desta forma, a PGC regimentava como a Governança Clínica seria tratada, disseminada, monitorada e desenvolvida, sendo um documento de acesso, através do repositório do Módulo da Qualidade do sistema Gesthos, a todo público assistencial e administrativo. Essa etapa foi fundamental para que ocorresse a consolidação da Governança Clínica como uma política; significou a institucionalização dessa no cotidiano da instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doze (12) estratégias gerenciais traçadas se basearam nos sete (07) pilares da Governança Clínica sendo: (1) a criação e revisão periódica do Perfil Epidemiológico; (2) a criação de ferramentas assistenciais (no caso desse estudo o prontuário eletrônico com formatação de campos para destaque de dados assistenciais a serem acompanhados); (3) a definição de *standards* assistenciais (baseados em escores prognósticos e do cuidado já validados na prática clínica e na literatura científica); (4) a definição de monitoramento de resultados assistenciais (de acordo com a realidade e demanda do serviço); (5) o estabelecimento da gestão clínica como uma prática baseada no planejamento assistencial e na execução do cuidado em saúde; (6) a gestão dos riscos assistenciais baseado numa cultura não punitiva mas de melhoria contínua; (7) a criação de Comitês Assistenciais; (8) o estabelecimento da auditoria clínica; (9) a definição de relatórios e *feedbacks* para as equipes e a alta administração; (10) a construção da gestão do corpo assistencial; (11) o estabelecimento de uma cultura de educação permanente em saúde; e por fim, (12) o alcance do desenvolvimento de uma política de Governança Clínica.

A metodologia construída, apesar de usar instrumentos já conhecidos da rotina da gestão hospitalar, teve uma construção singular, em função das características da instituição em estudo. A principal dificuldade de implementação da inovação foi a resistência na forma de pensamento fixo dos profissionais de saúde, que não acreditavam que mudanças poderiam ser feitas e nem habilidades poderiam ser desenvolvidas. No momento e que os profissionais começaram a adquirir uma forma de pensamento de crescimento, as possibilidades de desenvolvimento começaram a se apresentar e a implementação da Governança Clínica proposta foi aceita. O aspecto facilitador foi o apoio total da alta gestão, principalmente na figura do Diretor Geral e da Gerente Assistencial. Esse apoio permitiu que etapas de difícil execução, como a modificação de todo prontuário eletrônico, fossem realizadas de forma mais tranquila e célere.

A Governança Clínica é um instrumento de sustentabilidade para as instituições de saúde, logo, entende-se que uma pesquisa com um período de observação maior que cinco anos possa ser capaz de apresentar outros resultados, agregando contribuições significativas a literatura científica. Para futuros estudos sugere-se também a realização de entrevistas com os envolvidos antes e depois da implementação desta metodologia.

REFERÊNCIAS

- ALASZEWSKI, A. The impact of the Bristol Royal Infirmary disaster and inquiry on public services in the UK. *Journal of Interprofessional Care*, v. 16, n. 4, p. 371–378, 2002.
- ALDERNDEN, J.; CUMMINS, M. R.; PEPPER, G. A.; WHITNEY, J. D.; ZHANG, Y.; BUTCHER, R.; THOMAS, D. Midrange braden subscale scores are associated with increased risk for pressure injury development among critical care patients. *Journal of Wound, Ostomy, And Continence Nursing*, v. 44, n. 05, p. 420-428, 2017.
- AMADEO, JAVIER, ANDREAZZA, ROSEMARIE E REIS, ADEMAR ARTHUR CHIORO DOS. Sistema Nacional de Saúde britânico: trajetória de reformas, 1990-2002. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 37, n. 5, e00233820, 2021.
- AMELIA, D., SUHOWATSKY, S., BAHARUDDIN, M., THOLANDI, M., HYRE, A., & SETHI, R. (2015). Case Study: Clinical Governance as an Approach to Improve Maternal and Newborn Health in 22 Hospitals in Indonesia. *World Health & Population*, v. 16, n.2, p. 16–23.
- ARYA, D.; CALLALY, T. Using continuous quality improvement to implement a clinical governance framework in a mental health service. *Australasian Psychiatry*, v. 13, v.3, p.241–246, 2005.

- BERWICK, D M; ENTHOVEN, A; BUNKER, J P. *EDUCATION & DEBATE Quality management in the NHS: the doctor's role-I*. 1992.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. *Investigação qualitativa em educação musical: uma introdução á teoria e aos métodos*. 2003.
- BURAU, V.; WINSFORD, D.; FRANCE, G. Reforming medical governance in europe. what is it about institutions? *Health Economics, Policy and Law*, v.265, n.4, p. 265-281, 2009.
- CARDOSO, F.L.L.; HELLER, C. A influência do relatório Beveridge nas origens do welfare state (1942–1950). *Revista Todavia*, v. 1, n. 1, p. 39-53, 2010.
- CECIL, E.; BOTTLE, A.; ESMAIL, A.; VINCENT, C.; AYLIN, P. What is the relationship between mortality alerts and other indicators of quality of care? A national cross-sectional study. *Journal of Health Services Research & Policy*, [S. l.], v. 25, n. 01, p. 13–21, jan. 2020.
- COPELAND, T.E. et al. *Financial theory and corporate policy*. Boston: Pearson Addison Wesley, 2005.
- COSTA, E. S. M.; HYEDA, A. Gerenciamento de casos crônicos: governança clínica com redução de custos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 62, n. 03, p. 231-235, maio 2016.
- DEININGER, L. S. C.; LUCENA, K. D. T.; FIGUEIREDO, D. C. M. M.; SILVA, C. C.; OLIVEIRA, A. E. C.; ANJOS, U. U. Dengue situation room as a health management tool. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 100, p. 50–56, 2014.
- DEPARTMENT OF HEALTH. *Learning from Bristol: the department of health's response to the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol royal infirmary 1984-1995*. Londres: Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty, 2002.
- ECHEVARRIA, C.; STEER, J.; BOURKE, S. C. Comparison of early warning scores in patients with COPD exacerbation: DECAF and NEWS score. *Thorax*, n. 10, p. 941-946, oct. 2019.
- FILIPPON, J. et al. A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 8, p. 1–15, 2016.
- FREEMAN, T.; WALSH, K. Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England. *Quality and Safety in Health Care*, v. 13, n. 05, p. 335–343, oct. 2004.
- FREEDMAN, D.B. Clinical governance—bridging management and clinical approaches to quality in the UK. *Clinica Chimica Acta*, v. 319, n. 2, p. 133-141, 2002.
- GAULD, R.; HORSBURGH, S.; BROWN, J. The clinical governance development index: results from a New Zealand study. *BMJ Quality & Safety*, v. 20. p. 947-952, 2011.
- GOMES, ROMEU. et al. A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.8, p. 2431–2439, 2015.
- GRINGAUZ, I.; SHEMESH, Y.; DAGAN, A.; ISRAELOV, I.; FELDMAN, D.; PELZ-SINVANI, N.; JUSTO, D.; SEGAL, G. Risk of falling among hospitalized patients with high modified Morse scores could be further Stratified. *BMC Health Services Research*, v. 17, n. 1, p. 721, 2017.

- HACKETT, Mark; LILFORD, Richard; JORDAN, Joe. Clinical governance: culture, leadership and power—the key to changing attitudes and behaviours in trusts. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 12, n. 3, p. 98-104, 1999.
- HALLIGAN, Aidan; DONALDSON, Liam. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *British Medical Journal*, v. 322, n. 7299, p. 1413-1420, 2001.
- HAN, J. H.; WILSON, A.; SCHNELLE, J. F.; DITTUS, R.; ELY, E. W. An evaluation of single question delirium screening tools in older emergency department patients. *The American Journal of Emergency Medicine*, v. 36, n. 07, p. 1249-1252, 2018.
- HELLSTRÖM, Andreas; LIFVERGREN, Svante; QUIST, Johan. Process management in healthcare: Investigating why it's easier said than done. *Journal of Manufacturing Technology Management*, v. 21, n. 4, p. 499–511, 2010.
- HOJJAT M, MOSALANEJAD L, CHARKHANDAZ M, PABARJA E, EHSANI M, MOHAMMADI S. Barriers to clinical governance administration from point of view of managers and nurses. *J Holist Nurs Midwifery*, v.25. n.4, p. 45-52, 2015.
- JANDA, M.; SOYER, H. P. Can clinical decision making be enhanced by artificial intelligence?. *The British Journal of Dermatology*, v. 180, n. 02, p. 247-248, 2019.
- KETELHÖHN, N.; Sanz, L. Healthcare management priorities in Latin America: Framework and responses. *Journal of Business Research*, v. 69, n.9, p.3835–3838, 2016.
- LIMA, M. O. S. S.; RAMOS, L. M. A. Governança clínica: desafios e inovação do hospital Márcio Cunha na gestão do corpo clínico. *Revista Ciência e Saúde*, [S. l.], v. 31, p. 54–62, out. 2016.
- MACCARIELLO, E. R. *et al.* Performance of six prognostic scores in critically ILL patients receiving renal replacement therapy. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 20, n. 02, p. 115-123, 2008.
- MCSHERRY, R; PEARCE, P. *Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals*. London: John Wiley & Sons, 2011.
- OLIVEIRA, T. J. B.; REIS, L. A. P.; BARRETO, L. S. L. O.; GOMES, J. G.; MANRIQUE, E. J. C. Perfil epidemiológico dos casos de hepatite C em um hospital de referência em doenças infectocontagiosas no estado de Goiás, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 09, n. 01, p. 51-57, 2018.
- POSSA, L. B.; PADILLA, M.; PLENTZ, L. M.; GOSCH, C. S.; FERLA, A. A. Linha de cuidado em COVID-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios. *Saúde em Redes*, [S. l.], v. 06, n. 02 supl., p. 07-29, dez. 2020.
- ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia Ciência e Profissão [online]*, v.23, n.4, p. 64-73, 2003.
- SCALLY, G.; DONALDSON, L. J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal*, v. 317, n. 7150-7159, p. 61-65, 1988.
- SARDÁ JUNIOR, J. J.; KUPEK, E.; CRUZ, R. M. Preditores biopsicossociais de incapacidade física e depressão em trabalhadores do setor de frigoríficos atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica*, v. 16, n.02, p. 76-80, jun. 2009.

- SAFARI, Y; MESKINI, H. The effect of metacognitive instruction on problem solving skills in Iranian students of health sciences. *Global Journal of Health Science*, v. 8, n. 1, p. 150, 2016.
- SECKER-WALKER, J.; LUGON, M. *Advancing clinical governance*. CRC Press, 2023.
- SILVA JUNIOR, J. M. *et al.* Applicability of the simplified acute physiology score (SAPS 3) in Brazilian hospitals. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, n. 1, p. 20-31, 2010.
- SHOHET, I. M.; LAVY, S. Development of an integrated healthcare facilities management model. *Facilities*, v. 22, n. 05/06, p. 129–140, 2004.
- SIDDIQI, K., NEWELL, J. What were the lessons learned from implementing clinical audit in Latin America? *Clinical Governance*, v. 14, n.3,215–225, 2009.
- SOUZA, D. S. Aspectos quali-quantitativos do dimensionamento de pessoal de enfermagem. 2015. *Trabalho de Conclusão de Curso* (Bacharelado em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2015
- TRAVAGLIA, J.F., DEBONO, D., SPIGELMAN, A.D., BRAITHWAITE, J. Clinical governance: a review of key concepts in the literature. *Clinical Governance: an International Journal*, v. 16, n. 1, pp. 62-77, 2011.
- VIRGINIO JUNIOR, L. A.; RICARTE, I. L. M.; SOUZA, J. P.; MARQUES, P. M. A. Avaliação do S-RES de um hospital-escola baseada no processo de certificação SBIS / CFM. In: XIV Congresso Brasileiro em Informática em Saúde - CBIS 2014 - Santos, SP, Brasil, 2014. Anais.
- WALSH, K. Clinical Governance: Costs and Benefits. *Health Policy Manag*, v.2, p. 149, 2014.
- WANG, Y.; KUNG, L.; BYRD, T. A. Big data analytics: Understanding its capabilities and potential benefits for healthcare organizations. *Technological Forecasting and Social Change*, v. 126, p. 3-13, 2018.

GESTÃO DA QUALIDADE EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Henrique Acácio Marques Andrade; Graduado em Gestão de Serviços de Saúde; EE-UFGM

Adriane Vieira, Doutora; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde da EE-UFGM

RESUMO: Este artigo objetiva analisar o processo de implementação da gestão da qualidade total em instituições de saúde brasileiras. Buscou-se identificar os efeitos das gestões da qualidade nos serviços de saúde prestados e na rotina de trabalho dos colaboradores, o que, por sua vez, foi estabelecido através do monitoramento de atividades realizadas e da análise de dados de auditoria. Adotou-se como método a revisão sistemática ampla e integrativa da literatura acadêmica. Utilizou-se a metodologia PRISMA (*Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises*) e as meta-análises foram coletadas das bases de dados SPELL® (*Scientific Periodicals Electronic Library*), Google Acadêmico, e LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*). Com base nas evidências coletadas, constataram-se 13 artigos, sendo em sua grande parte estudos qualitativos e quantitativos. A partir da leitura dos artigos, foi possível obter resultados acerca do panorama dos profissionais de saúde, com pontos de vista diferentes acerca da implementação da qualidade. Além disso, as ferramentas implementadas foram relacionadas no resultado, como forma de ver as instituições de saúde como um todo a partir dos processos e estratégias de qualidade selecionadas. Também se reafirmaram, quanto às conclusões atingidas a partir do processo de pesquisa, a importância e o impacto do processo de gestão de qualidade nas instituições e na gestão de serviços de saúde como um todo.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão da Qualidade Total; Serviços de Saúde; Auditoria.

INTRODUÇÃO

A partir do século XX, cresceu a necessidade de oferecer serviços e produtos de qualidade dentro de diversas indústrias, com o intuito de se destacar frente ao mercado competitivo. Assim, surgiu o termo Gestão da Qualidade, mas o termo mais utilizado atualmente é Gestão da Qualidade Total - GQT (ROCHA, 2011).

A GQT foi conceituada inicialmente como “conjunto de técnicas destinadas a evitar erros” (ROCHA, 2011, p.18). Segundo Carr e Littman (1990), a GQT pode ser sintetizada como: insistência nos consumidores; não tolerância de erros; prevenção de problemas; decisões com base em fatos; planejamento estratégico; trabalho em grupo; estrutura descentralizada e horizontal; e por fim, melhoria contínua.

De acordo com Mollin (2003, p.15), a qualidade em saúde consiste “em ir ao encontro das exigências e expectativas dos usuários dos serviços e demais intervenientes, mantendo os custos ao nível mais baixo possível”. Tal conceito explicita que a qualidade na saúde pode ser interpretada de diversas maneiras, pois cada usuário tem uma demanda diferente ao acessar um serviço de saúde.

A implantação de um sistema de gestão da qualidade nos serviços de saúde ocorreu recentemente no Brasil. As divulgações da qualidade dos serviços prestados pelas operadoras de planos privados são registradas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) desde 2004, enquanto a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) é realizada frequentemente a partir da publicação do índice de qualidade do SUS (ID-SUS), em curso desde 2011 (BRASIL, 2011).

A partir da necessidade de expor quais as diferentes formas de implementação da gestão da qualidade em instituições de saúde, realizou-se uma coleta de dados com artigos contendo profissionais da saúde com áreas distintas de atuação, com o intuito de trazer os impactos da qualidade em diversos processos na área da saúde. O objetivo geral desta pesquisa foi analisar o processo de implementação da gestão da qualidade total em instituições de saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

Gestão da qualidade nas instituições de saúde

A Gestão da Qualidade na Saúde, inicialmente, foi vista como “percepções e expectativas dos doentes às quais o sistema deve corresponder” (ROCHA, 2011, p.134). Tal conceito é

frequentemente utilizado em qualquer serviço que utilize a ferramenta da qualidade, e não é diferente no âmbito dos hospitais. Cada paciente entra em um serviço com uma expectativa diferente, seja sobre o tempo para ser atendido, a forma que será abordado pelos profissionais de saúde, e principalmente sobre qual será o diagnóstico final para sua queixa. Esta expectativa é influenciada por fatores ligados a experiências anteriores no serviço de saúde, recomendações de pessoas próximas, ou até mesmo pelo inesperado, pelo primeiro contato com a instituição, segundo de FELDMAN *et al.* (2004, p.214).

O termo Qualidade ou Melhoria Contínua da Qualidade nos conceitos mais modernos é um fenômeno continuado de aprimoramento, que estabelece progressivamente os padrões, resultado dos estudos de séries históricas na mesma organização ou de comparação com outras organizações semelhantes, em busca do defeito zero - situação que, embora não atingível na prática, orienta e filtra toda ação e gestão da qualidade. A partir de pesquisas de satisfação e feedbacks dos usuários do serviço, é possível verificar os fatores que possuem maior impacto em uma instituição de saúde, como é o exemplo do tempo de espera entre a chegada e o atendimento com o profissional de saúde. Caso seja um período de tempo muito longo, o usuário em uma possível pesquisa de satisfação irá reclamar deste fator, e desta forma a instituição poderá mitigar erros e futuras reclamações. Dessa forma, profissionais de saúde vêm sofrendo diversas influências. O trabalho contribuiu para mudanças no plano profissional e pessoal, com colaboradores que prezam pela postura ativa, participativa e transformadora, afetando diretamente as relações com as organizações e o modo de fazer. Atualmente, as instituições são sistemas que sofrem ações de meio em que estão inseridas e são influenciadas pela evolução e mudanças em todos os campos sociais, entrando em um campo multidisciplinar de interação com a sociedade (BONATO, 2011).

Portanto, a qualidade nos hospitais hoje significa algo que possa abranger todos os requisitos apresentados pelos colaboradores e usuários em uma abordagem sistêmica, integrada e coerente. A gestão da qualidade é consequência de ações de liderança da organização de saúde, buscando a excelência dos serviços por meio de dedicação e métodos efetivos (BURMESTER, 2013).

Em 1995, o Ministério da Saúde brasileiro criou o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, com o intuito de promover a cultura da qualidade. Três anos depois, surge a primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde, com a finalidade de orientar os vários programas de incremento da eficiência, eficácia e efetividade das instituições de saúde brasileiras (BRASIL, 2002). A acreditação é uma ferramenta que está sendo amplamente utilizada com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento da instituição e alcançar com excelência seus objetivos (SILVA; HECKSHER, 2016).

Para implementar a qualidade dentro dos serviços de saúde atualmente, é necessário entender a instituição como uma organização de características próprias que a diferenciam de outras organizações ou instituições. A instituição deve ser vista como uma empresa, que precisa indiscutivelmente se enquadrar nos modelos da administração empresarial; além de melhorar seu desempenho em termos de eficácia, eficiência e qualidade dos serviços através dos planejamentos da Gestão por Processos e da melhoria contínua de processos para o aperfeiçoamento da Gestão Hospitalar (HERNÁNDEZ *et al.*, 2013).

Auditoria em serviços de saúde

A princípio, o termo auditoria era utilizado pelos ingleses para indicar termos técnicos para a avaliação dos registros contábeis. Entretanto, na atualidade seu significado é mais amplo e constitui em uma ação independente de confrontar uma condição com um critério previamente estabelecido, para que se possa comentar sobre algo ou alguma situação específica. Na saúde, a auditoria começou a ser implementada quando o enfoque foi além do aspecto contábil e de elementos administrativos, com o objetivo de avaliar a eficácia e a efetividade do uso dos controles internos (SOUZA; DYNIEWICZ; KALINOWSKI, 2010).

A auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é complexa, por demandar informações que necessitam ser extraídas, analisadas e interpretadas com cuidado, uma vez que há interesses e responsabilidades diversos quando se audita a saúde (BRASIL, 2011). Por este motivo,

a auditoria é considerada um indicador da qualidade, por monitorar os processos dentro dos serviços de saúde, corrigindo erros e reduzindo custos desnecessários na rotina da instituição.

Levando em consideração os dois grandes desafios da auditoria, que são reduzir custos do setor e buscar a melhoria da qualidade da atenção prestada nos serviços de saúde, as finalidades da auditoria em saúde são (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011):

- Mensurar a preservação dos padrões estabelecidos e proceder ao levantamento de dados que possibilitem conhecer a qualidade, a quantidade, os custos e os gastos da atenção à saúde;
- Avaliar os componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, com o objetivo de melhorar os procedimentos, através da identificação de desvios aos padrões estabelecidos;
- Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, na perspectiva da busca pela melhoria contínua da assistência à saúde e;
- Gerar informações para basear o planejamento das ações que auxiliem no aprimoramento contínuo da assistência à saúde e na satisfação do usuário.

O termo auditoria foi inserido no campo da saúde como uma maneira de avaliação da atenção a partir da observação direta, nos registros e na história clínica do paciente, sendo compreendida como auditoria médica, desenvolvida especialmente no ambiente hospitalar (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2016).

A auditoria tem como propósito principal a melhoria do cuidado ao paciente, bem como a melhoria dos resultados nos serviços de saúde. Os principais elementos de uma auditoria são a revisão sistemática de um procedimento em relação a um critério sólido; a implementação de mudanças; e o monitoramento, a fim de que se verifique que a melhoria foi efetivamente realizada (KIM, 2017).

METODOLOGIA

O presente estudo adotou a revisão sistemática de literatura do tipo integrativa, uma vez que é um método de revisão amplo que possibilita incluir estudos experimentais e não experimentais, para uma compreensão completa do fenômeno analisado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma abordagem que encoraja o desenvolvimento e/ou utilização de resultados de pesquisas na prática clínica. A revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, tornando possível incorporar evidências à prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A literatura determina, na elaboração da revisão integrativa, que sejam seguidas seis etapas de pesquisa no processo de revisão bibliográfica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Na primeira etapa, que consiste na definição da pergunta norteadora pesquisada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), restou formulada a seguinte pergunta: “Como é implementada a gestão da qualidade nos serviços de saúde?”.

Já na segunda etapa foram definidos os critérios de inclusão e/ou exclusão dos artigos para ajustar o estudo, de forma que não fiquem tão amplos, facilitando a revisão e evitando uma busca inviável, proporcionalmente ao lapso temporal definido para elaboração da pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Também foi utilizado o método de Principais Itens Relatar para Revisões sistemáticas e Meta-análises (PRISMA), que é um método estruturado de organização de informações contidos em artigos e revistas.

Os dados da pesquisa foram coletados a partir da *Scientific Periodicals Electronic Library* (SPELL); Google Acadêmico; e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), incluindo todos os trabalhos científicos publicados em artigos e periódicos, nas línguas português, espanhol e inglês, entre os anos de 1999 e 2023, uma vez que em 1999 ocorreu o início formal do processo de acreditação no Brasil, com a Organização Nacional de Acreditação (ONA). As palavras chave utilizadas foram: Gestão da qualidade total, auditoria e serviços de saúde.

Finalmente, para a combinação, foram utilizados os operadores booleanos AND (“E”, conjuntivo) e OR (OU, disjuntivo). Foram excluídos os trabalhos não provenientes de pesquisa de campo e aqueles não publicados na íntegra.

A amostra inicial constituiu-se de 303 artigos, sendo 8 (SPELL); 129 (Google Acadêmico) e 166 (LILACS). As estratégias de busca e a base de dados juntamente com o número de artigos se encontram abaixo registradas no Quadro 1.

Quadro 1 – Base de Dados, Estratégia de Busca e Resultados

Base de Dados	Estratégia de Busca	Resultados
SPELL	“serviços de saúde” e “gestão da qualidade”	8
Google Acadêmico	"gestão da qualidade total"; "Qualidade da assistência à saúde"; "serviços de saúde"	129
LILACS (BVS)	("Gestão da Qualidade Total" OR "Total Quality Management" OR "Gestión de la Calidad Total" OR "Management par la qualité" OR "Gestão da Qualidade" OR "Gestão da Qualidade em Saúde") AND ("Serviços de Saúde" OR "Health Services" OR "Servicios de Salud" OR "Services de santé") AND ("Qualidade da Assistência à Saúde" OR "Quality of Health Care" OR "Calidad de la Atención de Salud" OR "Qualité des soins de santé" OR "Melhoria de Qualidade" OR "Quality Improvement" OR "Mejoramiento de la Calidad" OR "Amélioration de la qualité")	166

Fonte: elaborado pelos autores, 2023.

O estudo dos dados contidos nas publicações foi realizado inicialmente por meio da leitura dos textos, após a exclusão das duplicatas encontradas através da utilização do gerenciador de referências Endnote Web, fazendo com que das 303 publicações disponíveis, 13 fossem retiradas. Após a eliminação dos estudos repetidos e leitura dos títulos e resumos dos mesmos, foram eliminados 264 trabalhos, resultando em uma seleção parcial de 25 textos, que após a leitura do material completo de cada publicação resultaram em um total de 13 publicações para a amostra final, registradas no Quadro 2.

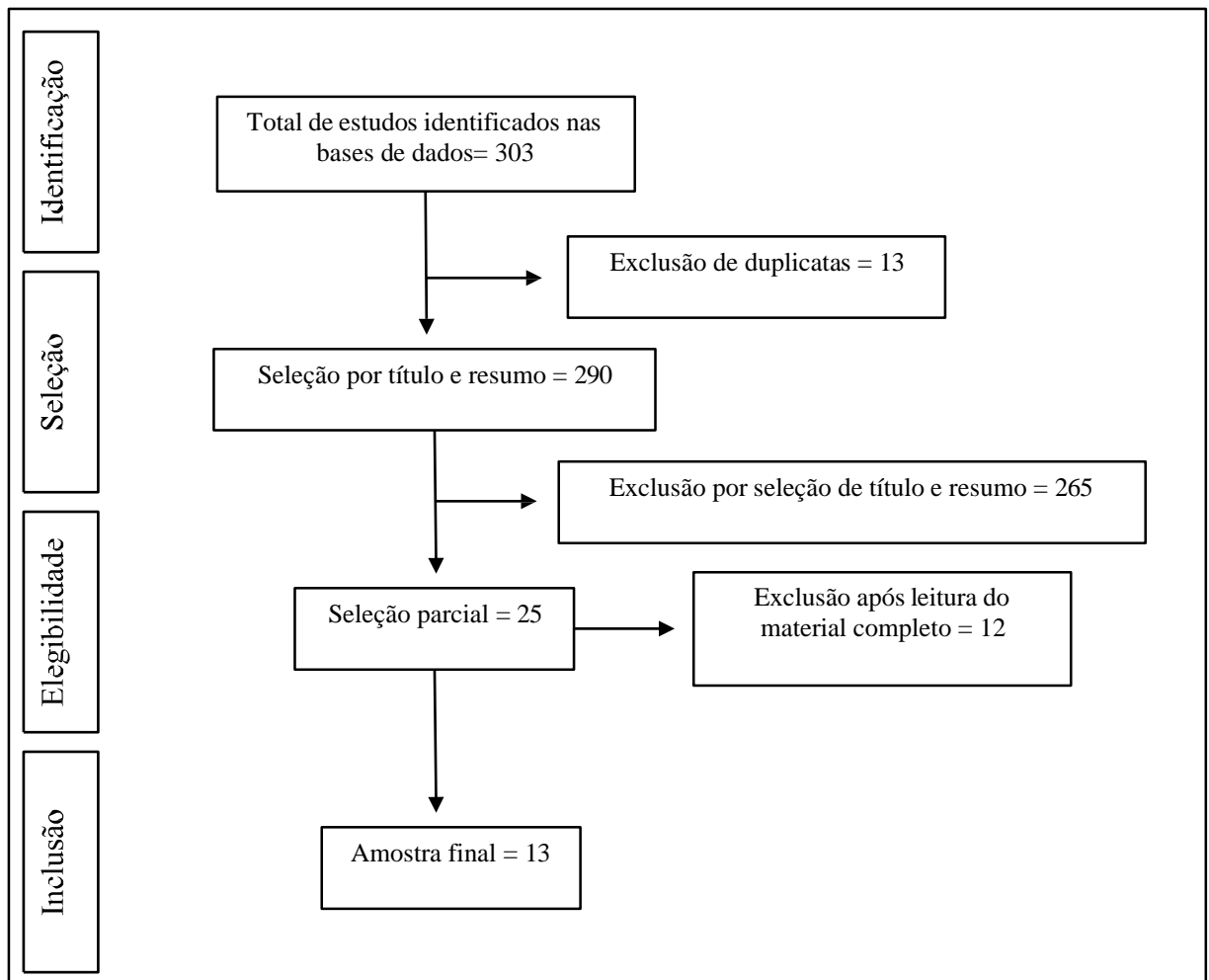
Quadro 2 – Bases de Dados, Resultados Encontrados e Resultados Selecionados

Base de Dados	Resultados Encontrados	Resultados Selecionados
SPELL	8	2
Google Acadêmico	129	3
LILACS (BVS)	166	8

Fonte: elaborado pelos autores, 2023.

Na sequência, o processo de seleção das publicações é apresentado utilizando-se da recomendação PRISMA (MOHER *et al.*, 2015). O fluxograma, que representa todas as etapas da triagem dos estudos, encontra-se esquematizado abaixo na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma da Seleção dos Estudos Primários



Fonte: elaborado pelos autores, 2023.

Na terceira etapa foram definidas as informações a serem coletadas nos artigos selecionados, com informações que agrupam e sintetizam as informações centrais e mais relevantes do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foram utilizados dois instrumentos para a realização da coleta de dados nas publicações selecionadas. O primeiro instrumento é o registro do título, dos autores, das bases de dados e do ano (Quadro 3) e o segundo instrumento consiste no registro dos métodos, objetivos, amostras e resultados presentes nos estudos selecionados (Quadro 4). Ambos estão representados no capítulo de “Análise e Discussão dos Resultados” deste artigo.

A quarta etapa consistiu na análise crítica dos estudos e dos resultados obtidos na etapa anterior, levando em consideração possíveis diferenças nas metodologias adotadas, períodos locais diferentes (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Em sequência, na quinta etapa foram efetuadas a interpretação e discussão dos resultados, buscando identificar algum consenso na literatura quanto aos resultados, bem como apurar a existência de eventuais divergências em relação ao tema abordado e lacunas do conhecimento produzido (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Por fim, a sexta etapa calçou-se na apresentação da revisão realizada, com uma síntese de todos os conhecimentos e definições de todas as etapas do processo, de forma a responder positiva ou negativamente à pergunta de pesquisa que norteou a construção do projeto (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), sendo os resultados apresentados na seção seguinte.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram analisados 13 trabalhos de 3 fontes distintas, que de acordo com a literatura encontrada na pesquisa, foi possível inferir que a gestão da qualidade nos serviços de saúde é um tema que obteve maior atenção no período de 2011-2020, com 12 publicações neste período e com uma publicação encontrada em intervalos de tempo anterior, datada em 2006 (Quadro 3).

Quadro 3 – Relação dos Trabalhos Seleccionados e Incluídos na Revisão Integrativa (Nº, Título da Publicação, Autores, Base de Dados, Periódico e Ano)

Nº	Título da Publicação	Autores	Base de Dados	Periódico	Ano
1	A qualidade nos Serviços de Saúde Pública segundo enfermeiros que gerenciam Unidades Básicas de Saúde	Izaura de Jesus do Nascimento Rosa Elena Rodrigues Leitão Octavio Muniz da Costa Vargens	Google Acadêmico	Revista de Enfermagem da UERJ	2006
2	Modelos de qualidade nos hospitais paulistas: visão dos gestores	Maria Lúcia Bom Angelo	Google Acadêmico	Revista de Administração em Saúde	2011
3	Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público	Larissa Gutierrez da Silva Laura Misue Matsuda	LILACS	Ciência, Cuidado e Saúde	2012
4	Acreditação hospitalar: estudo de casos no Brasil	Lúci de Fátima Emídio Luiza Beth Nunes Alonso Edilson Ferneda Helga Cristina Hedler	SPELL	Perspectivas em Gestão & Conhecimento	2013
5	Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistenciais	Luiza Beth Nunes Alonso Clarisse Droval Edilson Ferneda Luci Emídio	SPELL	Perspectivas em Gestão & Conhecimento	2014
6	Implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade segundo gestores da Atenção Básica de São Paulo	Lais Marques Coelho e Silva Lucilene Renó Ferreira Anderson da Silva Rosa Vanessa Ribeiro Neves	LILACS	Acta Paul Enfermagem	2017
7	Communication as a strategy for hospital accreditation maintenance	Elana Maria Ramos Freire Valéria Cristina da Silva Adriane Vieira Selme Siqueira de Matos Marília Alves	LILACS	Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem	2019
8	Quality as perceived by nursing professionals in an accredited specialized hospital	Luis Roberto Barbino Júnior Larissa Gutierrez de Carvalho e Silva Carmen Silvia Gabriel	LILACS	Revista Brasileira de Enfermagem	2019
9	Clima organizacional y percepción de la calidad en una institución de salud de la ciudad de Manizales (Colombia)	Rubén Darío Agudelo Loaiza Paula Andrea Peña López Carolina Hoyos Loaiza Mario Alberto Jiménez Montoya	LILACS	Archivos de Medicina (Manizales)	2020
10	Percepções de gestores de um hospital universitário sobre a qualidade em saúde	Sâmia Jamylle Santos de Azevedo Larissa Kelly Silva de Moura Camila Matias Nascimento Theo Duarte da Costa Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador	LILACS	Revista de Enfermagem da UFSM	2020

11	Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014	Rosália Garcia Neves Maria Del Pilar Flores-Quispe Luiz Augusto Facchini Anaclaudia Gastal Fassa Elaine Tomasi	LILACS	Epidemiologia em Serviços de Saúde	2020
12	Proposições de enfermeiros coordenadores para a implantação do Programa 5S na Atenção Primária à Saúde	Taciana Vedovatto Klain Kerschner Clarissa Bohrer da Silva Vilma Constancia Fioravante dos Santos Gímerson Erick Ferreira	LILACS	Revista eletrônica de Enfermagem	2020
13	Qualidade em hospital acreditado na percepção dos profissionais de enfermagem	Andressa Hirata Cervilheri Mariana Angela Rossaneis Larissa Gutierrez de Carvalho Silva Maria do Carmo Lourenço Haddad Raquel Gvozd Costa	Google Acadêmico	Cogitare Enfermagem	2020

Fonte: elaborado pelos autores, 2023.

Os autores responsáveis pelas publicações se relacionam diretamente com as áreas da Enfermagem, Administração, Gestão de Serviços de Saúde e Medicina. A partir dos resultados obtidos da pesquisa, 12 dos estudos foram publicados em plataformas de informação acadêmicas do Brasil, e somente uma é internacional, proveniente da Colômbia.

Em relação ao caráter metodológico dos artigos, foram encontradas 7 publicações qualitativas, 3 quantitativas, 1 estudo de caso múltiplo, 1 revisão bibliográfica e 1 história oral temática.

O Quadro 4, por seu turno, foi elaborado com o intuito de apresentar as informações referentes a cada uma das publicações acima dispostas, de forma a atingir resultados que expliquem como a gestão da qualidade é implementada em diferentes instituições de saúde. As informações colhidas restaram sistematizadas da seguinte forma:

Quadro 4 – Informações Acerca dos Trabalhos Selecionados e Incluídos na Revisão Integrativa (Nº, Método, Objetivo, Amostra, Resultado)

Nº	Método	Objetivo	Amostra	Resultado
1	Pesquisa qualitativa exploratória	Conhecer a opinião de enfermeiros a respeito da implantação do programa de qualidade e discutir seus benefícios nas Unidades Básicas de Saúde.	Entrevista com 6 profissionais no período de 2004 a 2005.	O grupo participante entrou em consenso no que diz respeito à qualidade, que traz vantagens em relação ao ambiente de trabalho, organização e conforto para desenvolver as atividades. Também descreveram que são motivados pelo orgulho, satisfação e alegria, além da expectativa do programa de qualidade em termos de crescimento técnico-científico-cultural.
2	Pesquisa qualitativa	Compreender o processo de escolha de modelos de programas de qualidade em hospitais paulistas.	Entrevista com os gestores dos hospitais.	Os modelos de qualidade utilizados são complementares, nenhum deles responde todas as questões de uma organização hospitalar. Optar por um ou outro modelo ou mesmo mesclá-los direciona cada instituição, que deve moldar esses modelos à realidade local. Só é possível aplicar mudanças de qualidade com envolvimento das pessoas, junto à alta direção.
3	Pesquisa qualitativa	Apreender a percepção da dimensão técnica da qualidade do processo de atendimento,	10 entrevistas com colaboradores	Os participantes percebem que é importante a integração entre a unidade de urgência e os serviços

		sob a perceptiva de trabalhadores de um Serviço de Urgência Público.	multiprofissionais	intra e extra hospitalares para se alcançar a qualidade no processo de atendimento. Além disso, os trabalhadores consideram que a dimensão técnica do processo de atendimento do Serviço de Urgência onde atuam corresponde aos preceitos da Qualidade.
4	Estudos de casos múltiplo	Descrever o processo de implantação da gestão da qualidade dos processos assistenciais, envolvendo a gestão clínica e a gestão administrativa de modo particular	Hospitais acreditados pela Organização Nacional de Acreditação e pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação	Os hospitais acreditados são considerados diferenciados, reconhecidos por ter processos monitorados pelas equipes de auditoria interna e pelos agentes multiplicadores, resultando em um aprimoramento contínuo. Em todos os hospitais pesquisados, o processo de acreditação foi resultante da implantação da gestão da qualidade.
5	Revisão bibliográfica	Verificar como a acreditação pode garantir maior segurança ao paciente, através do mapeamento e aperfeiçoamento de processos de assistência, e pela inserção como incremento qualitativo.	Publicações selecionadas no período de 1980-2014	A acreditação melhora a segurança, muda o pensamento dos profissionais envolvidos no atendimento ao paciente, melhora a comunicação e a documentação, além de promover atualização contínua.
6	História oral Temática	Analisar a implementação do Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade segundo gerentes de Unidades Básicas de Saúde	5 gerentes de Unidades Básicas de Saúde	Os gerentes reconheceram o Programa como uma proposta bem estruturada, que permite ampliar a visão gerencial nos serviços de saúde. Indicadores de qualidade foram evidenciados, mas pouco trabalhados no cotidiano de gestores e equipes.
7	Pesquisa qualitativa descritiva	Analisar as estratégias de comunicação adotadas por um Hospital Geral, que colaboram para manutenção da acreditação com excelência.	22 profissionais de saúde, com 6 de nível estratégico, 9 do nível intermediário e 7 do nível operacional.	O estudo mostra que para um hospital acreditado que visa a manutenção da certificação, é necessário uma comunicação efetiva, pois as informações repassadas de forma contínua para todos os níveis operacionais viabilizam a continuidade das ações e incentivo à mudança de atitude dos indivíduos, reafirmando a cultura da qualidade.
8	Pesquisa quantitativa transversal	Identificar a qualidade do serviço de um hospital especializado e acreditado segundo expectativas e percepções de profissionais de enfermagem	34 colaboradores	Os entrevistados apresentaram como maiores expectativas a transmissão de confiança e a prestação de serviços seguros, este último como a melhor percepção com o serviço. Os materiais de divulgação tiveram a menor expectativa, e o período de entrega de serviços na instituição tiveram a pior percepção. A segurança do serviço foi considerada a dimensão da qualidade com maior importância.
9	Pesquisa quantitativa analítico-transversal	Determinar a relação entre o clima organizacional e a percepção da qualidade dos serviços de saúde em uma instituição de saúde da cidade de Manizales, no período entre 2018 e 2019	183 pessoas da área assistencial; 99 pessoas da área administrativa; 382 clientes.	O estudo mostrou que mesmo com resultados satisfatórios no clima organizacional, a qualidade da atenção em saúde precisa de melhoras em todas suas dimensões. Em relação aos objetivos específicos, os resultados das áreas críticas do clima organizacional são satisfatórias, com a necessidade de melhorar para obter

				níveis máximos, próximos ou iguais a 5.
10	Pesquisa qualitativa descritiva	Descrever as percepções de gestores de um hospital universitário sobre a qualidade em saúde.	60 gestores.	Os gestores relacionaram a qualidade à resolutividade do atendimento aos usuários, bem como a um bom relacionamento entre profissionais e à consequente melhoria no processo de trabalho, com destaque para o uso de ferramentas de planejamento em saúde e de indicadores de qualidade.
11	Estudo qualitativo com delineamento transversal	Descrever a adequação da estrutura das Unidades Básicas de Saúde, solicitação de exames pelas equipes e atenção ao pré-natal referida pelas usuárias, no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	24.055 Unidades Básicas de Saúde; 29.778 equipes de saúde e 91.203 usuários.	As UBS com equipes participantes dos Ciclos I e II do PMAQ apresentaram melhores resultados de estrutura, solicitação de exames e atenção à saúde das mulheres entrevistadas. Mesmo com as dificuldades de estrutura e processo do trabalho da Atenção Básica no Brasil, o PMAQ parece afetar positivamente a atenção pré-natal.
12	Pesquisa qualitativa	Descrever como o programa 5S pode ser implantado nas unidades de Atenção Primária à Saúde	12 profissionais de saúde	A implantação da ferramenta auxilia no trabalho gerencial do enfermeiro, impulsionando-o a adotar características como dinamismo, comunicação, planejamento e tomada de decisão para atuar como líder ao mesmo tempo que confere visibilidade profissional na APS.
13	Pesquisa quantitativa transversal	Identificar a percepção de profissionais de enfermagem sobre a qualidade do serviço em um hospital acreditado.	223 enfermeiros.	O estudo demonstrou que as características sociodemográficas e ocupacionais dos profissionais influenciam em sua percepção diante da qualidade no hospital, principalmente referente ao tempo de serviço. A confiabilidade foi escolhida como a mais importante dimensão da qualidade, e tangibilidade foi a menos importante entre os profissionais.

Fonte: elaborado pelos autores, 2023.

De modo geral, os artigos tiveram o intuito de investigar, avaliar e discutir um pouco mais sobre o processo de implementação da qualidade dentro das instituições de saúde na rotina de trabalho dos colaboradores. A coleta de dados selecionou tanto hospitais com políticas de qualidade já implementadas e reconhecidas pela acreditação; quanto hospitais que estão ainda com programas de qualidade ainda em processo de implementação e avaliação, como forma de levantar informações de profissionais em diferentes etapas do processo de qualificação e ter resultados completos acerca do tema.

A partir da leitura dos artigos, foi possível inferir um pouco mais sobre a implementação da qualidade dentro dos serviços de saúde. É importante ressaltar que variáveis como cargo do colaborador entrevistado; método utilizado para pesquisa; instituições utilizadas como referência e principalmente o tipo de ferramenta da qualidade utilizada mudam totalmente o panorama dos resultados.

Por este motivo, as pesquisas que responderam à pergunta da pesquisa foram divididas em categorias de análise, com o intuito de esclarecer questionamentos acerca do objetivo final do trabalho.

Profissionais de saúde e suas visões sobre a qualidade

Da amostra de treze artigos, quatro deles apresentam a qualidade do ponto de vista dos enfermeiros, três apresentam do ponto de vista dos gestores, e dois de um ponto de vista multiprofissional.

Os profissionais de enfermagem apresentam expectativas em relação aos programas de qualidade implantado, principalmente como forma de crescimento profissional e com o intuito de qualificar os funcionários para melhor desenvolver suas atividades. Segundo Nascimento (2006, p.335), “são necessárias decisões que favoreçam a reestruturação da Saúde no Brasil, sob a tríade: satisfação da clientela, valorização do profissional e qualidade dos serviços prestados”.

A partir das decisões necessárias para reestruturar a saúde no Brasil, o enfermeiro possui um importante papel, principalmente em cargos de chefia. Em posições estratégicas, estes profissionais têm o objetivo de promover mudanças no comportamento das pessoas e do ambiente de trabalho, de modo a favorecer a otimização e sustentabilidade dos recursos, mediante princípios de utilização, organização, limpeza, padronização e disciplina (KERSCHNER *et al.*, 2020).

Dois dos trabalhos encontrados com o enfoque na visão dos enfermeiros apresentaram resultados semelhantes em relação ao grau de importância atribuído às dimensões da qualidade. Tanto o trabalho de Junior *et al.* (2019) quanto o trabalho de Cervilheri *et al.* (2020) citam a confiabilidade, ou seja, a capacidade da instituição de prestar o serviço de forma confiável e precisa como fator mais importante. Ambos selecionam também a tangibilidade, associada à estrutura física e aparência da instituição como fator menos importante dentro do panorama da qualidade.

Em contrapartida, os gestores consideram que a certificação da qualidade ainda não é uma exigência, mas está evoluindo para tal. A capacitação do gestor na compreensão dos processos gerenciais, no aprimoramento das práticas e procedimentos, na melhoria das informações e comunicação interna entre todas as partes interessadas é fundamental para ampliar sua visão quanto ao alcance de tais iniciativas (ÂNGELO, 2011).

Segundo Coelho e Silva (2017, p. 401), gestores da Atenção Básica de São Paulo, a partir da implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), pouco trabalham com padrões e indicadores de qualidade. Surge o questionamento acerca deste problema, que é como obter qualidade e eficiência sem protagonismo dos trabalhadores envolvidos e com um processo incipiente de incorporação da cultura avaliativa de forma sistematizada e como subsídio para a melhoria contínua da qualidade na Atenção Básica.

Porém, em um hospital universitário no nordeste do Brasil, gestores relacionaram a qualidade à resolutividade do atendimento aos usuários, bem como a um bom relacionamento entre profissionais e à consequente melhoria no processo de trabalho. Para consolidar a qualidade no ambiente de trabalho, eles têm utilizado ferramentas, com destaque para o uso do planejamento em saúde e de indicadores de qualidade (AZEVEDO *et al.*, 2020).

Ferramentas de qualidade implementadas

Dentre os artigos pesquisados, sete deles mencionam a Organização Nacional de Acreditação (ONA) como metodologia base em instituições de saúde. A metodologia ONA contém os requisitos necessários para alcance e manutenção dos níveis de excelência das instituições, a partir de normas que delineiam as estratégias necessárias para a avaliação de cada tipo de serviço de saúde (ONA, 2018).

Para que a instituição de saúde seja vista como um todo, é importante ter a implementação da acreditação, com qualidade nos processos assistenciais, normas e rotinas, descrição de processos, guias e manuais para serem seguidos para finalmente, contribuir com a padronização da assistência e melhoria contínua da qualidade (EMÍDIO *et al.*, 2013). Contudo, para que novas ferramentas estejam de acordo com a rotina das instituições, princípios como a comunicação efetiva entre equipes e a necessidade de envolvimento de todos os colaboradores aos novos processos são importantes para dar início ao processo de certificação e acreditação.

Independente da instituição acreditadora, para ter excelência nos processos, é necessário ter ferramentas que impactam nas instituições de saúde. De acordo com Kerschner et al (2020,p.6), as melhores práticas na Atenção Primária à Saúde resultam de boas práticas de gestão, com aplicação de estratégias de fortalecimento da cultura organizacional e de ferramentas voltadas à qualidade de vida e saúde do trabalhador.

Como forma de implementar melhor a qualidade nas instituições, os gestores ligam à qualidade aos benefícios futuros de um processo eficaz. A participação de todos os setores envolvidos nos processos assistenciais, administrativos e de apoio no planejamento estratégico garante a validação e a implementação das diretrizes institucionais (ÂNGELO, 2011).

Melhorias e dificuldades identificadas no processo de implantação

A implantação da qualidade em uma instituição de saúde é um processo contínuo, como objetivo de minimizar erros e promover a melhoria contínua nos processos. Com a implantação da acreditação, a instituição hospitalar passa pela adequação dos processos assistenciais, padroniza os procedimentos assistenciais e documenta as práticas de desempenho das atividades em toda a organização (ALONSO *et al.*, 2014).

Segundo Azevedo *et al.* (2020, p.15), diferentes estratégias podem ser utilizadas para a melhoria da oferta da assistência com qualidade. No âmbito individual, o enfoque seria no autoconhecimento e medidas comportamentais; enquanto no coletivo, a execução de palestras e educação continuada aos profissionais, junto com a regulação e aplicabilidade de políticas e leis. Quando implementadas, essas estratégias aumentam a segurança e diminuem potenciais riscos que possam afetar a saúde dos indivíduos envolvidos.

Após passar pelo processo de acreditação, uma instituição de saúde apresenta melhorias em diversos aspectos, como a melhoria da assistência prestada, mudanças na gestão de processos e recursos, otimização na organização do serviço e o aumento da segurança ofertada aos pacientes (JUNIOR *et al.*, 2018). Porém, estes benefícios só serão observados nas instituições se a sua importância for comunicada de maneira correta entre os gestores e colaboradores, com o intuito de integrar as equipes em busca da melhoria da qualidade (FREIRE *et al.*, 2019).

No artigo de Freire *et al.* (2019, p. 3), os entrevistados mencionaram que no início da certificação, a comunicação era bastante difusa, com informações centralizadas no grupo gestor nos coordenadores das unidades, fato que gerou resistência às mudanças pelo nível operacional por não compreender os reais motivos das ações para a certificação. Coelho e Silva *et al.* (2017, p.399) também destacam a dificuldade de comunicação, com falta de consenso da equipe em relação a uma autoavaliação na implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) de São Paulo, fator que evidencia os problemas enfrentados nas instituições de saúde.

Ao implantar um modelo de qualidade em uma instituição de saúde, dificuldades como adaptar aos detalhes da estrutura; gastos; mais trabalho para equipes; envolvimento do corpo clínico; necessidade de verba e dificuldade na manutenção das certificações são alguns dos problemas enfrentados pelos hospitais (ÂNGELO, 2011). Fatores como o não interesse da instituição; processos não definidos e não documentados; dificuldade operacional; paradigmas assistenciais consolidados na gestão hospitalar; e o pouco envolvimento dos médicos no resultado operacional do hospital também são problemas enfrentados na implementação de modelos de acreditação (EMÍDIO *et al.*, 2013).

Segundo Angelo (2011, p. 162), ao perceberem os benefícios da implementação de modelos de qualidade, os profissionais de saúde aderem ao processo e se envolvem na busca de trazer tanto as áreas administrativas quanto as áreas assistenciais à excelência. Desenvolver estratégias para melhoria da comunicação interna contribui para uniformidade das informações e maior compreensão por parte dos profissionais sobre suas ações, mudando a atitude dos colaboradores com um maior engajamento e envolvimento ao processo de implementação da qualidade ao longo do tempo (FREIRE *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar o processo de implementação da gestão da qualidade total em instituições de saúde brasileiras. Os objetivos específicos foram descrever como a gestão da qualidade total impacta na qualidade dos serviços prestados; verificar se existem diferenças quanto às dificuldades e facilidades no processo de implantação; e relacionar a influência da gestão da qualidade total na rotina de trabalho dos profissionais executores dos mesmos.

Em relação aos serviços prestados, a gestão da qualidade favorece características como a confiabilidade dos processos; a melhoria no fluxo de informações internas; melhora no relacionamento dos profissionais; planejamento em saúde e de indicadores de qualidade; e consequente melhoria no processo de trabalho. Todos estes exemplos evidenciam o impacto na qualidade dos serviços prestados à população, de forma a buscar sempre um atendimento de excelência nas instituições de saúde.

No processo de implantação, algumas instituições tiveram dificuldades relacionadas à comunicação vertical entre os colaboradores, onde somente o grupo gestor obteve acesso às informações ligadas à acreditação, fator que gerou resistência do grupo operacional em relação às ações ligadas a certificação. Dificuldades como envolver o corpo clínico; necessidade de verba e adaptar aos detalhes da estrutura foram gerais entre as instituições. Após evidenciar os benefícios da qualidade, os profissionais aderiram ao processo e desenvolveram estratégias facilitadoras, como melhoria da comunicação interna; maior compreensão por parte dos profissionais sobre suas ações; maior envolvimento do corpo clínico; e cooperação da equipe administrativa e assistencial no que diz respeito à excelência do processo.

A gestão da qualidade afeta diretamente nos processos assistenciais, no que diz respeito às normas, rotinas e descrição dos processos, uma vez que todos esses fatores buscam um serviço de excelência ao cliente final. A aplicação de estratégias de fortalecimento da cultura organizacional e ferramentas voltadas à qualidade de vida e saúde do trabalhador muda o panorama de trabalho dos profissionais, que se sentem pertencentes à organização e buscam trabalhar em busca de melhorias contínuas e de qualidade.

Por fim, visou-se verificar e evidenciar um pouco mais sobre o processo de gestão da qualidade nas instituições, tema que é relevante no contexto da gestão de serviços de saúde como um todo. Não obstante o presente trabalho tenha atingido os objetivos propostos e que tenha sido perseguido o rigor metodológico na sua execução, não há como ser olvidada as limitações encontradas, que reside no acesso aos documentos e crescente rotatividade de funcionários. Para futuras pesquisas, sugere-se a realização de entrevistas com a alta direção do hospital, secretarias municipais e demais funcionários da instituição. A partir da entrevista junto a direção será possível perceber o comprometimento com a questão da qualidade, que se reflete nos demais setores do hospital.

REFERÊNCIAS

ALONSO, L. B. N.; DROVAL, C.; FERNEDA, E.; EMÍDIO, L. Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistenciais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 4, n. 2, p. 34-49, 2014.

ANGELO, M. L. B. Modelos de qualidade nos hospitais paulistas: visão dos gestores. **Rev. Adm. Saúde**, v. 13, n. 52, p. 157-164, 2011.

AZEVEDO, S. J. S. de; MOURA, L. K. S. de; NASCIMENTO, C. M.; COSTA, T. D. da; SALVADOR, P. T. C. de O. Percepções de gestores de um hospital universitário sobre a qualidade em saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. e95, 2020.

BARBINO JUNIOR, L. R.; SILVA, L. G. C.; GABRIEL, C. S. Quality as perceived by nursing professionals in an accredited specialized hospital. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, supl. 1, p. 282-288, fev. 2019.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O mundo da saúde**, v.35, n.5, p. 319-331, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf. Acesso em: 3 mai. 2023.

BRAGA, J. C.S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência, estudos de política social**. São Paulo: Hucitec. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde (2002). Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. **Secretaria de Assistência à Saúde**, 3. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 3 mai. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. (2011). **Auditoria do SUS: orientações básicas**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BURMESTER, H. Gestão da Qualidade Hospitalar. **Revista Faculdade Ciências Médicas de Sorocaba**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 73-75, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/16523>. Acesso em: 3 mai. 2023.

CARR, D.K; LITTMAN, D. **Excellence in government**. Arhington, V.A.: Coopers and Lybrand, 1990.

CERVILHERI, A. H. et al. Qualidade em hospital acreditado na percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, e65470, 2020.

EMÍDIO, L. F.; ALONSO, L. B. N.; FERNEDA, E.; HEDLER, H. C. Acreditação hospitalar: estudo de casos no Brasil. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 3, n. 1, p. 98-113, 2013.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm**, v.18, n.2, 2005.

FREIRE, E. M. R. et al. Communication as a strategy for hospital accreditation maintenance. **Esc. Anna Nery**, v. 23, n. 1, e20180224, 2019.

HERNÁNDEZ, N. A., RIVERA D. N., LEÓN A.M., LEÓN M.M. Inserción de la gestion por procesos em instituciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica. **Revista de Administração**, v. 48, v. 5, p. 738-56, 2013.

KERSCHNER, T. V. K.; SILVA, C. B. da; SANTOS, V. C. F. dos; FERREIRA, G. E. Proposições de enfermeiros coordenadores para a implantação do Programa 5S na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 22, p. 57943, 2020.

KIM, M.J. Medical auditing of whole-breast screening ultrasonography. **Ultrasonography**, v. 36, n. 3, p. 198-203, 2017.

LOAIZA, R. D. A. *et al.* Clima organizacional y percepción de la calidad en una institución de salud de la ciudad de Manizales. **Archivos de Medicina (Manizales)**, v. 20, n. 2, p. 397-409, 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MOLLIN, M. **Delivering excellence in health and social care**. Buckingham: Open University Press, 2004.

MORGAN, C.; MURGATROYD, S. **Total quality management in the public sector**. Buckingham: Open University Press, 1997.

NASCIMENTO, I.; LEITÃO, R. E. R.; VARGENS, O. M. C. A qualidade nos Serviços de Saúde Pública segundo enfermeiros que gerenciam Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 3, p. 350-356, 2006.

NEVES, R. G. *et al.* Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 29, n. 1, e2019019, 2020.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA. **Manual de acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde**. São Paulo: Organização Nacional de Acreditação [Internet]; 2018 152 p.

ROCHA, J.A. **Gestão da qualidade: aplicação aos serviços públicos**. 2. ed. Lisboa: Escolar Editora, 2011.

SILVA, E. R.; HECKSHER, S.D. Qualidade do atendimento em serviços públicos de saúde. **Rev. Gest. Saúde**, v. 7, p. 980-982, 2016.

SILVA, L. M. C. *et al.* Implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade segundo gestores da Atenção Básica de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. v. 30, n. 4, p. 397-403 2017.

SILVA, L. G. DA; MATSUDA, L. M. Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 5, p. 121-128, 2012.

SOUZA, L. A. A., DYNIEWICZ, A. M.; KALINOWSKI, L. C. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. **Revista de Administração em Saúde**, v.12, 47, p. 71-78, 2010.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, n.1, 102-106, 2010.

TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. **Glossário de análise política em saúde**. Salvador: Edufba, 2016.

QUALIDADE DE VIDA DOS ESTUDANTES DO CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO EM SAÚDE DO IFNMG CAMPUS ARAÇUAÍ NA PANDEMIA DA COVID-19

Nicole Ramalho Santos Pereira; Graduada em Tecnologia em Gestão em Saúde; Instituto Federal do Norte de Minas Gerais - IFNMG/Araçuaí.

Gessica Mina Kim Jesus; Mestre em Engenharia de Produção; IFNMG/Araçuaí.

Jéssica Oliveira de Carvalho; Mestre em Estudos Linguísticos; IFNMG/Araçuaí.

Gilmar de Souza Franco; Doutor em Administração; IFNMG/Araçuaí.

RESUMO: O objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade de vida (QV) dos estudantes do curso de Tecnologia em Gestão em Saúde (TGS) do IFNMG Campus Araçuaí na pandemia da COVID-19. Para isso, foi aplicada uma pesquisa com abordagem quantitativa do tipo transversal. Os dados foram coletados mediante questionário Whoqol-bref aplicado por meio do *Google Forms*. Os resultados mostraram que a QV dos 22 estudantes que responderam a pesquisa foi classificada como insatisfatória, e possivelmente impactada pela COVID-19. Os fatores como domínios físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais foram avaliados. Os fatores com menores índices foram o domínio físico, nas questões relacionadas a energia que os estudantes precisam no seu dia a dia para exercer suas atividades, com uma média de 3,14, e a satisfação com o sono com a média de 3,36 (escala de 1 a 5). O domínio psicológico, onde as questões que abordavam a dificuldade de concentração e sobre a frequência de sentimentos negativos, tais como o mau humor, desespero, ansiedade e depressão, obtiveram uma média de 3,18 e 2,86, respectivamente. Já o maior índice de satisfação foi observado no domínio de relações sociais, na qual a maioria das questões tiveram uma média relativamente alta, como por exemplo as questões relacionadas a relações pessoais, apoio social, e atividade sexual com uma média de 3,95 à 4,0. A percepção sobre QV demonstrou então que o domínio mais bem avaliado diz respeito às relações sociais e que o domínio com pior pontuação de avaliação foram os domínios físicos e psicológicos, que ficaram abaixo da média. Com isso, o trabalho contribuiu para mostrar que como a pandemia da COVID 19 pode ter influenciado a QV dos respondentes.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida; COVID-19; Estudantes.

INTRODUÇÃO

O SARS-CoV-2 é um vírus da família coronavírus, com alto poder de atrocidade e patogenicidade e responsável pelo acontecimento de uma série de agravos ao ser humano, entre elas a Síndrome Respiratória Aguda (JIANG et al., 2020). A nova síndrome provocada pelo novo tipo de coronavírus, o SARS-CoV2, sucedeu em dezembro de 2019 na China, cidade de Wuhan. Segundo Caliari et al. (2022), o primeiro caso confirmado de COVID-19 no Brasil, aconteceu no dia 25 de fevereiro de 2020, e até o início de dezembro desse mesmo ano foi registrado 6.781.799 casos e 179.765 óbitos pela doença.

Até então não havia nenhuma vacina ou cura disponível, e para diminuir o contágio da doença foi utilizado o método de distanciamento social, que tinha como objetivo controlar a propagação do vírus. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) no dia 11 de março de 2020 declarou a nova doença como uma pandemia, por conta da sua rápida propagação, sua intensidade, e seu avanço pelo mundo. Porém esse isolamento trouxe diversas problemáticas no âmbito individual, familiar e social.

Além do isolamento, outras medidas de prevenção foram adotadas e recomendadas à população, tais como o aumento da higienização das mãos e a utilização de máscaras. Em casos como esses da COVID-19 em que o direito individual pode ser anulado em razão do bem-estar

coletivo, é de suma importância compreender como os indivíduos lidaram com tal situação, e como a qualidade de vida deles foi afetada.

Desde o início da pandemia, os alunos vinham passando por alterações em suas instituições de ensino, tanto as públicas quanto as privadas e vivenciando mudanças na vida pessoal e profissional, levando em consideração que estas mudanças podem afetar negativamente a vida das pessoas. Porém, é preciso ressaltar que atualmente já existem vacinas para prevenção de sintomas mais graves. Segundo Fiocruz (2016, p. 4), poucas coisas tiveram um impacto maior na saúde pública do que vacinas. E poucas coisas hoje são mais eficientes em termos de custo para salvar vidas, fortalecer sociedades e moldar o futuro da saúde humana.

No mês de fevereiro de 2022, o Brasil era o quarto país em termos absolutos de doses aplicadas, acima da normalidade global que é de 55%, o país estava com 72,3% da sociedade completamente imunizada com duas doses ou dose única (MAGENTA, 2022), com isso nota-se uma resposta positiva na campanha de imunização pelos índices atingidos no país.

Em consideração a essa nova vivência da sociedade, antes da existência desses imunizantes, as instituições de ensino em conjunto com os alunos tiveram que se adaptar à nova realidade, o ensino remoto. No entanto, destaca-se que a atual realidade de ensino afetou tanto a saúde física dos discentes, quanto a saúde mental, levando-os a desenvolver doenças psicopatológicas, incluindo a depressão, estresse e ansiedade, conseqüente à modificação inesperada da área de estudo. Além do medo de adiar a duração do período acadêmico, e de atrasar o tempo de formação, a falta de concentração afetava justamente o desempenho acadêmico dos alunos (COELHO et al., 2020).

Diante desse contexto, percebeu-se que os alunos estavam expostos a diversas condições de riscos, tais como dores musculoesqueléticas, que levava, então, aos sintomas que tem a possibilidade de intervir na qualidade de vida desses futuros profissionais (RODRÍGUEZ-NOGUEIRA et al., 2021). Assim, esse trabalho se propõe a avaliar a qualidade de vida dos estudantes do curso de Gestão em Saúde do IFNMG *Campus* Araçuaí na pandemia da COVID-19. Complementa-se que a QV dos discentes pode estar associada diretamente a casos vivenciados na vida pessoal e acadêmica, como questão financeira, complicações familiares e de saúde, intervindo no bem-estar físico, social e psicológico, além de prejudicar o desenvolvimento educacional, a formação profissional, e a motivação (LEITE et al., 2011). Portanto salienta a importância e preocupação de avaliar os fatores que interferem no bem-estar e aqueles relacionados à qualidade de vida.

REFERENCIAL TEÓRICO

Qualidade de vida

A Qualidade de Vida (QV) é definida como a “*percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405). Nos anos 90, a QV não englobava apenas fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, emocional, funcional e mental, mas também outros componentes importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do dia a dia, sempre atentando que a percepção pessoal de quem pretende se investigar era fundamental (GILL; FEISNTEIN, 1994). Porém, observa-se que ainda hoje esse termo QV está ligado aos mesmos fatores mencionados.

O conceito QV se torna diferente quando cada um tem um ponto de vista. No passado as abordagens gerais ou globais eram as definições mais aceitas de QV, e buscavam dar conta dessa diversidade de dimensões tratadas nessas chamadas abordagens. Um exemplo

fundamental que pode ser apresentado é o conceito retratado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que define a QV como a “*percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”. As abordagens mencionadas acima são as mais comuns, e ocorrem mais vigorosamente no âmbito científico das décadas de 60 e 70 (FARQUHAR, 1995).

Farquhar (1995) ressalta também que em vários estudos a definição de QV utilizada não aparece ou está oculta, tomando alguns constituintes como medida geral, e prática comum na área da saúde e funcional como sinônimos de QV. O autor afirma que, nesse caso seria melhor fazer o uso da expressão QV relacionada à saúde. Além do mais, um fator primordial é a multidisciplinaridade na utilização da definição, o que leva a uma imensidade de conceitos e discordâncias nos pensamentos, mesmo dentro de uma mesma disciplina.

Pessoas com uma boa QV relacionada à saúde tendem a levar melhores resultados para as organizações, contanto que elas sejam ambientes saudáveis e levem satisfação para esses indivíduos. Para Silva, Boehs e Cugnier (2017, p. 50), “as organizações saudáveis são concebidas como construções humanas, dotadas de propósitos significativos, que são percebidos, sentidos e compartilhados”. No entanto, ainda que para o processo de construção da organização saudável seja necessário levar em consideração alguns fenômenos, como: QV, bem-estar e felicidade, nota-se uma dificuldade na sua definição. Isso porque na literatura os conceitos de QV e bem-estar ou são tratados como sinônimos, ou como conceitos diversos (SILVA; FERREIRA, 2013).

Impactos da pandemia da COVID-19 na qualidade de vida

Em 2020 vivia-se uma gama de ansiedades sobre a pandemia da COVID-19. O mundo estava em constante evolução e com a pandemia estavam condensadas uma série de proventos, um deles o vírus da COVID-19 que se transmite através de contato direto, gotículas infectadas e outros aspectos. Na sintomatologia, era possível notar relatos de febre, tosse, perda da sensibilidade gustativa e olfatória, diarreia, e em casos mais graves, doença respiratória aguda, pneumonia, insuficiência renal, podendo até mesmo levar o indivíduo a morte. Normalmente os sintomas são leves, porém, as estatísticas mostram que pacientes com idade avançada ou comprometimento sistêmico apresentam maior risco de morte. O diagnóstico é feito por meio da coleta de amostras de sangue, nasofaringe, e orofaringe submetidos a testes laboratoriais (SABINO-SILVA *et al.*, 2020).

Estudos mostram que à medida que a pandemia da COVID-19 se espalhou rapidamente por todo o mundo, provocou um grau considerável de medo e preocupação em grande parte da população universitária. Em termos de saúde mental, o notável impacto psicológico até o momento são os índices elevados de depressão, ansiedade e estresse (XIAO, 2020). Em decorrência da pandemia foram adotadas medidas preventivas, entre elas o isolamento social, especialmente a quarentena, que mudou totalmente a rotina dos indivíduos.

No entanto, essas medidas apresentam altos índices de acréscimo nos níveis de depressão, solidão, uso de álcool e drogas, automutilação, comportamentos suicidas, ansiedade e estresse. Dentre as principais causas de estresse identificadas, destacam-se o efeito da durabilidade do período de quarentena, os receios em relação ao vírus e a infecção, a frustração, a diminuição de rendimentos, a informação inadequada e o estigma, afirma Maia e Dias (2020). Além do mais, existem também os fatores monetários onde a taxa de desemprego obteve aumento e, na maioria das vezes o auxílio liberado não atingiu integralmente as necessidades das famílias, fazendo com que a QV delas diminuísse.

Pesquisas realizadas em outras pandemias demonstraram que são inúmeros os impactos na QV das pessoas quando se aplicam medidas de distanciamento social. O medo e o estresse

podem ser vividos em indivíduos saudáveis, e se aumentar em pessoas com transtornos psiquiátricos pré-existentes, o que pode intervir na QV das mesmas, seja no meio físico, emocional, financeira ou social (LIMA *et al.*, 2020). Desse modo, pesquisas que buscam estudar a temática da QV na população são necessárias, já que abordam diferentes perspectivas da existência dos indivíduos os quais influenciam exatamente na forma como identificam a própria QV, visto que se refere a uma análise subjetiva e intimamente relacionada a fatores culturais, educacionais, morais e de hábitos de vida (PINTO *et al.*, 2021). Desta forma, a QV é modificada pela condição de saúde, de moradia, de empregabilidade, de acesso à alimentação e ao saneamento básico, dentre outros fatores.

Na pandemia, não só os adolescentes e estudantes sofrem com essa situação, os idosos também sofrem e vivem irritados, alguns deles adquiriram pânico de multidão, com base nas experiências de outros idosos que foram levados pela doença. Como consequência esse público acaba produzindo uma rotina não muito ativa e aos poucos mais dependentes de seus familiares, desapossando da tão necessária autonomia. Esses fatores físicos e emocionais presentes no dia a dia tendem a reduzir a QV desse grupo de risco (SILVA; SOUSA, 2020).

Nesse contexto, ressalta-se que a QV está diretamente relacionada a todas as sensações sentidas nesse momento pandêmico, o isolamento social, as restrições de convivência, a falta de atividade física, fatores psicológicos, físicos, relações sociais, meio ambiente, a falta desses fatores gera possíveis impactos na QV, consecutivamente no ambiente de trabalho, e em instituições de ensino.

Impactos da pandemia na vida dos estudantes

Durante a fase inicial da pandemia da COVID-19, observou-se que mais da metade da população chinesa apresentou não só medo de adoecer, mas também sintomas de depressão, ansiedade e estresse (GONÇALVES *et al.*, 2018). Desde o início da pandemia da COVID-19, várias mudanças aconteceram e situações do dia-a-dia foram modificadas nas esferas sociais, políticas e educativas. Com a intenção de reduzir os efeitos da pandemia na sociedade, algumas medidas de prevenção foram estabelecidas. Dentre elas o distanciamento social, que por decorrência ocorreu o fechamento de milhares de centros acadêmicos em torno do mundo. Rapidamente, a forma de funcionamento das escolas e universidades tiveram que passar por adaptações. Foram aplicadas, assim, atividades de maneira remota (BARROS *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2020). Por consequência alterou e aumentou as crises de ansiedade e causas de estresses de vários estudantes.

Durante a pandemia do COVID-19, as causas de estresse e ansiedade tiveram um grande aumento. Ao longo da vida acadêmica, as causas de estresse envolveram a pressão acadêmica decorrente de fatores como atividades avaliativas, falta de tempo de lazer, e preocupações em não atender as expectativas dos familiares (LEE *et al.*, 2021). No Brasil os problemas de saúde são bastante prevalentes na sociedade em geral, assim como, em grupos específicos, que nesse caso engloba o grupo estudantil (GONÇALVES *et al.*, 2021). Entretanto, pouco se sabe sobre a saúde mental dos discentes. Estudos pesquisados relataram uma alta prevalência de ansiedade e depressão nesta população (AZEVEDO *et al.*, 2021; PRADO *et al.*, 2017).

No caso de estudantes da área da saúde, além de estarem enfrentando todas as dificuldades relacionadas ao ensino remoto, ainda existe a preocupação de ser infectado pelo vírus durante estágios, e práticas clínicas, devido à facilidade de transmissão por meio de gotículas (MALLOY DINIZ *et al.*, 2020). Todos esses fatores, juntamente com preocupações associadas as perdas financeiras também podem provocar prejuízos ao bem-estar psicológico (MAIA; DIAS, 2020).

Entre os setores da sociedade, o da educação foi fortemente impactado com a pandemia da COVID-19. Como já dito anteriormente, uma das medidas rapidamente impostas, foi a

suspensão das atividades letivas presenciais, levando assim a uma modificação em todos os níveis de ensino. Estas transformações do cotidiano, em conjunto com a preocupação e incerteza associada com o vírus, podem conduzir a um conjunto de impactos negativos para o bem-estar psicológico dos universitários.

Por meio de pesquisas nota-se que, com a volta as aulas os estudantes ainda se sentem afetados devido a experiências negativas, e medo de contrair a doença e chegar à letalidade. Com isso, os estudos e o percentual de frequência em sala de aula têm tido uma grande redução. Desse modo, os cuidados de saúde da população impõem uma sobrecarga emocional não só aos profissionais da saúde, mas também aos universitários desse âmbito (RESHETNIKOV, 2021; PEREZ *et al.*, 2020).

METODOLOGIA

A presente pesquisa possui uma abordagem quantitativa do tipo transversal. As pesquisas de abordagem quantitativa têm o objetivo de mensurar opiniões de determinado público-alvo. Estas, podem ocorrer por meio de escalas e questionários (MANZATO; SANTOS, 2012). Além disso, a pesquisa quantitativa está diretamente ligada à quantificação dos dados, na experimentação, na mensuração e no controle rigoroso dos fatos. De acordo com Bastos *et al.* (2007, p. 3) “Os estudos transversais consistem em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, para a identificação de grupos de riscos e para a ação e o planejamento em saúde.”

O estudo foi realizado no Instituto Federal do Norte de Minas Gerais, *Campus Araçuaí*, com os estudantes do curso de Tecnologia em Gestão em Saúde (TGS), que tiveram suas aulas suspensas em função da pandemia da COVID-19, e aulas remotas foram implementadas. A população alvo é constituída por 28 estudantes do curso de TGS do IFNMG *Campus Araçuaí*. Desse total, 22 estudantes do 4º e 6º período responderam ao questionário.

Critério de inclusão e exclusão

Neste estudo foram adotados dois tipos de critérios: critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão e exclusão são condições definidas para selecionar participantes adequados para um estudo. Os critérios de inclusão determinam as características necessárias para participar da pesquisa, enquanto os critérios de exclusão identificam fatores que tornam um participante inelegível. Esses critérios são estabelecidos com base na natureza do estudo e visam garantir a validade dos resultados.

Os critérios de inclusão foram:

- Estudantes de ambos os sexos;
- Estudantes com idade acima de 18 anos;
- Estudantes do Curso de Tecnologia em Gestão em Saúde do IFNMG *Campus Araçuaí* que estão cursando a partir do 4º período.

Os critérios de exclusão foram:

- Estudantes do Curso de Tecnologia em Gestão em Saúde do IFNMG *Campus Araçuaí* que estão cursando até o 3º período, pois não vivenciaram as medidas restritivas da pandemia da COVID-19 nos anos de 2020/2021.

Coleta e análise de dados

A coleta de dados foi realizada em março de 2023 mediante o instrumento de coleta de dados nomeado por *World Health Organization Quality of Life Instrument Bref* (Whoqol-bref).

O Whoqol-bref é um questionário desenvolvido pela OMS para avaliar a QV em diferentes áreas. Composto por 26 questões, ele aborda os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. É uma ferramenta amplamente utilizada em pesquisas e estudos clínicos para obter uma visão geral da QV das pessoas, com qualidade e confiabilidade reconhecida em diversos estudos.

O Whoqol-bref foi aplicado para avaliar a QV dos estudantes em relação aos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, visando compreender os fatores que influenciam uma vida saudável. Dessa forma, o questionário foi enviado aos estudantes do curso de TGS do IFNMG *Campus* Araçuaí por meio da plataforma *Google Forms* através de contato via telefone e Whatsapp. Os contatos dos alunos foram obtidos por meio dos líderes de turma dos 4º e 6º período.

O instrumento de coleta de dados foi dividido em duas partes: identificação do perfil com as variáveis de idade, gênero, período, cidade. E outra parte com domínios da QV fornecidos pelo questionário Whoqol-bref como o domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para medir o aspecto físico foram utilizadas 07 perguntas, no aspecto psicológico utilizou-se 06 questões, em relações sociais foram utilizadas 03 perguntas, e no aspecto de meio ambiente utilizou-se 08 questões. O Quadro 1 apresenta a descrição das variáveis utilizadas nesse estudo. O questionário completo utilizado nesta pesquisa está disponível no Apêndice A.

Quadro 1 – Descrição das variáveis utilizadas na pesquisa.

Variável	Questões	Descrição
Idade	Questão 1	Idade em anos completos
Gênero	Questão 2	Corresponde ao gênero que pode ser feminino, masculino, ou sem preferência.
Período do curso	Questão 3	Corresponde ao período concluído na data de aplicação do questionário.
Cidade	Questão 4	Local de residência
Domínios da qualidade de vida		
Aspectos físicos	Questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18	Envolve questões sobre dor, utilização de tratamento médico, qualidade do sono, predisposição a locomoção capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia. Esse aspecto busca compreender como a saúde física influencia a QV dos respondentes.
Aspectos psicológicos	Questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26	Aborda a percepção do indivíduo em relação ao seu bem-estar emocional, cognitivo e espiritual. Esse domínio avalia aspectos como sentimentos positivos e negativos, satisfação com a imagem corporal, autocompreensão, pensamento positivo, capacidade de concentração, espiritualidade e autoestima.
Aspectos sociais	Questões 20, 21 e 22	Avalia a percepção do indivíduo em relação às suas relações sociais, apoio social e participação na comunidade. Ele aborda questões como suporte social, relações pessoais e envolvimento em atividades sociais. Esse aspecto busca compreender o impacto das interações sociais na qualidade de vida do participante.
Meio ambiente	Questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25	Esse aspecto avalia a percepção do indivíduo em relação ao seu ambiente físico, social e cultural. Ele aborda aspectos como segurança, recursos financeiros, acesso a serviços e qualidade do ambiente natural. Esse aspecto busca compreender como o ambiente afeta a qualidade de vida.
Estado geral da saúde	Questões 1 e 2	O estado geral de saúde se refere à condição global da saúde de uma pessoa, incluindo aspectos físicos, mentais e emocionais.

		O estado geral de saúde pode variar entre as pessoas e é influenciado por vários fatores.
--	--	---

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para analisar os dados coletados foi utilizada a estatística descritiva. A estatística descritiva engloba um conjunto de medidas e de representações gráficas que permitem descrever, de uma forma sintetizada, um conjunto de dados. Do conjunto de procedimentos e técnicas que compõem a estatística distinguem-se os que servem para recolher, organizar, sintetizar e descrever os dados, que formam a estatística descritiva (Carla, 2018, p. 15). Nesse estudo foi utilizada a média como medida de tendência central e para analisar a variabilidade dos dados, foi calculado o desvio padrão. Planilhas eletrônicas como o Excel foram utilizadas para elaboração de gráficos, tabelas e quadros para apresentar os resultados.

Aspectos éticos e riscos envolvidos na pesquisa

O presente estudo foi submetido ao Comitê de ética e a coleta de dados somente foi realizada após a aprovação, respeitando a Resolução nº 466/12 que regulamenta as pesquisas científicas envolvendo seres humanos no Brasil. Para aplicação do questionário, foram respeitados os cuidados éticos, e os participantes foram orientados conforme aos objetivos da pesquisa. Esta pesquisa foi encaminhada ao CEP e aprovada sob número de registro CAAE 66171222.0.0000.5588.

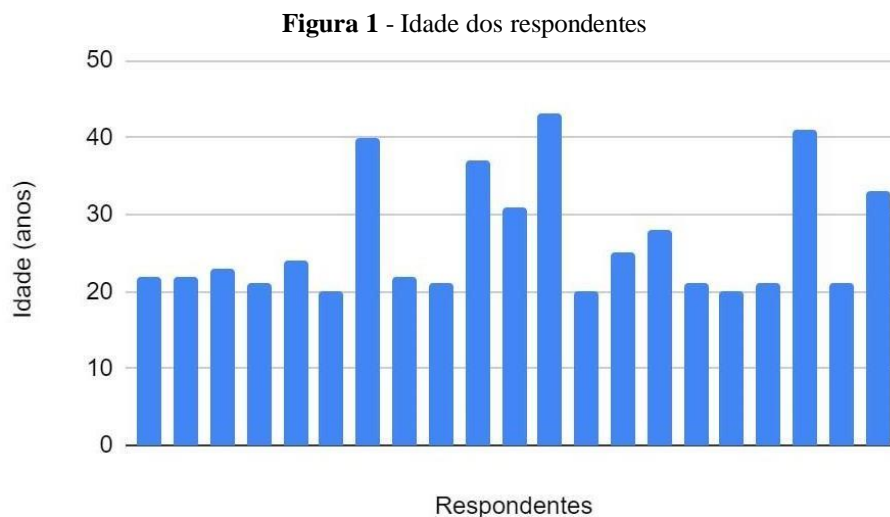
Os riscos desta pesquisa são considerados mínimos, equivalentes àqueles encontrados na vida cotidiana, e envolvem cansaço ao responder o questionário, constrangimento ou aborrecimento ao se lembrar de alguma questão sensível ou que exponha alguma fragilidade do respondente e eventual interferência na sua rotina, encontra-se também o risco de vazamento de informações, por ser uma pesquisa *online*. Para minimizar os riscos foram tomadas as seguintes providências: opção do respondente não responder alguma questão ou interromper sua participação momentaneamente e retomá-la posteriormente, se assim o desejar, ou abandonar a pesquisa sem qualquer prejuízo. Além disso, as informações colhidas na pesquisa foram totalmente anônimas, os dados foram tratados de forma agregada, não permitindo a sua identificação individual e garantindo o anonimato. Ainda assim, caso algum constrangimento ou desconforto ocorra, o respondente poderia contatar o pesquisador pelo telefone e/ou e-mail informados no documento no TCLE para que a providência adequada seja tomada. Ressalta-se que o pesquisador foi responsabilizado por esta pesquisa e, em caso de danos decorrentes da participação, o direito a buscar indenização foi assegurado.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os resultados obtidos com aplicação do questionário para avaliar a QV dos estudantes do curso de TGS do IFNMG *Campus* Araçuaí MG na pandemia da COVID-19. Mediante a coleta dos dados, analisaram-se os resultados referentes à QV de 22 estudantes do referido curso. Os resultados serão apresentados em duas etapas: primeiro uma análise do perfil dos respondentes com resultado das variáveis idade, gênero, período e cidade. E a segunda etapa uma análise dos resultados sobre a QV dos estudantes, com análise do bem-estar físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e estado de saúde em geral.

Análise do perfil dos respondentes

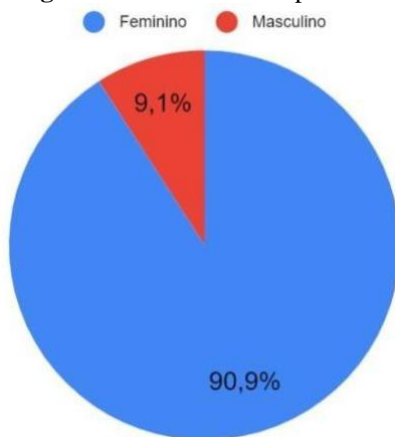
Ao analisar os resultados da primeira parte do questionário referente ao perfil dos respondentes, foi possível verificar a faixa etária dos respondentes (Figura 1), os quais tem em média 26 anos, a maior parcela possui idade entre 20 e 21 anos (13,6%), e a segunda maior parcela está entre 21 e 22 anos (9,1%).



Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

No que se refere ao gênero dos respondentes, 90,9% são do sexo feminino e apenas 9,1% do sexo masculino (Figura 2). Podemos destacar diante dessa informação que, no curso de TGS a predominância é por estudantes mulheres.

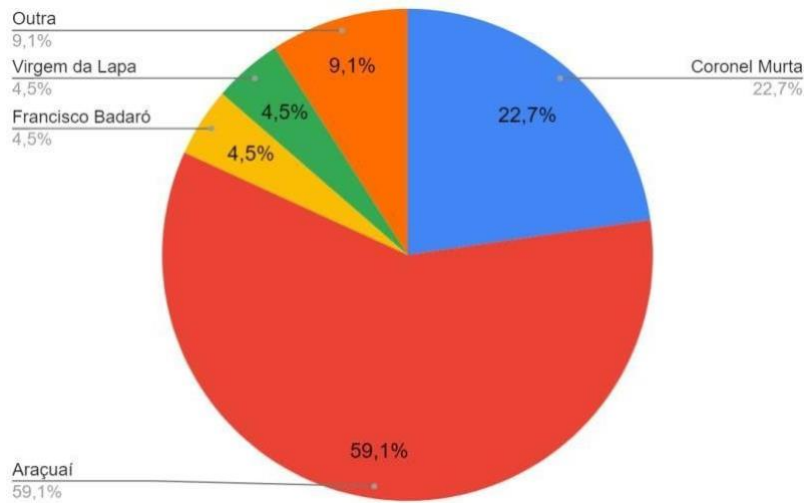
Figura 2 - Gênero dos respondentes



Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Na Figura 3, é possível observar que 59,1% dos respondentes residem na cidade de Araçuaí e 22,7% em Coronel Murta, as duas com maior parcela de porcentagem, sendo assim pode-se determinar a localidade de maior concentração dos estudantes. Outras cidades como Virgem da Lapa, Francisco Badaró também foram citadas.

Figura 3 - Cidade em que os respondentes residem.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

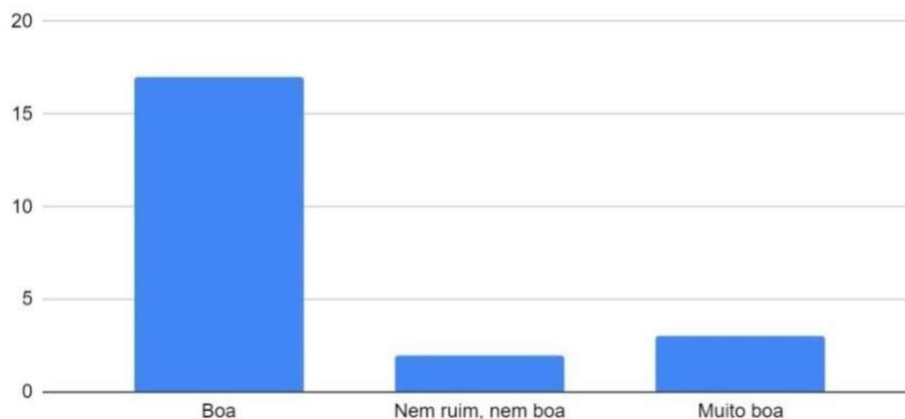
Em resumo, pode-se notar que o perfil dos estudantes do curso de TGS do IFNMG *Campus Araçuaí* é em sua maioria mulheres (90,9%), com idade média de 26 anos, residentes nas cidades de Araçuaí (59%).

Análise da Qualidade de Vida dos respondentes

Os resultados apresentados a seguir foram obtidos por meio da segunda etapa do questionário aplicado aos estudantes do 4º e 6º período do curso de TGS do IFNMG *Campus Araçuaí*. Nessa etapa foram analisados os dados coletados sobre o bem-estar físico, psicológico, e do estado de saúde em geral dos estudantes e teve como intuito medir o nível de QV e identificar os principais fatores que impactaram a QV na pandemia da COVID-19.

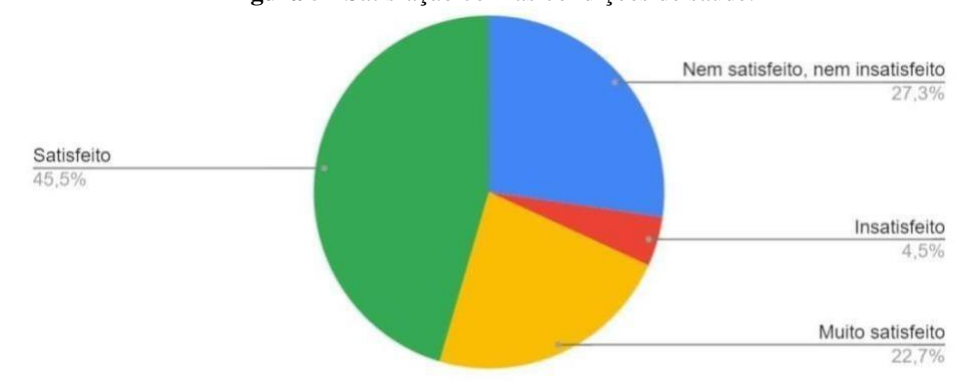
O questionário Whoqol-bref utilizado nessa pesquisa possui duas questões gerais. A primeira questão trata da avaliação da QV e destacou que 77,27% dos estudantes consideram a sua QV boa (Figura 4). A segunda questão, avalia a satisfação com as condições de saúde, e os resultados indicaram que 45,45% dos respondentes estavam satisfeitos e 27,27% nem satisfeito, nem insatisfeito com sua saúde (Figura 5).

Figura 4 – Qualidade de vida dos respondentes.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Figura 5 - Satisfação com as condições de saúde.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Todas as respostas seguem uma escala de Likert de 1 a 5 (quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida). Além das duas questões anteriores, o instrumento tem 24 questões as quais compõem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para a análise desses domínios foi feita uma tabela com as médias globais, na qual observou-se que nenhum dos domínios alcançou um resultado maior que 4, ou seja, nenhum demonstrou ter uma boa ou excelente QV (Tabela 1).

Tabela 1 – Média global dos domínios da qualidade de vida dos respondentes

Domínios	Físico	Psicológicos	Relações Sociais	Meio ambiente
Média global	3,26	3,42	3,98	3,5
Desvio padrão	0,79	0,45	0,03	0,35

Fonte: elaborado pelos autores, 2023.

A Tabela 1 mostra que no domínio físico, os estudantes do curso de TGS apresentaram uma média global de QV regular (3,26). Nesse domínio as questões mais bem avaliadas pelos respondentes foram as questões 17 e 18, que estão associadas à satisfação com a capacidade de desempenhar atividades no dia-a-dia e com a capacidade para trabalhar. As questões relacionadas à energia para seu dia a dia e a satisfação com sono tiveram as menores médias nessa dimensão, 3,14 e 3,36 respectivamente.

No domínio psicológico, a Tabela 1 apresenta que os estudantes obtiveram um resultado mais alto na média global (3,42) em comparação com o domínio físico, porém ainda considerado uma classificação regular. Nesse domínio as questões mais bem avaliadas pelos respondentes foi a questão 6 que aborda sobre o sentido da vida, e a questão 19 que aborda sobre a satisfação com eles mesmos. Já as questões relacionadas à concentração e o quanto os respondentes conseguem aproveitar a vida, tiveram as menores médias, ambas com 3,18.

O domínio de relações sociais apresentou a maior média entre os domínios analisados (3,98), porém esse valor ainda não é considerado satisfatório. Nesse domínio as questões 21 e 22 foram as mais bem avaliadas, e estão relacionadas à satisfação com a vida sexual e com o apoio que recebem dos amigos, respectivamente. Por outro lado, a questão 20 relacionada com as relações pessoais foi a que teve a menor média dentro desse domínio, com média 3,95.

Por último, a Tabela 1 apresenta o domínio meio ambiente, com média de 3,5, também não considerado satisfatório. As questões 23 e 25 foram as mais bem avaliadas neste domínio e se referem a satisfação com as condições do local onde moram e com o meio de transporte. Já as questões 13 e 14 estão relacionadas às informações que os respondentes precisam no dia a dia e a oportunidade de atividade de lazer, tiveram as menores médias, de 3,55 e 3,14 respectivamente.

Percebe-se por meio dos resultados apresentados que os alunos do curso de TGS podem ser classificados na categoria de insatisfação quanto à QV, e que todos os domínios podem possivelmente terem sido afetados pela pandemia da COVID-19. Pois, nenhum dos domínios analisados atingiu uma média considerada boa, ou muito boa (média acima de 4,0). Dentre os domínios analisados, foi possível destacar os físicos e os psicológicos, que também foram bastante impactados com a pandemia, pois apresentaram as menores médias.

O domínio físico engloba diversas questões, dentre elas a satisfação com a qualidade do sono, que diante das respostas analisadas percebe-se que os estudantes obtiveram uma satisfação regular, ou seja, nem boa e nem ruim, com uma média de 3,36. Ou seja, mesmo com as atividades remotas que foram implementadas por conta da pandemia, os estudantes não demonstraram ter uma qualidade de sono ruim. Os problemas físicos de médio e longo prazo estão diretamente ligados a problemas de saúde mental, bem como impactos negativos na qualidade do sono e em suas relações sociais, podendo gerar isolamento e baixa QV (LEE *et al.*, 2021).

Neste âmbito, os estudantes do 4º e 6º período foram expostos ao risco de vivenciar o estresse, depressão e ansiedade, que implicam em sofrimento psicológico e são capazes de impactar em seu rendimento acadêmico (WANG *et al.*, 2021). Com isso, foi possível observar que o domínio psicológico está associado diretamente com a saúde mental dos estudantes.

Por meio da análise dos dados, nota-se que os estudantes demonstraram ter uma QV regular, isso pode ser justificado por causa das mudanças enfrentadas pela sociedade mais jovem, como por exemplo, a passagem da juventude para a vida adulta, essas mudanças podem ser mais aptas ao desenvolvimento de sintomas de estresse, depressão e ansiedade, tal como danos na QV (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

No domínio psicológico é importante salientar a questão que aborda a frequência em que se tem sentimentos negativos, tais como o mau humor, ansiedade e depressão. Essa questão apresentou uma média de (2,86), que é considerada uma média que necessita de melhoria, ou seja, os estudantes se mostraram bem afetados nesse domínio e principalmente com essa questão. Isso ocorreu, pois, as causas de estresse e ansiedade tiveram um aumento com a pandemia da COVID-19, mediante as atividades remotas implementadas. Na vida acadêmica, esses fatores estão relacionados com a pressão resultante das atividades avaliativas, falta de tempo de lazer e medo de não atingir as expectativas familiares (LEE *et al.*, 2021).

Complementando essa discussão, Arar *et al.* (2023) observaram que na pandemia da COVID-19, o domínio com maior impacto negativo na QV dos estudantes foi o físico, e sugeriu que o isolamento social foi o que impactou negativamente a QV, no domínio físico. Neste estudo observou-se também que o domínio que obteve maior score foi o de relações sociais, semelhante ao estudo feito com os estudantes do curso de TGS.

Pois, no curso de TGS do IFNMG *Campus* Araçuaí, as relações sociais também foi a dimensão com maior média (3,98). Esse resultado pode ser explicado porque as turmas são relativamente pequenas, compostas por 15 a 20 alunos no máximo, e por isso esses apresentam uma maior união. Além disso, as redes sociais/aplicativos de interação entre pessoas foram fortemente utilizadas para comunicação dos conteúdos de aula e realização das atividades, fortalecendo ainda mais as relações sociais, mesmo em período crítico de distanciamento físico.

CONCLUSÃO

Os cuidados em relação ao bem-estar e estilo de vida são essenciais para a conquista de uma boa QV. Esses cuidados estão associados ao desejo e satisfação dos indivíduos em relação às suas vidas. Diante disso, é fundamental que os estudantes tenham conhecimento da

importância de ter uma vida com qualidade, pois é algo que tem grande influência no bem-estar e que possibilita a construção de um estilo de vida mais ativo.

Assim, esse estudo avaliou a QV dos estudantes do curso de TGS do IFNMG *Campus Araçuaí* na pandemia da COVID-19. Os resultados mostram uma necessidade de um cuidado maior com a QV desses estudantes, especialmente nos domínios físicos e psicológicos. Nesses domínios, foram identificados resultados mais insatisfatórios. Diferente desses domínios, o domínio que foi melhor avaliado pelos estudantes foi o de relações sociais, mostrando maior satisfação dos estudantes.

Nota-se também que grande parte dos estudantes (17 estudantes) apresentaram níveis considerados normais perante os domínios citados, além de impactos negativos nos domínios físico e psicológico da QV. Com isso, a QV dos estudantes do curso de TGS foi apontada com um grau de insatisfação, sendo possivelmente impactada pela pandemia da COVID-19. O distanciamento social, uma das medidas restritivas utilizada para conter o avanço dessa pandemia, foi o que modificou significativamente o cotidiano, gerando impactos na saúde física e mental dos estudantes.

Conclui-se que os objetivos da pesquisa foram alcançados, e que a pesquisa realizada servirá como abordagem e desenvolvimento em pesquisas futuras para outras instituições, na qual tenham em vista a necessidade de passar o conhecimento e estudar a melhor forma de auxiliar os estudantes sobre os quatro domínios da QV (físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais). Ademais, para solucionar tais dificuldades que impactaram negativamente a QV dos estudantes, pode-se também adotar práticas saudáveis e de lazer, que é algo associado diretamente à QV.

As limitações do trabalho foram em relação ao curso, pois apenas um curso foi avaliado, o curso de TGS. Além disso, o estudo se limita pela quantidade de respondentes. Diante disso, recomenda-se a realização de pesquisas mais amplas com participação de estudantes de outros cursos da instituição, para avaliar os impactos da pandemia da COVID-19 na saúde em geral dos estudantes, de modo que a amostra seja a nível regional ou nacional, possibilitando uma maior generalização dos dados e uma percepção mais ampla dos fatores tratados na presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

ARAR, Fabiano Cassaño et al. Qualidade de vida e saúde mental de estudantes de Medicina na pandemia da Covid-19. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, p. e040, 2023.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/tzSLrZmJwnGTxjYkXKmyvxf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 de junho de 2023.

AZEVEDO, Luis Gustavo et al. Prevalência de ansiedade e depressão, nível de atividade física e qualidade de vida em estudantes universitários da área de saúde. **Revista Científica UNIFAGOC-Multidisciplinar**, v. 5, n. 1, 2021. Disponível em:

<https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/multidisciplinar/article/view/584>. Acesso em: 23 de agosto de 2022.

BARROS, F. C.; PAULA VIEIRA, D. A. Os desafios da educação no período de pandemia. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 826-849, 2021. Disponível em:

<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/22591>. Acesso em: 22 de agosto de 2022.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, pág. 229-232, 2007.

CALIARI, Juliano de Souza et al. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qJ9nyGL6wwczNJ6wMCRrdNy/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 13 de julho de 2022.

COELHO, Ana Paula Santos et al. Saúde mental e qualidade do sono entre estudantes universitários em tempos de pandemia da COVID-19: experiência de um programa de assistência estudantil. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 9, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8074>. Acesso em: 19 de setembro de 2022.

FARQUHAR, M. **Definições de qualidade de vida: uma taxonomia. Revista de enfermagem avançada**. 1995. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.1995.22030502.x>. Acesso em: 23 de agosto de 2022.

FIOCRUZ. **Vacinas**: as origens, a importância e os novos debates sobre seu uso. Fiocruz, Notícias e Artigos, 25 jul. 2016. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1263vacinasasorigens-a-importanciae-os-novos-debates-sobre-seu-uso?start=3>. Acesso em: 01 fev. 2022.

GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. Uma avaliação crítica da qualidade de medidas de qualidade de vida. **Jama**, v. 272, n. 8, pág. 619-626, 1994.

GONÇALVES, Angela Maria Corrêa et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, p. 101-109, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/TrQdtMNct5Dk3VSvjpthXtH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 de agosto de 2022.

GONÇALVES, Marina P. et al. Medo da COVID e ansiedade traço: mediação da resiliência em estudantes universitários. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 23, n. 1, 2021.

JIANG, Fang et al. Review of the clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID19). **Journal of General Internal Medicine**, v. 35, n. 5, p. 1545-1549, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-020-05762-w>. Acesso em: 01 de agosto de 2022.

LEE, S. A.; JOBE, M. C.; MATHIS, A. A. Características de saúde mental associadas à ansiedade disfuncional por coronavírus. **Medicina Psicológica**, v. 51, n. 8, p. 1403-1404, 2021. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychologicalmedicine/article/mentalhealthcharacteristicsassociatedwithdysfunctionalcoronavirusanxiety/FFD3CA27D3669494A91F78DC68CC E2FA>. Acesso em: 22 de agosto de 2022.

LEITE, Ana Caroline Branco et al. Qualidade de vida e condições de saúde de acadêmicos de nutrição. **Espaço para a Saúde**, v. 13, n. 1, p. 82-90, 2011. Disponível em:

<https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/453>. Acesso em: 20 de setembro de 2022.

MAGENTA, M. **Afinal, Brasil vacina pouco ou muito?** Confira 5 dados do ranking global. BBC News Brasil em Londres, 21 fev. 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56680167>. Acesso em: 22 fev. 2022.

MAIA, B. R.; DIAS, P. C. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. **Estudos de Psicologia**, v. 37, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/k9KTBz398jqfvDLby3QjTHJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 de agosto de 2022.

MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes et al. Saúde mental na pandemia de COVID-19: considerações práticas multidisciplinares sobre cognição, emoção e comportamento. **Debates em Psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 46-68, 2020. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/39>. Acesso em 21 de agosto de 2022.

MANZATO, A. J.; SANTOS, A. B. A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa. **Departamento de Ciência de Computação e Estatística–IBILCE–UNESP**, v. 17, 2012. Disponível em: http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTIONARIO_S_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf. Acesso em: 23 de agosto de 2022.

OLIVEIRA, Wanderlei Abadio de *et al.* A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, e00150020, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102311X00150020>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Programa de saúde mental: manual do usuário WHOQOL** Organização Mundial da Saúde, 1998. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2?sequence=1. Acesso em: 04 de agosto de 2022.

PINTO, Kaique Santana *et al.* Qualidade de vida em professores universitários: Um estudo em uma Universidade do Sul do Tocantins. **Amazônia: Science & Health**, v. 9, n. 1, p. 14-24, 2021. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/3307>. Acesso em: 22 de agosto de 2022.

PRADO, M. A. M. B. DO; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. DE A. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista Do Sistema Único de Saúde Do Brasil**, v. 26, n. 4, p. 747–758, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400007>. Acesso em: 23 de agosto de 2022.

RESHETNIKOV, Vladimir et al. Qualidade Ambiental Interna em Habitações e Comportamentos de Estilo de Vida durante a Pandemia de COVID-19: Perspectiva Russa. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, v. 18, n. 11, p. 5975, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/11/5975>. Acesso em: 21 de agosto de 2022.

RODRÍGUEZ-NOGUEIRA, Óscar *et al.* Dor musculoesquelética e teletrabalho em tempos de COVID-19: análise do impacto nos trabalhadores de duas universidades espanholas. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 31, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/1/31>. Acesso em: 19 de setembro de 2022.

SABINO-SILVA, R.; JARDIM, A. C. G.; SIQUEIRA, W. L. Impactos do coronavírus COVID-19 na odontologia e potencial diagnóstico salivar. **Investigações Oraís Clínicas**, v. 24, n. 4, p. 1619-1621, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s0078402003248-x>. Acesso em: 22 de agosto de 2022.

SANTOS, C. **Estatística descritiva—manual de auto-aprendizagem**. 3. ed. Lisboa: Edições Sílabo, LDA, 2018. Disponível em: <https://static.fnacstatic.com/multimedia/PT/pdf/9789726189688.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2023.

SANTOS, Júlia Cristina Novais Costa *et al.* Impacto da pandemia do COVID-19 na saúde mental, sono e qualidade de vida dos estudantes de enfermagem em curso do estágio obrigatório. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. e23211830908-e23211830908, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30908>. Acesso em: 22 de agosto de 2022.

SILVA, C. A.; FERREIRA, M. C. Dimensões e indicadores da qualidade de vida e do bem-estar no trabalho. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 29, p. 331-339, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/sQvTWxmcm68d88XjWg8yxMH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 de agosto de 2022.

SILVA, Marcos Vinicius Sousa *et al.* **O impacto do isolamento social na qualidade de vida dos idosos durante a pandemia por COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/15121>. Acesso em: 22 de agosto de 2022.

SILVA, N.; BOEHS, S. T. M.; CUGNIER, J. S. Psicologia positiva aplicada às organizações e ao trabalho—Conceitos fundamentais e sentidos aplicados. In: BOEHS, S. T. M.; SILVA, N. **Psicologia Positiva nas Organizações e no Trabalho**. São Paulo: Vetor, 2017. p. 42-61.

WANG, Yenan *et al.* Estudo sobre os estados psicológicos públicos e seus fatores relacionados durante o surto da doença de coronavírus 2019 (COVID-19) em algumas regiões da China. **Psicologia, Saúde e Medicina**, v. 26, n. 1, p. 13-22, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2023.

XIAO, Huidi *et al.* Distanciamento social entre estudantes de medicina durante a pandemia de coronavírus de 2019 na China: conscientização sobre doenças, transtorno de ansiedade, depressão e atividades comportamentais. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, v. 17, n. 14, p. 5047, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/14/5047>. Acesso em: 21 de setembro de 2022.

APÊNDICE

Apêndice A – Questionário da pesquisa

Parte 1: Perfil do respondente

1. Qual a sua Idade? _____
2. Qual o seu gênero?
 1. Feminino
 2. Masculino
 3. Prefiro não dizer
3. Qual o seu período do curso de Gestão Saúde?
 1. 4º Período
 2. 6º Período
4. Qual a cidade que você mora?
 1. Araçuaí
 2. Coronel Murta
 3. Virgem da Lapa
 4. Francisco Badaró
 5. Outros

Parte 2: Qualidade de vida

QUESTÃO 1- Como você avaliaria sua qualidade de vida?

1. Muito Boa
2. Boa
3. Nem Ruim, Nem Boa
4. Ruim
5. Muito Ruim

QUESTÃO 2- Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde??

1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Nem Satisfeito. Nem Insatisfeito
4. Insatisfeito
5. Muito Insatisfeito

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido alguma coisa nos últimos dois anos.

QUESTÃO 3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

1. Nada
2. Muito Pouco
3. Mais ou Menos
4. Bastante
5. Extremamente

QUESTÃO 4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

1. Nada
2. Muito Pouco
3. Mais ou Menos
4. Bastante
5. Extremamente

QUESTÃO 5 - O quanto você aproveita a vida?

1. Nada
2. Muito Pouco
3. Mais ou Menos
4. Bastante
5. Extremamente

QUESTÃO 6 - Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

1. Nada
2. Muito Pouco
3. Mais ou Menos
4. Bastante
5. Extremamente

QUESTÃO 7- O quanto você consegue se concentrar?

1. Nada
2. Muito Pouco
3. Mais ou Menos
4. Bastante
5. Extremamente

QUESTÃO 8 - Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

1. Nada
2. Muito Pouco
3. Mais ou Menos
4. Bastante
5. Extremamente

QUESTÃO 9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

1. Nada
2. Muito Pouco
3. Mais ou Menos
4. Bastante
5. Extremamente

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestes últimos dois anos.

QUESTÃO 10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

1. Nada
2. Muito Pouco
3. Médio
4. Muito

5. completamente

QUESTÃO 11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1. Nada
2. Muito Pouco
3. Médio
4. Muito
5. completamente

QUESTÃO 12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1. Nada
2. Muito Pouco
3. Médio
4. Muito
5. completamente

QUESTÃO 13 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

1. Nada
2. Muito Pouco
3. Médio
4. Muito
5. Completamente

QUESTÃO 14 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

1. Nada
2. Muito Pouco
3. Médio
4. Muito
5. completamente

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nos últimos dois anos.

QUESTÃO 15 - Quão bem você é capaz de se locomover?

1. Muito Ruim
2. Ruim
3. Nem Ruim, Nem Bom
4. Bom
5. Muito Bom

QUESTÃO 16 - Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

1. Muito Insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito Satisfeito

QUESTÃO 17 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

1. Muito Insatisfeito

2. Insatisfeito
3. Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito Satisfeito

QUESTÃO 18 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

1. Muito Insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito Satisfeito

QUESTÃO 19 - Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

1. Muito Insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito Satisfeito

QUESTÃO 20 - Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1. Muito Insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito Satisfeito

QUESTÃO 21 - Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

1. Muito Insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito Satisfeito

QUESTÃO 22 - Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

1. Muito Insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem Satisfeito. Nem Insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito Satisfeito

QUESTÃO 23 - Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

1. Muito Insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem Satisfeito. Nem Insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito Satisfeito

QUESTÃO 24 - Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

1. Muito Insatisfeito

2. Insatisfeito
3. Nem Satisfeito. Nem Insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito Satisfeito

QUESTÃO 25 - Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

1. Muito Insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem Satisfeito. Nem Insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito Satisfeito

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nos últimos dois anos.

QUESTÃO 26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como o mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1. Nunca
2. Algumas Vezes
3. Frequentemente
4. Muito Frequentemente
5. Sempre

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA CIDADE DE ARAÇUAÍ- MG

Lahisa Ramalho Jardim; Graduada em Tecnologia em Gestão em Saúde; Instituto Federal do Norte de Minas Gerais - IFNMG/Araçuaí.

Gessica Mina Kim Jesus; Mestre em Engenharia de Produção; IFNMG/Araçuaí.

Jéssica Oliveira de Carvalho; Mestre em Estudos Linguísticos; IFNMG/Araçuaí.

Lucas Pazolini Dias Rodrigues; Doutor em Administração; IFNMG/Araçuaí.

RESUMO: A qualidade de vida remete a condições de vida, bem-estar físico, mental e psicológico. Os profissionais de saúde da atenção primária estão sujeitos a diversos fatores diários que podem impactar na sua qualidade de vida. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária da cidade de Araçuaí, MG. A metodologia se caracterizou por um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário baseado no instrumento SF- 36 que mede a qualidade de vida. Ao todo 39 profissionais de saúde que atuam na atenção primária responderam à pesquisa. Os resultados mostram que 89,7% dos respondentes são do gênero feminino com idade média de 33 anos. Com relação à qualidade de vida, a menor média foi obtida no domínio das limitações por aspectos físicos e a maior média no domínio da saúde mental. De forma geral, os resultados mostram que os domínios da qualidade de vida dos profissionais encontram-se em um nível satisfatório.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida; Profissionais; Estratégia de Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) é vista como um indicativo de saúde da população, visando dimensões do bem-estar físico, mental, social e espiritual. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946), qualidade de vida se refere à percepção do indivíduo sobre sua vida inserido no contexto social e cultural. Para Seidl e Zannon (2004), a QV vem sendo discutida nos últimos anos e a sua utilização nas práticas dos serviços de saúde é crescente.

No âmbito da saúde, a atenção primária à saúde é considerada um processo de organização dos sistemas de saúde com maior alcance e integridade na prevenção e cuidado à saúde (CAMPELO et al., 2019). Essa atenção primária é apreciada como porta de entrada da população ao Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, é consolidado a Estratégia de Saúde da Família (ESFs) destinada a acolher e acompanhar, que atende a maior parte das necessidades de saúde de seus usuários. Contudo, as ESFs são uma expansão e apoio da atenção primária, suas atividades englobam todos os ciclos de vida que vem desde o início da vida de um ser humano até sua vetustez. Segundo o Ministério da Saúde (2012), a ESF visa ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Entretanto, vale refletir que esse apoio aos usuários demanda de uma boa qualidade de vida dos colaboradores da atenção primária. Uma vez que esses profissionais também estão submetidos a doenças, rotinas exaustivas, que podem prejudicar o desempenho do trabalho, logo irão afetar na assistência de saúde a população. Por isso, a importância de uma vida com qualidade, pois a aptidão no trabalho influencia justamente as condições de bem-estar físico, emocional, social e financeiro das pessoas, em especial os profissionais que estão diretamente ligados ao público (MONTEIRO et al., 2016).

É nesse âmbito que esses profissionais precisam de atenção, tendo uma percepção do ambiente de trabalho, das relações interpessoais com os usuários e com a equipe. Ademais,

muitos desafios e dificuldades que os profissionais enfrentam podem prejudicar a qualidade de vida dos mesmos como uma grande demanda de atendimento, a falta de colaboração da comunidade, relações com a equipe, as unidades de saúde estarem inseridas em locais perigosos ou até mesmo a falta de uma boa gestão (MONTEIRO et al., 2016)

Esses motivos podem levar a uma má condição de saúde provocando desgastes psicológicos e físicos, podendo ocasionar transtornos mentais e comportamentais para os profissionais. De acordo com o Ministério da Saúde, a alteração da saúde mental dos indivíduos se dá por diversos aspectos que vão desde fatores pontuais, como a exposição a determinado agente tóxico, até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, o gerenciamento das pessoas e a estrutura empresarial (BRASIL, 2001).

Diante do exposto, este trabalho busca avaliar a qualidade de vida dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária da cidade de Araçuaí, MG. No Brasil, os estudos sobre QV têm sido analisados com populações específicas, como gestantes e idosos, ou com diferentes agravos à saúde (ALMEIDA-BRASIL et al., 2017). Poucos estudos têm avaliado a QV de profissionais de saúde, como é o caso dos profissionais que atuam na Atenção primária à Saúde, além disso, na cidade de Araçuaí- MG não foi encontrado nenhum estudo que avaliasse a QV desses profissionais. Assim, este estudo busca contribuir para mostrar o resultado da avaliação da QV dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária da cidade de Araçuaí, MG.

REFERENCIAL TEÓRICO

Atenção Primária à Saúde

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção primária à saúde (APS) é definida como a porta de entrada do SUS, sendo o primeiro nível de atenção em saúde, no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2023).

O objetivo da APS é desenvolver uma atenção integral que resulta positivamente na situação de saúde dos atendidos. Conforme Fausto et al. (2012), a APS foi utilizada pela primeira vez no Relatório Dawson em 1920, como forma de organização dos sistemas de saúde. Esse relatório considerava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliários e suplementares e hospitais de ensino. Essa perspectiva elaborada pelo governo inglês, influenciou a organização dos sistemas de saúde do mundo todo, o que definia duas características simples da atenção primária à saúde: a regionalização e a integralidade (FAUSTO et al., 2012).

Starfield (2002), denominou a APS como o acesso de primeiro contato longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Apesar das desavenças conceituais, a APS na Declaração de Alma-Ata foi interpretada como estratégia central de organização do sistema de saúde, proposta para atender às necessidades de saúde da população.

Durante os anos 60, o Departamento de Medicina Preventiva (DPM), vinculado à escola de Medicina, apresentou no país os primeiros programas de integração docente-assistencial. Ainda nessa época, agências internacionais instigaram a implementação de programas de extensão de cobertura. Esses programas estavam juntamente com as medidas oficiais adotadas pelo governo federal na área da saúde (FAUSTO et al., 2012).

Nos anos 70, a APS ganhava destaque na agenda das políticas de saúde, tendo como principal agência a Organização Mundial da Saúde (OMS), que com os resultados obtidos de programas de extensão de cobertura criado por vários países, levou à criação da I Conferência Internacional sobre cuidados primários à saúde. “Em termos conceituais, foi a partir da

Conferência de Cuidados Primários em Saúde, realizada no ano de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, que se buscou uma definição para a APS" (FAUSTO et al. 2012, p.46).

No Brasil, o progresso da APS está localizado no trabalho desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). As atividades do SESP limitavam-se a áreas estratégicas e ações centralizadas, com pouco ou nenhum vínculo com as demais instituições de saúde.

Ainda nos anos 70, com as ideias de extensão de cobertura de ações de saúde nas periferias urbanas, alguns municípios organizaram seus sistemas locais de saúde, com uma gama de ações preventivas e curativas. Essas primeiras práticas começaram a ganhar visibilidade no final da década de 1970, crescendo cada vez mais com novas abordagens e formas de organização de APS integrada ao sistema de saúde em nível local (FAUSTO et al. 2012).

Em 1978, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) foi apresentado como uma proposta voltada para as regiões mais pobres do país, essa foi uma das primeiras iniciativas de integração das ações de saúde. No seguimento do PIASS, em 1981, foi elaborado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), o mesmo propunha a expansão da rede pública de saúde, com integração da rede de serviços básicos de saúde e demais serviços ofertados em outros níveis de atenção.

Durante os anos 80 e 90, muitos aspectos divergiam no sistema de saúde brasileiro. Os governos foram orientados por agências internacionais a adotar políticas de saúde que seriam desvinculadas de ações feitas em outros níveis de atenção. Assim, com o andamento que diversos sistemas de saúde públicos estavam tomando para a redução de custos de suas ações, o Brasil adotou políticas sociais inclusivas, nunca vistas anteriormente. Nesse sentido, a APS foi pensada com base nos princípios norteadores do SUS: saúde como direito de todos, equidade, integralidade e participação popular (FAUSTO et al. 2012).

Além disso, a APS ganhou evidência na Política Nacional de Saúde a partir da edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS) 01/96. Em 1991 foi estabelecido o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, esta foi se tornando a principal estratégia de acesso do primeiro contato e de mudança do modelo assistencial, depois de alguns anos, foi transformada em Estratégia de Saúde da Família, enunciada em 2006 na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como fundamento direcionado de base do SUS. De acordo com o Ministério da saúde, a ESF leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), como exemplos: Consultas, vacinas, exames, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF.

Nessa perspectiva, a ESF trouxe relevância para a APS e fortaleceu a mudança do modelo assistencial estabelecendo a equipe multiprofissional como função de porta de entrada e de organização da atenção na rede.

Qualidade de Vida

A qualidade de vida (QV) pode ser compreendida como um indicador de saúde da população, que deve ser relacionada com o bem-estar, autonomia e satisfação. A QV pode abranger aspectos científicos, senso comum, raízes históricas e as circunstâncias atuais. O termo "Qualidade de vida" foi utilizado pela primeira vez por Pigou em 1920, em um livro sobre economia e bem-estar, que discutia "o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado" (GARABELI et al. 2007, p. 14).

Entretanto, na década de 70, a QV também foi introduzida pelo professor Louis Davis que ampliou seu trabalho sobre o projeto de delineamento de cargos. Ademais surge um movimento pela Qualidade de vida no trabalho devido à "preocupação com a competitividade

internacional e o grande sucesso dos estilos e técnicas gerenciais dos programas de produtividade japonesa, centrado nos empregados” (ESESP, 2019). Além disso, essa preocupação se daria em torno da motivação dos trabalhadores, buscando sempre reduzir os conflitos. Logo após a Segunda Guerra Mundial, o termo passou a ser mais usufruído, com a busca para a melhoria da condição de vida, “principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais, como casa própria, carro, salário, e bens adquiridos” (GARABELI et al. 2007, p. 14).

Outro ponto sobre a QV é que ela pode se referir à humanização no trabalho, melhores condições físicas, fatores organizacionais, ambientais e governamentais. Para Werther e Davis (1983), diversos fatores afetam a QV, como por exemplo, a supervisão, as condições de trabalho, o pagamento, os benefícios e os projetos do cargo. Porém, o que envolve mais profundamente o trabalhador é a natureza do cargo. As junções desses fatores influenciam o trabalho em si, conseqüentemente impactando de forma positiva ou negativa no nível de satisfação dos profissionais. Esse nível de satisfação apresenta correlação positiva no desempenho. Guzman e Teng-Calleja (2018) acreditam que, para gerar satisfação com foco na qualidade de vida no trabalho, é preciso nove categorias, a saber: benefícios e recompensas, remuneração, ambiente de trabalho, natureza do trabalho, oportunidades de desenvolvimento, cultura, orientações organizacionais, relacionamento com colegas de trabalho e relacionamento com o supervisor.

Nessa perspectiva, Siqueira (2008) apresenta seis dimensões de satisfação: satisfação com o salário, com os colegas de trabalho, com a chefia, com promoções, com a natureza do trabalho e com a estabilidade no emprego. De fato, “cada uma das seis dimensões de satisfação no trabalho compreende um foco, uma fonte ou origem de tais experiências prazerosas” (SIQUEIRA, 2008, p. 259). Outrossim são essas experiências prazerosas que o profissional deve ter no seu âmbito laboral, o que contribuirá para o indivíduo e para a organização.

Outro ponto são diversas situações de estresse na execução das atividades laborais que os profissionais de saúde podem enfrentar e que afetam diretamente sua QV. Considerando-se que a Saúde do trabalhador é um dos campos de atuação do SUS, que por meio da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) dispõe a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho.

Diversas características determinam a QV como, a capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental (CARDOSO et al. 2017). Essas características podem ser avaliadas por instrumentos como forma de avaliação da QV, as ferramentas mais utilizadas são comuns pois avaliam várias perspectivas dos impactos decorrentes de condições de saúde. Cardoso et al. (2017) afirma que os instrumentos genéricos mais utilizados são o *Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form* (MOS SF-36), o *Medical Outcomes Studies 12-item Short-Form* (MOSSF-12), o EuroQol (EQ-5D) e o WHOQOL-100.

O questionário *Short Form Health Survey 36* (SF-36) é uma das ferramentas mais utilizadas por pesquisadores da área da saúde para avaliar a QV. A ferramenta também foi traduzida e validada para o português por Ciconelli e colaboradores em 1999. Este questionário é composto por 36 questões, as quais estão divididas em 8 itens, que avaliam dimensões como: aspectos físicos, aspectos sociais, capacidade funcional, dor, vitalidade, estado geral de saúde, aspectos emocionais e saúde mental.

Sueko (2006) diz que se trata de um questionário relacionado à saúde, de fácil aplicação e compreensão, o mesmo já foi aplicado em diversos tipos de pacientes e avaliado quanto à sua confiabilidade e validade em diversos estudos. Para Laguardia et al. (2013), o intuito do questionário SF- 36, na condição de saúde da população em geral ou para aquelas advindas por alguma enfermidade, é detectar diferenças clínicas e socialmente relevantes, além das mudanças

na saúde ao longo do tempo. Ainda, o uso desse instrumento possibilita uma análise estimativa dos escores nacionais para determinar como um indivíduo ou um grupo se encontra diante da média para seu país. Além disso, é fundamental ter dados normativos brasileiros do SF-36, no qual, a avaliação da função de saúde de uma pessoa é feita dentro de um conhecimento cultural inerente à saúde.

Qualidade de vida dos profissionais de saúde

Para Marcitelli e Regina (2011), o conceito de qualidade de vida dos profissionais de saúde tem relação com questões amplas que envolvem o lazer, educação, trabalho, moradia, bem-estar e saúde do ser humano e família. No entanto, o déficit desses fatores pode afetar a QV desses indivíduos. Segundo Santos et al. (2017), os índices de QV podem fornecer informações e influência pessoal e coletiva e apontam que a baixa qualidade de vida dos profissionais que atuam na área da saúde pode comprometer a dinâmica do serviço, causando consequências negativas para a organização e, principalmente, para os usuários.

Para Soares et al. (2018), a influência negativa na QV dos profissionais da área de saúde é originada do contato frequente com a dor, terminalidade da vida, expectativas e limitações. Ainda é citado o fator da sobrecarga e o elevado nível de estresse, o que resulta em um grande desgaste físico e mental. Assim sendo, fica evidente que muitos profissionais são submetidos à ansiedade e ao estresse, seja por situações cotidianas ou por desorganização dentro ou fora do âmbito de trabalho e que as relações sociais influenciam na saúde mental desses profissionais, sendo necessário auxílio para o enfrentamento dos momentos difíceis da vida.

Além disso, os profissionais da área da saúde podem apresentar manifestações, como a exaustão, a falta de vitalidade e baixos níveis de satisfação. Segundo Neves et al. (2019), a fadiga por compaixão é considerada uma das maiores ameaças à saúde mental dos profissionais de saúde, isso porque há uma redução na habilidade do profissional para ajudar uma pessoa traumatizada ou em sofrimento. Outro ponto é a fadiga por compaixão, que se caracteriza pela “associação de baixos níveis de satisfação por compaixão e elevados níveis de estresse traumático secundário e burnout” (TORRES, 2019).

Segundo Barbosa et al. (2019), a síndrome de Burnout é formada por três dimensões: alto nível de exaustão emocional; alto nível de despersonalização e baixo nível de realização profissional. Ademais, essa síndrome diferencia-se de outros tipos de estresse por ter relação entre o trabalhador e as pessoas alvo do trabalho executado.

Diante do exposto, é importante que seja feita uma análise da QV dos profissionais da APS, uma vez que o esgotamento e desgaste na vida desses profissionais pode prejudicar negativamente o desempenho de suas atividades laborais, ainda mais quando se remete a qualidade de vida no trabalho, pois esses profissionais têm contato direto com o público (SILVA et al., 2018). Lima et al. (2020) destacam os profissionais da APS, pois atuam no primeiro nível de um sistema de saúde, prestando o cuidado à população, e contribuindo para a concretização das políticas de saúde.

METODOLOGIA

Essa pesquisa trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. De acordo com Bastos et al. (2007, p. 3), os estudos transversais na área da saúde ajudam na descrição da população e na definição de planos de ação. Para Aragão (2011), os estudos descritivos ajudam a descrever a situação de um determinado fenômeno, contexto ou população. A abordagem quantitativa, por sua vez, “caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas” (RICHARDSON *apud* DALFOVO et al., 2008).

O estudo foi realizado nas ESFs da cidade de Araçuaí-MG. Existem oito ESFs na zona urbana e 3 ESFs na zona rural de Araçuaí-MG. A população do estudo foi composta por 137 profissionais de saúde, sendo eles, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam nas ESFs da cidade de Araçuaí- MG. Ademais, para acesso a essas informações foi necessário um levantamento na Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Araçuaí-MG. Ao todo sete ESFs da zona urbana participaram do estudo. Somente uma ESFs não demonstrou interesse na participação da pesquisa. A amostra de respondentes foi composta por 39 profissionais que atuam na APS, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Quantidade de profissionais de cada categoria que participaram da pesquisa.

Profissional	Quantidade
Médicos	02
Técnicos de enfermagem	05
Enfermeiros	04
Agentes comunitários de saúde	28
Total	39

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Crítérios de inclusão e exclusão

Neste estudo foram adotados dois tipos de critérios: inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram os profissionais disponíveis nas ESFs da cidade de Araçuaí-MG no momento da pesquisa, sendo eles: o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS). Já os critérios de exclusão foram os outros profissionais e aqueles que estariam de férias, atestados ou se recusaram a participar da pesquisa.

Coleta e análise de dados

Para avaliar a QV dos profissionais da saúde da APS de Araçuaí, foi utilizado o questionário SF-36 para a coleta de dados, que é um instrumento para avaliação da QV (CICONELLI et al., 1999). O questionário foi aplicado presencialmente nas 7 ESFs da cidade de Araçuaí-MG durante os meses de março e abril de 2023.

As variáveis analisadas nesse questionário foram idade, sexo, estado civil, renda, escolaridade, área de atuação, tempo de serviço e satisfação com o trabalho, que se relacionam com o perfil do respondente. E as variáveis do SF-36 foram capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental se relacionam com a análise da qualidade de vida (CICONELLI et al., 1999).

Uma descrição mais detalhada das variáveis escolhidas para este estudo bem como sua correspondência às questões do questionário está apresentada no Quadro 1 a seguir. Ressalta-se que o questionário completo está disponível no Apêndice A.

Quadro 1 – Descrição das variáveis utilizadas na pesquisa.

Parte 1: Perfil do respondente		
Variável	Questões	Descrição
Idade	Questão 1	Idade em anos completos
Sexo	Questão 2	Corresponde ao gênero que pode ser feminino, masculino
Estado civil	Questão 3	Corresponde ao estado civil do respondente que pode ser solteiro, casado, divorciado/ separado ou viúvo
Escolaridade	Questão 4	Corresponde ao grau de escolaridade, que vai desde o ensino fundamental incompleto até o ensino superior completo
Renda	Questão 5	Corresponde a renda mensal do participante, que vai desde a não ter nenhuma renda até mais de 1,5 salário mínimo
Área de atuação	Questão 6	Corresponde à profissão exercida na ESF

Tempo de serviço	Questão 7	Corresponde ao tempo que está atuando naquele serviço
Satisfeito com o trabalho	Questão 8	Corresponde se está satisfeito ou insatisfeito com o trabalho
Parte 2: Qualidade de Vida		
Estado geral de saúde	Questões 1, 2 e 11	
Capacidade funcional	Questão 3	Corresponde ao nível de dificuldade para fazer certas atividades
Limitações por aspectos físicos	Questão 4	Corresponde às limitações da saúde física decorrentes a problemas com o trabalho ou atividade regular
Limitações por aspectos emocionais	Questão 5	Corresponde às limitações da saúde mental decorrentes a problemas com o trabalho ou atividade regular
Aspectos sociais	Questão 6	Corresponde em como a saúde física ou problemas emocionais interferiram em atividades sociais normais
Dor	Questões 7 e 8	Corresponde ao nível de dor no corpo nas últimas 4 semanas
Vitalidade	Questão 9, letras a, e, g, i	Corresponde à como está se sentindo durante as 4 últimas semanas
Saúde mental	Questão 9, letras b, c, d, f, h	Corresponde à como está se sentindo durante as 4 últimas semanas

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva. De acordo com Guedes et al. (2020), a estatística descritiva tem o objetivo de sintetizar os dados coletados, permitindo uma visão global por meio de gráficos, tabelas e medidas descritivas. Foi utilizado planilhas eletrônicas, como o Excel para tabulação dos dados e elaboração de gráficos.

Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido para aprovação na Plataforma Brasil, obtendo parecer favorável sob o CAAE N° 65809422.9.0000.8747, atendendo a todos os princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, prescritos nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n° 466, de 12 de dezembro de 2012. O consentimento foi obtido junto à Coordenação de Atenção Primária à Saúde do município de Araçuaí, MG. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta seção apresenta os resultados do trabalho. Para melhor organização, os resultados foram divididos em duas partes: análise do perfil e análise da qualidade de vida dos profissionais da APS de Araçuaí, MG.

Análise do Perfil

Foram entrevistados 39 profissionais da Atenção Primária à Saúde da cidade de Araçuaí-MG. As recusas foram inferiores a 28%, sendo o principal motivo a falta de tempo. Fizeram parte da pesquisa 28 agentes comunitários de saúde, 4 enfermeiros, 5 técnicos em enfermagem e 2 médicos. A Tabela 2 apresenta um resumo dos resultados do perfil dos respondentes.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica do perfil dos respondentes da atenção primária de saúde de Araçuaí-MG (n = 39).

Variáveis	Quantidade	%
Idade		
≤ 33 anos	22	56,40%
> 33 anos	17	43,60%
Sexo		
Feminino	35	89,70%
Masculino	4	10,30%
Estado civil		
Solteiro	26	66,70%
Casado	8	20,50%
Divorciado/separado	5	12,80%
Escolaridade		
médio completo	22	56,40%
superior completo	14	35,90%
superior incompleto	3	7,70%
Renda		
de 1 até 1.5 salário mínimo	5	12,80%
mais de 1.5 salário mínimo	34	87,20%
Tempo de serviço		
≤ 36 meses	26	66,70%
> 36 meses	13	33,30%
Satisfeito com o trabalho		
Satisfeito	37	94,90%
Insatisfeito	2	5,10%

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Conforme apresentado na Tabela 2, o gênero feminino foi predominante na amostra com 89,7%, a idade média dos respondentes foi de 33 anos, variando de 20 a 59 anos. Segundo Fraccaro (2018) a predominância do sexo feminino no trabalho como ACS, pode estar relacionado à crescente inserção da mulher no mercado de trabalho. Em relação à idade, a média foi de 33 anos. Esta pesquisa traz resultados semelhantes ao de Kruger et al. (2020) que encontrou a maioria dos respondentes do gênero feminino (82,5%), com idade de até 45 anos (53,3%).

Em relação ao estado civil dos participantes, constatou-se que a maioria dos respondentes se declarou como solteiro (66,7%), com nível de formação correspondente ao ensino médio completo (56,4%). Quanto à renda familiar, foi possível observar que 87,2% dos respondentes apresentam renda acima de 1,5 salário mínimo.

Além disso, foi considerado uma média de 36,33 meses no tempo de serviço dos participantes com um desvio padrão de (51,66), o que foi possível observar uma alta variabilidade nos dados. O valor do desvio padrão foi maior que o valor da média, porque existem profissionais que estão a pouco tempo no serviço (por exemplo, um mês), enquanto existem profissionais que estão há muitos anos (por exemplo, 13 anos).

Análise da Qualidade de Vida

Em relação à análise da qualidade de vida dos respondentes, pode-se observar que as médias mais altas foram obtidas nos domínios (vitalidade, aspectos sociais e saúde mental), já as médias mais baixas estão nos domínios (limitações por aspectos físicos e emocionais). As

médias da QV dos participantes de cada domínio do questionário SF-36 estão representadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Médias e desvio padrão dos domínios de qualidade de vida.

Domínios do Questionário SF-36	Média	Desvio padrão
Capacidade funcional	2,66	0,23
Limitação por aspectos físicos	1,72	0,11
Dor	2,35	0,60
Estado geral de saúde	2,49	0,69
Vitalidade	3,62	0,57
Aspectos sociais	3,10	1,62
Limitação por aspectos emocionais	1,79	0,08
Saúde mental	4,00	1,19

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

De acordo com os dados obtidos na Tabela 2, pode-se observar uma boa qualidade de vida dos profissionais, no qual o domínio capacidade funcional obteve melhor desempenho, devido a média de 2,66 estar próxima de 3, que corresponde ao quesito “*não, não dificulta de modo algum*”. Em comparação a outros estudos como de Silva et al. (2015), em que o melhor domínio também foi a “capacidade funcional”.

Em relação ao estado geral de saúde, foi possível observar uma média satisfatória neste domínio. Nos aspectos físicos e saúde mental obteve um resultado bom em relação à média. No entanto, em relação aos estudos realizados em Unidades Básicas de Saúde utilizando o questionário SF-36, o estudo de Santos et al. (2017), os domínios, saúde mental e estado geral de saúde apresentaram escores mais elevados, possivelmente devido ao alcance de 100% da população. Todavia, nos estudos de Silva et al. (2015) e Ramos et al. (2021) foram apresentados os domínios “vitalidade”, “aspectos emocionais” e “estado geral de saúde” com as menores médias dos escores, portanto com valores insatisfatórios.

Diante dos resultados e comparados ao presente estudo, de acordo com Silva et al. (2015) foi possível observar que o tamanho de amostra dos estudos citados acima se difere, pois, a diferença nos padrões da QV desses profissionais, pode ser considerada devido à distinção sociodemográfica e geográfica, bem como o tipo de atenção em saúde, além de existirem poucos trabalhos utilizando o questionário SF-36, principalmente no estado de Minas Gerais. Portanto, foi possível concluir que os dados apresentam bons resultados para a QV dos profissionais da APS para os domínios analisados.

CONCLUSÃO

Neste estudo, foi possível avaliar a QV dos profissionais da saúde da atenção primária à saúde da cidade de Araçuaí, MG. Por meio da aplicação do questionário SF-36 a 39 profissionais atuantes nas ESFs foi possível descrever o perfil sociodemográfico e identificar os domínios com melhores e piores médias relacionados à QV. Quanto ao perfil dos respondentes foi observado que a maioria é do gênero feminino, com idade média de 33,5 anos. Cerca de 29% dos entrevistados trabalham como ACS, 5% como técnicos em enfermagem, 4% como enfermeiros e 2% como médicos.

Com relação à QV, as médias alcançadas para os domínios da QV dos profissionais encontram-se em um nível satisfatório. As maiores médias foram observadas nos domínios saúde mental, vitalidade, aspectos sociais e capacidade funcional. As menores médias foram encontradas nos domínios limitações por aspectos físicos, limitações por aspectos emocionais, dor e estado geral de saúde.

Uma limitação desse estudo é que não foi possível alcançar toda a população pretendida, devido às restrições de tempo por parte dos respondentes, além de não realizar o trabalho em todas as ESFs pela falta de colaboração. Para pesquisas futuras recomenda-se ampliar o número de participantes para que seja possível fazer uma análise estratificada de cada profissão, podendo também fazer uma comparação depois de alguns anos com o intuito de analisar se houve alguma alteração na QV dos indivíduos.

Por fim, considera-se que “a melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida necessitam da colaboração social dos usuários, das equipes de saúde e da gestão, além de ações desenvolvidas pelos profissionais na área da saúde”. Por isso, ressalta-se a importância da avaliação da QV dos profissionais da atenção primária à saúde, pois eles possuem um papel fundamental no cuidado, prevenção e promoção da saúde na comunidade. Portanto, os resultados podem fornecer uma base para planejamento e ações que visem o bem-estar desses profissionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-BRASIL, Celine Cardoso et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1705-1716, 2017.

ARAGÃO, Júlio et al. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista práxis**, v. 3, n. 6, 2011.

BASTOS, J. L., D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, pág. 229-232, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

CAMPELO, D. C. C. A, DIAS, R. S.; ILANA, M. A. F.; PACHECO, M. A. B. **Avaliação da qualidade do serviço na atenção primária à saúde na perspectiva do usuário**. Curitiba: Editora Appris, 2019.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista interdisciplinar científica aplicada**, v. 2, n. 3, p. 1-13, 2008.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas.

FRACCARO, G. C. C. Uma história social do feminismo: diálogos de um campo político brasileiro (1917-1937). **Estudos Históricos** (Rio de Janeiro), v. 31, p. 7-26, 2018.

GUEDES, T. A. et al. Estatística descritiva. Disponível em: http://www.each.usp.br/rvicente/Guedes_et_al_Estatistica_Descritiva.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

GUZMAN, I. L. M.; TENG-CALLEJA, M. Desenvolvimento de um modelo de um ótimo lugar para trabalhar e seus resultados percebidos: um exemplo das Filipinas. **Performance Improvement Quarterly**, v. 31, n. 1, pág. 5-34, 2018.

LAGUARDIA, Josué et al. Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, p. 889-897, 2013.

LIMA, G. K. M.; GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L. A. Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária. **Saúde em Debate** [online]. 2020, v. 44, n. 126. [acessado 10 agosto 2022], p. 774-789. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012614>. Acesso em: 02 de março de 2023.

MONTEIRO, Cristine Hirsch. **Qualidade de vida do trabalhador da saúde na atenção primária à saúde no município de João Pessoa/PB**. Tese de Doutorado. Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, 2016.

RAMOS, Ana Paula et al. Síndrome de burnout e qualidade de vida em enfermeiros. **Enfermagem Brasil**, v. 20, n. 5, p. 672-684, 2021.

SANTOS, Leiliane Nascimento et al. Avaliação da qualidade de vida no trabalho de enfermeiras de hospitais gerais [Avaliação da qualidade de vida no trabalho de enfermeiras de hospitais gerais] **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. 18286, 2017.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, n. 2, pág. 580-588, 2004.

SILVA, P. S. C.; RODRIGUES, A. P. G.; JARA, E. J. Qualidade de vida dos profissionais de uma unidade básica de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1647-1662, 2015.

SILVA, Leandro Frederico et al. A síndrome de burnout no ambiente de trabalho: um reflexo do afastamento de profissionais de suas atividades laborais em Anápolis, 2018.

SIQUEIRA M. M. M. Satisfação no trabalho. In: SIQUEIRA, M. M. et al. Medidas de comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e gestão. São Paulo: Bookman, 2008. Disponível em: <https://qdoc.tips/livro-medidas-do-comportamentoorganizacional-pdf-free.html>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2023.

SOARES de Souza et al. Qualidade de vida, dois profissionais de enfermagem em setores críticos. **Rev. Cuid.** v. 9, n. 2, p. 2177-2186, 2018. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/506>. Acesso em: 25 de março de 2023.

WERTHER, B. W; DAVIS, K. **Administração de pessoal e Recursos Humanos: A qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Mcgrawhill do Brasil, 1983.

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário da pesquisa

Parte 1: Perfil do entrevistado

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

3. Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado/separado(a) () Viúvo(a)

4. Escolaridade:

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

5. Qual é sua renda mensal?

() Não tenho nenhuma renda mensal

() Menos que 0,5 salário mínimo

() De 0,5 salário mínimo até 1 salário mínimo

() De 1 salário mínimo até 1,5 salário mínimo

() Mais de 1,5 salário mínimo

6. Área de atuação: _____

7. Tempo de serviço (anos): _____

8. Satisfeito com o trabalho: () Satisfeito () Insatisfeito

Parte 2: Qualidade de Vida

1. Em geral você diria que sua saúde é:

1. Excelente

2. Muito boa

3. Boa

4. Ruim

5. Muito Ruim

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria seu estado geral, agora?

1. Muito melhor

2. Um pouco melhor

3. Quase a mesma

4. Um pouco pior

5. Muito pior

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta um pouco
3. Não, não dificulta de modo algum

b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta um pouco
3. Não, não dificulta de modo algum

c) Levantar ou carregar mantimentos

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta um pouco
3. Não, não dificulta de modo algum

d) Subir vários lances de escada

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta um pouco
3. Não, não dificulta de modo algum

e) Subir um lance de escada

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta um pouco
3. Não, não dificulta de modo algum

f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta um pouco
3. Não, não dificulta de modo algum

g) Andar mais de 1 quilômetro

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta um pouco
3. Não, não dificulta de modo algum

h) Andar vários quarteirões

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta um pouco
3. Não, não dificulta de modo algum

i) Andar um quarteirão

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta um pouco
3. Não, não dificulta de modo algum

j) Tomar banho ou vestir-se

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta um pouco
3. Não, não dificulta de modo algum

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?

1. Sim
2. Não

b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?

1. Sim
2. Não

c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades.

1. Sim
2. Não

d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (ex: necessitou de um esforço extra).

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?

1. Sim
2. Não

b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?

1. Sim
2. Não

c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.

1. Sim
2. Não

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

1. De forma nenhuma
2. Ligeiramente
3. Moderadamente
4. Bastante
5. Extremamente

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

1. Nenhuma
2. Muito leve
3. Leve
4. Moderada
5. Grave
6. Muito grave

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

1. De maneira alguma
2. Um pouco
3. Moderadamente
4. Bastante
5. Extremamente

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?

1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nenhuma parte do tempo

b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?

1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nenhuma parte do tempo

c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?

1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nenhuma parte do tempo

d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?

1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nenhuma parte do tempo

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?

1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo

6. Nenhuma parte do tempo

f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?

1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nenhuma parte do tempo

g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?

1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nenhuma parte do tempo

h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?

1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nenhuma parte do tempo

i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?

1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nenhuma parte do tempo

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto de tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nenhuma parte do tempo

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas

1. Definitivamente verdadeiro
2. A maioria das vezes verdadeiro
3. Não sei
4. A maioria das vezes falso
5. Definitivamente falso

b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço

1. Definitivamente verdadeiro
2. A maioria das vezes verdadeiro
3. Não sei
4. A maioria das vezes falso
5. Definitivamente falso

c) Eu acho que a minha saúde vai piorar

1. Definitivamente verdadeiro
2. A maioria das vezes verdadeiro
3. Não sei
4. A maioria das vezes falso
5. Definitivamente falso

d) Minha saúde é excelente

1. Definitivamente verdadeiro
2. A maioria das vezes verdadeiro
3. Não sei
4. A maioria das vezes falso
5. Definitivamente falso

A ESTRUTURAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE QUEIMADO EM MINAS GERAIS

Diovana Paiva Faustino; Bacharel em Enfermagem; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Letícia Fernanda Cota Freitas; Bacharel em Enfermagem; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Ana Elisa Machado da Fonseca; Bacharel em Administração Pública; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Antônio Carlos Cioffi; Bacharel em Medicina, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Camila Fernanda Pereira Marçal; Bacharel em Enfermagem; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Nayara Stephany Carolino; Bacharel em Fisioterapia; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A linha de cuidado de assistência ao paciente queimado iniciou sua estruturação em 2021 pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) devido à necessidade de definição dos fluxos assistenciais e regulatórios. Para tal, foi realizado um estudo acerca do quantitativo, origem, perfil clínico dos pacientes e serviços de saúde. O estado contava com 3 hospitais habilitados para assistência ao paciente queimado em alta complexidade, com um total 14 leitos, destes, apenas 9 exclusivos para este perfil assistencial. **Objetivo:** Apresentar a Política Pública de Saúde, bem como as ações executadas pela SES/MG referentes à Linha de Cuidado da Assistência ao Paciente Queimado. **Método:** Trata-se de uma análise qualitativa da Política Pública relacionada à Linha de cuidado da Assistência ao Paciente Queimado e ações de saúde executadas pela SES/MG entre 2021 e 2023. **Resultado e Discussão:** Em 2021, foi realizado um estudo acerca do cenário assistencial do paciente queimado, que apontou a necessidade de estruturação da Linha de cuidado para este perfil de paciente no qual foram identificados vazios assistenciais e uma rede de atenção deficiente. Assim, foi publicada a Deliberação CIB/SUSMG nº 3.763 em março de 2022, que aprovou as diretrizes de estruturação da Linha de Cuidado e para fins de aprimoramento das diretrizes, foi publicada a Deliberação CIB/SUSMG nº 3.906 em agosto de 2022. Com o objetivo de viabilizar a assistência ao paciente queimado foi publicada a Deliberação CIB/SUSMG nº 3.909 em agosto de 2022, que aprovou as regras de cofinanciamento para a complementação do valor da internação, por ser uma assistência altamente especializada e de custo elevado. Em outubro de 2022, com o objetivo de organizar as diretrizes foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.951, que realizou a atualização e consolidação das regras de estruturação e cofinanciamento. Já em dezembro de 2022 foi publicada a Resolução SES/MG nº 8.494, que aprovou o credenciamento de 20 Centros de Tratamento de Queimados (CTQ) dispostos em 17 municípios, localizados em 11 macrorregiões de saúde otimizando o acesso do paciente grave ao leito hospitalar por meio da regulação do acesso por fila única. Os CTQ foram classificados em 3 tipologia sendo o Tipo 1A aquele que possui habilitação federal, estrutura física e equipe mínima exclusiva para atendimento do paciente grande queimado. Já o CTQ Tipo 1B possui habilitação federal,

estrutura física e equipe mínima não exclusiva para atendimento do paciente grande queimado, enquanto o CTQ Tipo 2 possui leitos gerais e estrutura física não exclusivos para atendimento ao paciente médio queimado. A estratégia para a estruturação e fortalecimento da Linha de Cuidado da Assistência ao Paciente Queimado se deu por meio da estimativa da demanda por atendimentos de médio e grande queimado; a definição e pactuação dos fluxos assistenciais e regulatórios para atendimento ao paciente queimado; a organização da assistência integral ao paciente queimado; o incentivo a utilização da telemedicina; o fomento à ampliação das habilitações ministeriais dos Centros de Referência em Assistência ao Paciente Queimado; o fomento às ações de prevenção de eventos causadores de queimaduras; a estratificação dos hospitais referência para o atendimento de pacientes queimados; o monitoramento de fila única para acesso a leitos hospitalares aos pacientes queimados; o incentivo estadual hospitalar para atendimento de pacientes da Linha de Cuidado da Assistência ao Paciente Queimado. A definição e a pactuação dos fluxos assistenciais e regulatórios foi prevista para o atendimento ao paciente queimado considerando a implementação de protocolo específico de regulação ao paciente queimado na ferramenta estadual de regulação SUSfácilMG; a garantia do atendimento ao paciente queimado com base nos princípios de universalidade e equidade; a regulação 100% estadual dos casos de queimados pelas Centrais Regionais de Regulação Assistencial; a definição das unidades hospitalares referência para atendimento de pacientes vítimas de queimaduras conforme critérios de estratificação; a definição, pactuação e divulgação da grade assistencial no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Macrorregional e CIBSUS/MG; o acompanhamento sistemático dos processos assistenciais e de organização da Rede, com vistas a melhorar o acesso, a qualidade assistencial e a proposição de políticas públicas. A estratégia relativa à organização da assistência integral ao paciente queimado teve como objetivo contemplar a identificação dos hospitais com perfil assistencial para atendimento ao paciente queimado; a definição das unidades hospitalares referência para atendimento de pacientes vítimas de queimaduras, considerando a estratificação do grau de acometimento, a previsão da equipe multiprofissional específica; a abrangência do serviço (microrregiões/macrorregiões de referência) para atendimento, de acordo com os fluxos pactuados no território; o matriciamento das equipes promovido pelos profissionais do Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1A e Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1B para os profissionais do Centro de Tratamento de Queimados Tipo 2, por meio da Telemedicina e conforme definição da grade estabelecida e pactuada; a definição dos hospitais de transição e equipes de atenção domiciliar responsáveis pela continuidade do cuidado, preparados para atender as necessidades de usuários que, durante algumas semanas ou meses, necessitam de cuidados e atendimento multidisciplinar, mas não carecem de uma infraestrutura hospitalar de maior complexidade; a definição e divulgação de materiais pertinentes à assistência ao paciente queimado e capacitação para as equipes assistenciais. A Telemedicina para a Linha de Cuidado da Assistência ao Paciente Queimado foi uma das estratégias para a estruturação e fortalecimento da Linha de Cuidado e consiste na utilização de sistemas de comunicação ou teleconferência que incluam o compartilhamento de vídeo, som e dados de imagem, permitindo a avaliação remota de um paciente. O fomento às ações de prevenção de eventos causadores de queimaduras foi a estratégia que tem por objetivo divulgar informações relativas à prevenção e orientação da procura de serviços de saúde compatíveis com o quadro clínico. O monitoramento e avaliação é uma das diretrizes da Linha de cuidado e vem demonstrando que os pacientes possuem um perfil clínico mais complexo que a capacidade assistencial dos CTQ, o que aponta para a necessidade de ampliação do número de CTQ com estrutura e leitos exclusivos, além de equipe multiprofissional específica. Além disso, há também vazios assistenciais, CTQ com estrutura incompatível com a necessidade do paciente, demanda reprimida para cirurgia reparadora e necessidade de inclusão de outros pontos de atenção, como: Ambulatório, Serviço de Atenção Domiciliar. **Conclusão:** A estruturação da Linha de cuidado, bem como a

organização do fluxo regulatório para acesso ao leito hospitalar, por meio de fila única melhorou a organização da rede assistencial com o aumento da equidade. Entretanto, a Linha de cuidado ainda apresenta desafios referentes à disponibilização de estruturas de alta complexidade com leitos de UTI exclusivos.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas de saúde; Atenção hospitalar aos Queimados; Linha de cuidado.

REFERÊNCIAS

MINAS GERAIS, Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.763, de 22 de março de 2022, que aprova as diretrizes de estruturação da Linha de Cuidado da Assistência ao Paciente Queimado para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Minas Gerais, no âmbito da Política Hospitalar Valora Minas.

MINAS GERAIS, Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.909, de 17 de agosto de 2022, que aprova as regras de cofinanciamento para a complementação do valor da internação em Hospitais credenciados como Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1A, Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1B e Centro de Tratamento de Queimados Tipo 2, no âmbito da Linha de Cuidado da Assistência ao Paciente Queimado para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Minas Gerais, no âmbito da Política Hospitalar Valora Minas, e dá outras providências.

MINAS GERAIS, Resolução SES/MG nº 8.301, de 17 de agosto de 2022, que dispõe sobre as regras de cofinanciamento para a complementação do valor da internação em Hospitais credenciados como Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1A, Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1B e Centro de Tratamento de Queimados Tipo 2, no âmbito da Linha de Cuidado da Assistência ao Paciente Queimado na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Minas Gerais, e dá outras providências.

MINAS GERAIS, Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.951, de 17 de outubro de 2022, que aprova a atualização das diretrizes de estruturação e as regras de cofinanciamento para a complementação do valor da internação em Hospitais credenciados como Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1A, Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1B e Centro de Tratamento de Queimados Tipo 2, no âmbito da Linha de Cuidado da Assistência ao Paciente Queimado na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Minas Gerais, no âmbito da Política Hospitalar Valora Minas, e dá outras providências.

MINAS GERAIS, Resolução SES/MG Nº 8.357, de 17 de outubro de 2022, que dispõe sobre a atualização das regras de cofinanciamento para a complementação do valor da internação em Hospitais credenciados como Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1A, Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1B e Centro de Tratamento de Queimados Tipo 2, no âmbito da Linha de Cuidado da Assistência ao Paciente Queimado na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Minas Gerais, e dá outras providências.

MINAS GERAIS, Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.050, de 07 de dezembro de 2022, que aprova o credenciamento dos Hospitais dispostos no Anexo Único desta Deliberação como Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1A, Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1B e Centro de Tratamento de Queimados Tipo 2, em conformidade o Anexo Único da Deliberação CIBSUS/MG nº 3.951, de 17 de outubro de 2022, e dá outras providências.

MINAS GERAIS, Resolução SES/MG nº 8.494, de 07 de dezembro de 2022, que estabelece o credenciamento dos Hospitais que menciona como Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1A, Centro de Tratamento de Queimados Tipo 1B e Centro de Tratamento de Queimados Tipo 2, em conformidade com as regras dispostas na Resolução SES/MG nº 8.357, de 17 de outubro de 2022.

ACIDENTES DE TRABALHO: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS E ÓBITOS NOTIFICADOS EM MINAS GERAIS, ENTRE 2010 E 2019

Kátia Santos Dias; mestre; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, Escola de Enfermagem, UFMG

Mery Natali Silva Abreu; doutora; Gestão de Serviços de Saúde, Escola de Enfermagem, UFMG

RESUMO

Introdução: Os acidentes de trabalho no Brasil são agravos que, pelo seu expressivo impacto na morbimortalidade da população, são importante problema de saúde pública, sendo, objeto prioritário das ações do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Diferentemente do que o nome sugere, não são eventos acidentais ou fortuitos, mas sim fenômenos socialmente determinados, previsíveis e preveníveis (CORDEIRO, 2018). **Objetivo geral:** consistiu na análise do perfil dos casos e óbitos, notificados como acidentes de trabalho, em MG no período de 2010 a 2019. **Referencial Teórico:** A saúde do trabalhador é um direito humano fundamental, visto que estando vinculada à dignidade da pessoa humana e é um pré-requisito para o exercício de outros direitos, como o direito ao trabalho, à educação e à participação política. Esse direito entre outras coisas inclui a prevenção e a proteção contra doenças e lesões ocupacionais, a promoção de condições de trabalho seguras e saudáveis, o acesso a serviços de saúde adequados e o direito a informações e formação sobre saúde e segurança no trabalho (SILVA, 2007; OIT, 2009). Dessa forma a vida e a integridade dos trabalhadores fundem-se, inequivocamente, aos seus chamados direitos fundamentais. A saúde do trabalhador é um campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer e intervir nas relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento da classe operária industrial, em um contexto de profundas mudanças políticas, econômicas, sociais. Ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional, objetiva superá-los, identificando-se a partir de conceitos advindos das formulações da Medicina Social Latino-Americana, relativos à determinação social do processo saúde-doença; localizando-se na Saúde Pública em sua vertente programática e inserindo-se na Saúde Coletiva ao abordar o sofrer, adoecer, morrer das classes e grupos sociais inseridos em processos produtivos (LACAZ, 2007). Observa-se que predomina, no Brasil e no mundo, a compreensão de que o acidente é um evento simples, com origens em uma ou poucas causas, encadeadas de modo linear e determinístico. Sua abordagem privilegia a concepção de que os acidentes decorrem de falhas dos operadores (ações ou omissões), de intervenções em que ocorre desrespeito à norma ou prescrição de segurança, os chamados "atos inseguros" originados em aspectos psicológicos dos trabalhadores. Os comportamentos são considerados como frutos de escolhas livres e conscientes por parte dos operadores, computando a responsabilidade ao indivíduo. A dimensão coletiva aparece associada com noção de cultura de segurança, compreendida como soma dos comportamentos desses indivíduos. Essa abordagem associa-se a propostas de gestão da segurança e da saúde que enfatizam a vigilância desses "atos inseguros ou abaixo do padrão", a adoção de punições ou recompensas em caso de descumprimento ou de adesão às regras e a ideia da responsabilidade individual (VILELA; IGUTI; ALMEIDA, 2004). Reforçando uma abordagem restrita, inadequada e que não evidencia a cadeia de causalidade e dos diversos fatores que contribuem para sua ocorrência (NOBRE et al., 2023). A epidemiologia organiza e relaciona a informação de saúde com o processo de trabalho; identifica, descreve e analisa características comuns e heterogêneas das

repercussões sanitárias em distintos estratos de trabalhadores; e possibilita a construção de grupos estratificados segundo características comuns relacionadas ao processo de trabalho. Considerando-se essas características é fundamental reforçar a importância do componente epidemiológico na estrutura da VISAT (MACHADO,1997; SALDANHA et al., 2021). Os principais objetivos da vigilância epidemiológica dos acidentes de trabalho são: identificar grupos vulneráveis e fatores de risco presentes no ambiente e no processo de trabalho; identificar e investigar os casos suspeitos; notificar todos os casos confirmados; estabelecer ou descartar a relação do acidente com o trabalho; conhecer o perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho; produzir e disseminar informações epidemiológicas; orientar medidas de prevenção e controle para intervenção oportuna que possam evitar a ocorrência de novos acidentes (BRASIL, 2021). **Metodologia:** tratou-se de estudo transversal descritivo, a partir da análise de dados secundários das fichas de Acidente de Trabalho (AT) do sistema de informação de agravos de notificação (Sinan) e das declarações de óbito por AT - informadas no sistema de informação de mortalidade (SIM). Foram calculadas as incidências e prevalências anuais, intervalos de confiança de 95% e realizada análise espacial por meio de mapas temáticos, utilizando o software SPSS versão 19.0. **Resultados:** As maiores incidências ocorreram em 2018 e 2019 (1,4 e 1,39, por 1.000 trabalhadores, respectivamente). A maior taxa de mortalidade por AT foi em 2019 (0,07 por 1000 trabalhadores). Em relação a prevalência de AT: segundo Unidade Regional de Saúde (URS) destacaram-se Pirapora e Uberaba (23,9 e 22,6 por 1000 trabalhadores, respectivamente), por área de abrangência de CEREST destacaram-se Poços de Caldas, Betim, Uberaba e Araxá (27,5, 24,5, 22,3 e 20,2 por 1000 trabalhadores, respectivamente). A taxa de mortalidade por AT: segundo URS destacaram-se Uberaba e Governador Valadares (1,1 e 1,0 por 1000 trabalhadores, respectivamente), já em relação aos CEREST foram Araxá, Betim, Governador Valadares e Uberaba (1,7, 1,4, 1 e 0,9 por 1000 trabalhadores, respectivamente). Na análise municipal destaca-se Brumadinho com taxa de mortalidade de 15,5 por 1000 trabalhadores. Com relação ao perfil sociodemográfico predominaram os casos e óbitos no gênero masculino, na faixa etária de 18 a 39 anos. Negros representaram 52,8% (Sinan) e 54,5% (SIM) dos casos. Em relação a Escolaridade, 36,2% apresentaram o ensino fundamental incompleto (Sinan) e 38,9% ensino médio completo (SIM). A escolaridade apresentou significativo percentual de dados ignorados nos dois sistemas de informação (35,2% e 31%), assim com classificação étnico-racial (30,8% no Sinan e 1,6% no SIM). No Sinan predominaram os acidentes típicos (79,3%), com membros afetados (superior 47,5% e inferior 25,8%). Ocorreram em sua maioria nas instalações do contratante (53,3%), entre trabalhadores registrados com vínculo celetista (67,7%). Quanto a evolução a incapacidade temporária foi a mais frequente (69,8%) e o óbito por AT representou 4,3%. Em 57% dos casos foi emitida CAT. Quanto as ocupações foram mais frequentes no Sinan e SIM, respectivamente: Trabalhadores da indústria extrativa e construção civil (17,8% e 17,6%), dos serviços (13,7% e 7,6%), da exploração agropecuária (12,1% e 10,2%) e de funções transversais (9,8% e 29,6%). Já a causa do acidente e causa básica do óbito, foram mais frequentes no Sinan o intervalo CID-10: W20-W49 - Exposição a forças mecânicas inanimadas (31,3%). No SIM foi o V40-V49 Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte (14,5%). Com concentração em ambos os sistemas, dos acidentes de transporte -V01 a V99, Sinan (19,5%) e SIM (53,1%) dos casos. **Considerações finais:** Este estudo pretendeu contribuir com informações epidemiológicas que auxiliem no dimensionamento dos impactos dos acidentes de trabalho na saúde dos trabalhadores do estado de Minas Gerais, na série histórica analisada, e as considerações aqui sistematizadas devem ser feitas considerando seus limites metodológicos. Constatou-se que nesta unidade federativa, como também no Brasil os dados de interesse a investigação dos acidentes de trabalho estão difusos em vários sistemas de informação, em especial o SIM e SINAN, no âmbito da saúde. Importante ressaltar que ambos SIS são sistemas universais, regidos pelos princípios e diretrizes do SUS, portanto, abrangem trabalhadores

formais e informais, com grande potencial de captação dos eventos, particularmente os que ocorrem entre os informais ganham relevância no cenário atual, de crescente fragilização dos vínculos trabalhistas. Porém ainda não existe vinculação dos casos entre esses sistemas, o que contribui para o subdimensionamento, dificulta o processo de investigação dos acidentes de trabalho e compromete a elucidação da real magnitude das estimativas de morbimortalidade relacionadas a ocorrência dos acidentes.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes de Trabalho; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Epidemiologia Descritiva; Mortalidade Ocupacional.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

CORDEIRO, R. A inadequação da classificação oficial dos acidentes de trabalho no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00173016, 2018.

LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-66, abr. 2007.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 33-45, 1997.

NOBRE, L. C. C. *et al.* A perspectiva da Bahia. *In*: BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Acidentes de trabalho na Bahia: lições aprendidas, desafios e perspectivas**. Salvador: CESAT, 2009. p. 33.51.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Saúde e vida no trabalho: um direito humano fundamental**. Genebra: OIT, 2009.

SALDANHA, J.; PEREIRA, A. P.; NEVES, R. Módulo Teórico 1: fundamentos da vigilância em saúde do trabalhador. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de Atualização para Análise de Situação de Saúde do Trabalhador - ASST aplicada aos serviços de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. p. 1-43.

SILVA, J. A. R. O. A saúde do trabalhador como um direito humano. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região**, Campinas, n. 31, p. 109-37, 2007.

VILELA, R. A. G.; IGUTI, A. M.; ALMEIDA, I. M. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 570-9, 2004.

ANÁLISE DE RESULTADOS DO ROI SALA DE VACINAÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cristiane Carla Correia Nogueira. Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais

Wanessa Debôrtoli de Miranda. Doutora em saúde coletiva. Departamento de Gestão e Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais

Doane Martins da Silva. Doutora em Enfermagem. Departamento de Gestão e Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais

Eliete Albano de Azevedo Guimarães. Doutora em saúde coletiva. Universidade Federal de São João Del Rei

Matheus Miranda - MIRANDA, M. – Farmacêutico- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)

RESUMO

Introdução: A Vigilância Sanitária (VISA) pode ser compreendida por um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir, prevenir e gerenciar riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários. A vacinação pode ser entendida como uma das principais ações realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS), representando uma estratégia importante para a prevenção de doenças infecciosas, contribuindo para redução da morbimortalidade, do número de internações, da incapacidade decorrente de sequências provenientes das doenças relacionadas, bem como redução de custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) (TEIXEIRA *et al.*, 2021; ARROYO *et al.*, 2020). Considerada uma área semicrítica, na sala de vacinação todas as atividades devem ser desenvolvidas visando a maior segurança possível da vacina e do vacinado. Dessa forma, o aprimoramento constante e sistemático das condições estruturais e de processo das salas de vacinação é uma prioridade para a gestão dos serviços de imunização (TEIXEIRA *et al.*, 2021). Assim, diante da preocupação com os riscos inerentes das salas de vacinação e na busca pela segurança e sucesso do programa de vacinação a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) validou em dezembro de 2022, um Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI) para as salas de vacinação, com o intuito de avaliar o Risco Potencial desses estabelecimentos e proporcionar ações com a finalidade de adequação às normativas sanitárias, melhorando os processos de trabalho e consequentemente o serviço prestado à população mineira. **Objetivo:** Analisar a evolução preenchimento do Roteiro Objetivo de Inspeção-ROI para sala de vacinação no estado de Minas Gerais. **Referencial Teórico:** Para que o sucesso do processo de vacinação ocorra é necessário observar as condições de fabricação, transporte, armazenamento, preparo, administração correta, capacitação dos profissionais, registro das doses, descarte correto dos resíduos, dentre outros (TEIXEIRA *et al.*, 2021; DOMINI *et al.*, 2022; OLIVEIRA *et al.*, 2020; AMARAL *et al.*, 2021). Estudos apontam para falhas no processo de vacinação como a ausência de ambientação das bobinas de gelo assim como a quantidade insuficiente, falta de manutenção dos equipamentos na faixa de temperatura recomendada para conservação de vacinas, carência de dispositivos para monitoramento da temperatura, procedimentos insuficientes no recebimento de vacinas, uso de refrigeradores tipo doméstico para armazenamento dos imunobiológicos, além de equipamentos desgastados e com necessidade de substituição (OLIVEIRA,2020). A preocupação com os riscos inerentes das salas de vacinação faz parte do cotidiano das gestões nacional, estadual e local. Pode-se entender o risco como a probabilidade de ocorrência de evento adverso e sua severidade,

podendo ser usado como medida de impacto ou estar associado a morbidade e mortalidade entre grupos, sendo denominado como risco epidemiológico ou clássico. Há, ainda, riscos em que não se consegue estabelecer uma relação direta entre a causa e o efeito, ou seja, diz respeito à possibilidade de ocorrência de um agravo à saúde, sem necessariamente descrever o agravo e sua probabilidade de ocorrência. São esses os chamados riscos potenciais (NAVARRO, 2021) O risco clássico é avaliado considerando os eventos ocorridos. Já o risco potencial tem seu enfoque em acontecimentos do presente. Os objetos de atuação da vigilância sanitária produzem benefícios e possuem riscos intrínsecos. Como benefícios dentro do processo de vacinação podemos citar a imunização contra doenças infecciosas, a redução da morbimortalidade e incapacidades a longo prazo. Ainda dentro da mesma temática, o não cumprimento das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde favorece erros de imunização e pode causar redução ou falta do efeito esperado da vacina, como também eventos adversos graves ou até fatais (TEIXEIRA *et al.*, 2021) Na busca pela segurança e sucesso do programa de vacinação, desde 2019, o Projeto Nacional de Harmonização das Ações de Inspeção Sanitária em Serviços de Saúde e de Interesse para a Saúde, vem requerendo a utilização do Modelo de Avaliação de Risco Potencial (MARP®), com o objetivo de harmonizar os processos de inspeção e de fiscalização em serviços de saúde e de interesse para a saúde, realizados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)(ANVISA, 2021).O MARP® é um modelo que pode ser aplicado em diversas áreas. Tal fator foi fundamental para a incorporação desta ferramenta às áreas de atuação da vigilância sanitária, como os serviços de vacinação. A ferramenta foi desenvolvida com o objetivo de identificar os riscos potenciais em estabelecimentos de saúde. Outra potencialidade da ferramenta é que esta possibilita a construção de curvas com os riscos potenciais de cada serviço, viabilizando a análise da historicidade das avaliações, bem como análise de tendência com ações voltadas à prevenção de riscos, evitando que os serviços mudem de aceitável para tolerável ou inaceitável (ANVISA, 2020). A capacidade do MARP de retratar a situação de risco potencial dependerá da qualidade dos indicadores selecionados. A fim de permitir a confiabilidade da avaliação, o MARP quantifica os indicadores conforme a seguinte escala: 0 (a pior situação, em que há ausência ou descumprimento total das normas); 1: sofrível (atende menos do que parcialmente a norma); 2: razoável (atende a norma, mas não integralmente); 3: bom (atende ao que a norma determina); 4: ótimo (atende mais do que a norma determina); 5: excelente (apresenta requisitos de excelência de qualidade assistencial); NA: não avaliado(NAVARRO *et al.*, 2021). Os resultados das avaliações classificam as unidades inspecionadas em três níveis de risco: aceitável, tolerável e inaceitável; a depender do valor de risco potencial calculado em cada inspeção. A classificação do estabelecimento sinaliza possíveis tomadas de decisão. Se o Risco potencial é alto (inaceitável) a tendência é que venha a ocorrer interdição ou suspensão das atividades no serviço. Quando o resultado é tolerável, o serviço poderá ser notificado para corrigir as não conformidades em prazo definido e quando é aceitável ocorre a liberação do Alvará Sanitário. (NAVARRO *et al.*, 2021).**Método:** Estudo transversal baseado no levantamento de dados do preenchimento do Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI) das salas de vacina do Estado de Minas Gerais extraídos do banco de dados da Anvisa, compreendendo o período de janeiro de 2023 a maio de 2023.**Resultado e Discursão:** Foram preenchidos 730 ROI, como resultado obtivemos os melhores indicadores, igual ou superior a 3, relacionados à estrutura e equipamentos da sala de vacinação, capacitação dos profissionais, responsável técnico, profissional legalmente habilitado para vacinação, controle de pragas, Padronização de Normas, Rotinas e Procedimentos, intercorrências, registros, notificações, instalações físicas, disponibilização do calendário vacinal e o gerenciamento de tecnologias. Como piores

indicadores identificamos, com nota inferior a 3, relacionados a manutenção dos equipamentos e das instalações, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), controle de qualidade da água e projeto básico em conformidade com a aprovação. Diante do exposto, de acordo com o ROI, observou-se que a maioria das salas de vacina apresentaram índices em conformidade com a legislação. Porém, alguns indicadores não alcançaram resultado satisfatório, como: a presença do NSP, considerando que 70,0% das salas não possuem tal requisito e a manutenção das instalações prediais, em que 66,6% ficaram abaixo do resultado esperado. Além disso, o indicador Certificado Internacional de Vacinação apresentou o maior índice relacionado ao NA, 50,4% dentre os analisados. Considerando que o processo de vacinação é primordial ao controle de doenças imunopreveníveis, identificar os riscos será importante para intervir nos problemas sanitários desses ambientes. **Conclusão:** Os resultados destacam a necessidade do fortalecimento da cultura de segurança do paciente com o estabelecimento do NSP. A manutenção das instalações físicas é um item importante pois garante conforto, segurança e qualidade ao usuário e aos trabalhadores que fazem uso desses ambientes.

Referências:

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Guia para aplicação do Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI) em serviços de Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI Adulto)**. Guia nº 45/2021 – versão 1, Brasília, p. 39. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/6247555/guia+45.pdf/d93d062c-238b-426c-8dcb-afe3e6e75475>> Acesso em: 31 de maio .2023.

AMARAL, G.G. *et al.*. Avaliação da adequação da conservação de imunobiológicos na macrorregião de saúde Oeste de Minas Gerais: estudo descritivo, 2017. **EPIDEMIOLOGIA E SERVICOS DE SAUDE JCR**, v. 30, p. e20201017, 2021.

ARROYO, L. H. *et al.*. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006- 2016): mapas da heterogeneidade regional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36. n. 4, Brasil, 2020.

DOMINI, D. A. *et al.*. Incidência de erros de imunização em Minas Gerais: estudo transversal, 2015-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasil- 2022, v.31, n. 3, Brasil- 2022.

NAVARRO, V. T. *et al.*. Avaliação do risco potencial: da teoria à prática em Vigilância Sanitária. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, 2021 v. 9, n. 3, p. 32–39.

OLIVEIRA, J. **ANÁLISE DAS UNIDADES DE VACINAÇÃO PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE ARACAJU / SE**. 2020, v. 11, n. 3, p. 136–143.

TEIXEIRA, T. B. C. *et al.*. **Assessment of patient safety in vaccination rooms**. Texto e Contexto Enfermagem, v. 30, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/947QcFpMrT9Vz6R6HDTKJVD/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 8 de abr.2023.

ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS JUDICIALIZADOS DA ESPECIALIDADE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EM UMA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Kevin Matheus Santos; Graduando em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Camila Cátia Vilela Viana; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde – UFMG; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Dra. Keli Bahia Felicíssimo Zocratto; Professora Adjunta Curso de Gestão de Serviços de Saúde Departamento de Gestão em Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

RESUMO

Introdução: A Constituição Brasileira de 1988 estabelece a saúde como um direito fundamental e uma responsabilidade do Estado, promovendo o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. No entanto, a judicialização da saúde tem se tornado uma prática cada vez mais comum, à medida que os cidadãos recorrem ao poder judiciário para obter tratamentos, medicamentos e procedimentos médicos não disponíveis ou adequados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A judicialização da saúde é impulsionada pela complexidade do sistema de saúde brasileiro e pela demanda por serviços que muitas vezes não podem ser prontamente atendidos pelo Estado. Isso cria uma tensão entre o direito individual à saúde e a capacidade financeira do Estado para fornecer tais serviços. O planejamento em saúde desempenha um papel fundamental na organização e gestão do sistema público de saúde, visando a otimização de recursos e a atenção às necessidades da população. No entanto, a judicialização apresenta desafios significativos para o planejamento, uma vez que impõe custos imprevistos ao Poder Executivo e realoca recursos e prioridades do sistema público de saúde. Destaca-se a importância do acesso hospitalar, especialmente em serviços de alta e média complexidade, como uma das áreas impactadas pela judicialização. Por isso, os gestores de saúde devem ser incentivados a assumir um papel de planejadores, buscando conhecer e compreender as demandas judiciais relacionadas ao acesso hospitalar para a alocação dos recursos e construção de políticas de saúde que conciliem os direitos individuais com as necessidades coletivas da população. **Objetivo:** Conhecer o cenário da judicialização dos procedimentos da especialidade ortopedia e traumatologia contemplados na rede assistencial do SUS na microrregião de Saúde de Divinópolis. **Referencial Teórico:** O conceito de saúde sofreu diversas alterações ao longo da história devido a fatores culturais, sociais, políticos e econômicos. No cenário brasileiro não foi diferente, a saúde somente foi reconhecida como direito pela Constituição Federal de 1988, e por ser um direito composto de aspectos individuais e coletivos, torna desafiador garantir a execução do mesmo de forma universal e integral. Este desafio, ainda é maior em um cenário de limitação de recursos, necessidades assistenciais crescentes da população e o impacto da judicialização no planejamento e orçamento do sistema de saúde. O fenômeno da judicialização da saúde é o processo pelo qual os cidadãos recorrem ao Poder Judiciário para obter acesso a tratamentos, medicamentos ou outros serviços de saúde que não estão disponíveis no SUS ou que são negados pelos gestores de saúde (SOARES; VIDAL, 2017). Diversos estudos apresentam o aumento das solicitações judiciais e este aumento demonstra a conscientização da população sobre seus direitos e as obrigações do Estado perante a integridade de sua saúde (DALLARI, 1988). Assim, tornando-se um tema altamente relevante que tem gerado debates sobre seus impactos na gestão do SUS, na efetivação das políticas públicas e na garantia do

princípio constitucional da saúde integral. Diante disto, destaca-se a maneira como a judicialização da saúde revela falhas na gestão e disfunções nos sistemas de saúde, mas também pode contribuir para a reorientação do planejamento. Nesse sentido, o acesso hospitalar é fundamental para garantir a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes que necessitam desses serviços, mas também representa um grande desafio para o SUS, que precisa conciliar a demanda crescente com a oferta limitada e a distribuição desigual dos recursos. Além disso, o acesso hospitalar de alta complexidade envolve uma rede complexa de regulação, referência e contrarreferência, que visa organizar o fluxo dos pacientes e otimizar o uso dos leitos disponíveis. Desta forma, conforme destaca Gomes *et al.* (2014), as barreiras ao acesso e os efeitos da utilização do Poder Judiciário como porta de entrada não podem ser ignoradas. Portanto, este é um tema relevante e atual para a saúde pública no Brasil, que requer uma abordagem crítica e reflexiva sobre os seus desafios e possibilidades. **Método:** Este estudo foi realizado com a utilização de dados secundários oriundos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, sendo caracterizado como um estudo transversal documental descritivo de caráter quantitativo. O universo do estudo foram os processos judiciais individuais deferidos para acesso a leito hospitalar para realização de procedimentos cirúrgicos de Alta e Média Complexidade na especialidade de Ortopedia e Traumatologia no Estado de Minas Gerais na microrregião de saúde de Divinópolis, expedidas do período de 01 de março de 2016 a 31 de março de 2020, que foram registrados no sistema de Regulação Assistencial do Estado de Minas Gerais. O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) foi utilizado para classificar, conforme as agregações presentes no sistema, os procedimentos que fazem parte do grupo 04 – Procedimentos cirúrgicos e subgrupo 08 - Cirurgia do Sistema Osteomuscular. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) por meio da Plataforma Brasil, pelo CAEE nº 29760020.0.0000.5149. **Resultado e discussão:** Foram analisadas 1160 solicitações de procedimentos de Alta e Média complexidade na especialidade de ortopedia e traumatologia no período estudado. Durante o ano de 2016, a média mensal de solicitações foi de 33 casos; em 2017, essa média diminuiu para 26,3 casos por mês; no ano de 2018, a média foi de 22 casos mensais; enquanto em 2019, registrou-se uma média de 19,5 casos por mês; em 2020, a média mensal diminuiu ainda mais, atingindo cerca de 5,3 casos. Apesar de tanto 2016 quanto 2020 contarem com a quantidade de meses analisados reduzida, existe uma tendência de redução em procedimentos cirúrgicos ortopédicos que também foi encontrada por Zotti (2020). A maior taxa de solicitações está na faixa etária de 65 anos em diante, correspondendo à 24,3% (n = 1160). Resultado que guarda relação com o procedimento mais judicializado, o tratamento cirúrgico de fratura transtrocanteriana (8,5%, n = 99), que conforme constatado por Rocha et al. (2001) possui maior incidência após os 60 anos. Quanto à forma de organização, em estudo de Gonçalves et al. (2022) foi observado que os tipos de cirurgias mais realizados por ação judicial são as de membros inferiores (69,5%) e depois as de Cintura Pélvica e Gerais com 11,4% cada, o que corrobora o achado de quase metade das solicitações serem da categoria de Membros Inferiores (49,6%, n = 1160), mas é contrário aos 29,6% (n = 1160) de Membros Superiores como a segunda categoria mais frequente. Quanto à Situação da solicitação no momento da coleta dos dados, em 51,8% (n = 1160) dos casos se encontra como Internação Realizada e 48,2% como Solicitação Cancelada. Entre os motivos para o cancelamento da solicitação, o principal com 60,7% (n = 676) é outros, seguido da compra de leito na rede privada com 28% (n = 676). Destaca-se a Desistência do Paciente que ocorreu em 8,6% das solicitações, valor maior que o encontrado por Perroca *et al.* (2007) de 3,5% de recusa do paciente na realização da cirurgia. **Conclusão:** Conclui-se que a análise da judicialização dos procedimentos de ortopedia e traumatologia na microrregião de Saúde de Divinópolis revela uma tendência de redução nas solicitações ao longo dos anos, destacando a alta demanda em idades mais avançadas e a

complexidade na gestão das solicitações. A predominância de cirurgias em membros inferiores e as razões variadas para o cancelamento das solicitações destacam os desafios enfrentados pelo sistema de saúde. Este estudo enfatiza a necessidade de compreender a judicialização como uma oportunidade para melhorar a gestão de recursos e equilibrar os direitos individuais com as necessidades coletivas da população.

PALAVRAS-CHAVES: Judicialização; SUS; Ortopedia e traumatologia.

REFERÊNCIAS

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, fev. 1988. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89101988000100008>. Acesso em: 29 maio 2023.

GONÇALVES, Patrícia; CHAOUBAH, Alfredo; FERNANDES, Guilherme; LOURES, Fabiano; ORTEGA, Guillermo; MAGACHO, Flávia; AVELINO, Natália. Análise do impacto das ações judiciais em um setor de referência de um hospital de grande porte de Juiz de Fora. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 173-179, ago. 2022. Disponível em: <https://jbes.com.br/wp-content/uploads/2022/09/07-AO-Analise-do-impacto-das-acoes-judiciais.pdf>. Acesso em: 15 set. 2023.

PERROCA, Márcia Galan; JERICÓ, Marli de Carvalho; FACUNDIN, Solange Diná. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 113-119, mar. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jw6h6mFVHK9VYDySsdMY6ry/?lang=pt#>. Acesso em: 15 set. 2023.

ROCHA, Murilo A.; CARVALHO, Wander S.; ZANQUETA, Cristiane; LEMOS, Sandro C. Estudo epidemiológico retrospectivo das fraturas do fêmur proximal tratados no Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. **Rev Bras Ortop.**, Uberaba, v. 36, n. 8, p. 311-316, ago. 2001. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/rbo.org.br/pdf/36-7/2001_ago_03.pdf. Acesso em: 16 set. 2023.

SOARES, Andressa dos Anjos; VIDAL, Camilla Gusmão de Miranda. **Direito à saúde, escassez e judicialização**: uma tríade de paradoxos. 2017. 95 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/3053/1/AAS_CCGMV30102017.pdf. Acesso em: 29 maio 2023.

ZOTTI, Sandra. **Judicialização de procedimentos cirúrgicos em ortopedia no âmbito do SUS**: um estudo de caso do instituto nacional de traumatologia e ortopedia. 2020. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologias em Saúde, Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://dspace.inc.saude.gov.br/server/api/core/bitstreams/6af35f92-c9e2-4a4d-b932-5238f02d4653/content>. Acesso em: 15 set. 2023.

APOIO GERENCIAL A MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE MG: CONTRIBUIÇÃO COM A GESTÃO MUNICIPAL E A FORMAÇÃO EM EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA.

Kátia Ferreira Costa Campos; Doutora; EEUFMG

Paulo Roberto Roberto Mendonça Silva; Bacharel em enfermagem; Graduando em Gestão de Serviços de Saúde; EEUFMG

María Cecília Pires dos Santos Meireles; Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde; EEUFMG

Maria Luiza Rabêlo Corrêa Crivelo; Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde; EEUFMG

Sheila Moreira Costa Pires; Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde; EEUFMG

Giovanna Vieira de Souza; ; Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde; EEUFMG

RESUMO

Introdução: trata-se de um projeto de extensão a ser desenvolvido para apoio à gestão municipal em saúde e técnicos das áreas gerenciais em saúde no que refere a diagnóstico situacional, planejamento estratégico, monitoramento e avaliação em saúde. Seu objeto é a prática da gestão em saúde no Estado de Minas Gerais, contando com o planejamento como ferramenta fundamental na gestão em saúde. As áreas e profissionais que atuam no planejamento nas três esferas de gestão do SUS assumem compromissos e responsabilidades voltadas à implantação, implementação, aperfeiçoamento e consolidação do Planeja-SUS. Porém os profissionais e gestores dos municípios, especialmente dos pequenos municípios, carecem de apoio e capacitação para instrumentalização do planejamento municipal da saúde. O projeto justifica-se pela necessidade de investir na sistematização de instrumentos para a gestão em saúde que favoreçam a reorganização constante dos processos de trabalho. O conhecimento construído a partir do projeto apoiará o desenvolvimento gerencial uma vez que se sustenta em uma proposta de capacitação construída de forma compartilhada com o gestor. Assim, visualiza-se o impacto da proposta no desenvolvimento de novos saberes e práticas na gestão do Sistema Único de Saúde contribuindo para a qualidade do trabalho em saúde. De modo especial, a proposta justifica-se também como um projeto do Curso de Gestão em Serviços de Saúde, pioneiro da área e, como tal, procura construir um corpo próprio de conhecimentos que fundamente a formação de um profissional pautada nos critérios de cientificidade. Assim, a execução da proposta servirá de mecanismo para retroalimentar as práticas de ensino no direcionamento da formação deste novo profissional. O desenvolvimento da proposta tem contribuído para a articulação da extensão, pesquisa e ensino ao possibilitar aos alunos e professor envolvidos a vivência dos conhecimentos adquiridos na realidade da atenção à saúde no SUS, expressa no cotidiano da gestão dos serviços de saúde, buscando a formação que aproxime teoria e prática, possibilitando o exercício de práticas investigativas que aprimorem o conhecimento técnico-científico da área. **Objetivo(s):** o objetivo geral é apoiar gestores municipais e técnicos das áreas gerenciais no planejamento, monitoramento e avaliação em saúde. Os objetivos específicos são realizar capacitações em planejamento estratégico para gestores municipais para a elaboração dos planos de ação; realizar capacitações para a utilização dos instrumentos de planejamento em Saúde no SUS; propor capacitação para os gestores municipais no uso de instrumentos de avaliação e monitoramento em saúde; produzir artigos de relatos de experiência da ação de extensão; produzir instrumentos que auxiliem a gestão municipal de saúde

Referencial teórico: O PlanejaSUS compreende a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2009). Este programa, empreendido pelo Ministério da Saúde em parceria com estados e municípios, o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão têm sido continuamente debatidos, principalmente no tocante a processos de formulação e a estruturas básicas. Tais debates

explicitam principalmente a importância e a necessidade de que esses instrumentos contribuam para a melhoria/aperfeiçoamento da gestão e das ações e serviços prestados à população, favorecendo também a participação e o controle social (BRASIL, 2006). Na atualidade, os intensos processos de ajuste ocorridos no setor saúde confirmam a complexidade do perfil de trabalho em unidades de saúde. Dentro deste espaço organizacional, é notória a observação do processo que desencadeia o desenvolvimento, a qualidade e a inovação de todo o processo de criatividade do indivíduo, em que, inevitavelmente, se ampliam os horizontes com a capacidade de gerir bons resultados acumulando conhecimento convincente de padrões comportamentais, predominando a influência do agir (NASCIMENTO; LOPES; SALGUEIRO, 2008). 20 A gestão de serviços de saúde tem como finalidade otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingimento dos objetivos estabelecidos) e efetividade (resolução dos problemas identificados). Neste processo, o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos (TANAKA; TAMAKI, 2012). Pesquisadores e profissionais que atuam na área de Gestão em Saúde têm sido unânimes em relatar, além da multidimensionalidade, a complexidade envolvida na tarefa de eleger modelos e sistemas de planejamento e avaliação mais adequados para apoiar a gestão dos serviços de saúde assim como a necessidade de serem estudadas as características e os fatores determinantes do uso destes instrumentos pelos administradores (TANAKA; TAMAKI, 2012). O planejamento e a avaliação são instrumentos essenciais de apoio à gestão, pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão e, conseqüentemente, a excelência do atendimento prestado (ROCHA; SOUZA, 2018). Apesar disto, o uso destes instrumentos ainda é incipiente na gestão de serviços de saúde. responsabilidades do gestor. **Método:** A proposta está sustentada em uma metodologia de intervenção, participativa, que incentiva os sujeitos envolvidos a produzir condições para novos conhecimentos a partir da transformação das situações vivenciadas. O método da problematização orientou a construção da proposta de intervenção, uma vez que ela possibilita a participação dos sujeitos na construção do conhecimento e ação, conjugando saberes e habilidades numa postura dialógica. **Resultados e discussão:** desde o início do projeto, em 2019, tem sido desenvolvido seminários nas diversas áreas que envolvem a gestão, planejamento e avaliação em saúde, assim como elaboração de diagnósticos situacionais municipais que auxiliam os municípios na identificação de problemas prioritários. Soma-se aos resultados a vinculação que se deu ao ensino e à pesquisa, e atualmente na Formação em Extensão Universitária, em parceria com municípios que participam ativamente junto às atividades discentes relativas à disciplina Planejamento, Programação e Avaliação em Saúde, desde 2019. Atualmente, desde o primeiro semestre de 2022, agregou-se a disciplina Vigilâncias em Saúde em um projeto interdisciplinar de ensino-extensão na Formação em Extensão Universitária. Foram também produzidos resumos para apresentação em eventos e artigos, alguns publicados em periódicos científicos, outros publicados em anais de eventos. **Conclusão:** considera-se que o projeto tem alcançado êxito e cumprido seu objetivo, contribuindo com a formação dos novos gestores em saúde, que se aproximam da realidade da gestão municipal e com os municípios na medida em que se produz novos conhecimentos e contribuições para os mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em saúde; Monitoramento e avaliação; Indicadores; Planejamento em Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva - trajetória e orientações de operacionalização. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF.2009.

NASCIMENTO, J. L.; LOPES, A.; SALGUEIRO, M. de F. Estudo sobre a validação do “Modelo de Comportamento Organizacional” de Meyer e Allen para o contexto português. **Comportamento Organizacional e Gestão**, v. 14, n. 1, p. 115 – 133, 2008.

ROCHA, A.A.R.M.; SOUZA, M.K.B. Planejamento em saúde: concepções, “tentativas” e desafios para a prática. In: SOUZA, M.K.B. **Planejamento e gestão em saúde: caminhos para o fortalecimento das hemorredes** [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, pp. 15-43. <https://doi.org/10.7476/9788523220273.0003>.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

ESTRATÉGIA DA ARTETERAPIA EM UM SERVIÇO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Stephanye Vithoria Martins da Silva; Enfermeira; Universidade Estadual de Londrina

Aline Malheiros Pereira; Pós Graduanda em Enfermagem na Saúde Mental; Universidade Estadual de Londrina

RESUMO

INTRODUÇÃO: O cuidado na atenção à saúde caracteriza-se por ser um processo complexo com fins terapêuticos, sendo necessário o uso de diversas técnicas respaldadas e comprovadas de suas eficácias cientificamente, abrangendo de forma integral os contextos psíquico-sociais do indivíduo ou coletivo. Nesse processo, houve a necessidade de complementar a medicina ocidental contemporânea às práticas de saúde não convencionais. Sendo assim, em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi inserida no Sistema único de Saúde (SUS) como forma de ampliar a segurança, escuta acolhedora, vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio. (BRASSO, 2020). Contudo, a arteterapia é reconhecida como uma Práticas Integrativas e Complementares, no SUS, em 2017 (ROSSETTO, 2022), onde consiste em utilizar as práticas lúdicas e a expressão artística para promover a criatividade, concentração e resgate de características ligadas a singularidades(SANTOS, 2023). Esta, tem sido aplicada aos usuários de drogas psicoativas, de modo a favorecer as expressões, tanto verbal e a não verbal de alcoolistas, até mesmo contribuir para o autoconhecimento e a autorreflexão no processo terapêutico (VALLADARES-TORRES, 2023). O processo de criação do mosaico exige algumas habilidades, como de planejamento, coordenação motora, percepção visual, atenção contínua e estimula a noção de espaço (SOARES, 2019). Dessa forma, nota-se que as técnicas utilizadas em arteterapia com mosaico, contribuem de forma positiva nas experiências que auxiliam na reconstrução de sentimentos, relações e memórias. (ROSSETTO, 2022). Com o objetivo de ressignificar a partir do processo de desconstrução, por estar associada simbolicamente aos processos de morte simbólica, ou seja, desconstrução e reconstrução, representado no processo de reabilitação psicossocial, uma vez que contribui para o seu tratamento e reinserção social. (SOARES, 2019). Sendo assim, avaliar a arteterapia aplicada como estratégia de promoção, consolida-se por apresentar elevada eficácia na recuperação dos usuários de substâncias psicoativas, além de estimular pontos positivos no processo de reinserção social.(SOARES, 2019). **OBJETIVO:** Relatar a experiência de duas profissionais da área da enfermagem, na vivência com pacientes com transtornos mentais, que participaram de uma oficina de mosaico terapia, em um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS II), no interior do Paraná. **REFERENCIAL TEÓRICO:** A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) corresponde a um conjunto articulado de serviços da atenção à saúde, instituída para acolher usuários que apresentam sofrimento ou transtorno mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) consistem em um serviço da rede, que atende integralmente o usuário, inserindo a estratégia da arteterapia no cuidado terapêutico, por meio do uso de técnicas e recursos artísticos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022) A arteterapia é respaldada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, PNPIC, no SUS, desde 2017. Dessa forma, é reconhecido cientificamente o processo criativo, autoconhecimento e organização dos pensamentos, que a arteterapia promove aos usuários. (ROSSETTO,2022) **METODOLOGIA:** trata-se de um relato de experiência, de duas profissionais de saúde, que realizaram estágio na graduação, no CAPS-II de uma cidade do interior do Paraná, quanto a

utilização do mosaico como forma de arteterapia para pacientes em sofrimento, uso de substâncias psicoativas ou com transtornos mentais, que realizavam acompanhamento neste serviço, no de 2022. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Observou-se a importância do objetivo da utilização do mosaico como técnica de arteterapia, pois houve adesão e interesse dos usuários, em todas as etapas do processo da atividade. Destacando-se momentos, como no processo inicial da escolha do desenho a ser realizado, pelo resgate de lembranças e memórias, muitas vezes afetiva e familiar. Na escolha da cor dos azulejos a serem utilizados, notou-se que os usuários em sofrimento, preferem cores mais frias e aqueles que realizavam uso de substâncias cores vivas e fortes. Assim como, percebeu-se a ressignificação de sentimentos ligados à dependência, traumas e brigas relatadas. Outro aspecto, em destaque, consiste no processo de formação do mosaico, onde foi notória a reorganização dos pensamentos e colaboração para o bem-estar dos pacientes em tratamento. No processo de finalização e visualização do mosaico, houve satisfação tanto dos profissionais participantes quanto dos usuários, assim como, a comoção pelos sentimentos de dever cumprido e alcance do objetivo proposto no início da atividade. Sendo possível visualizar a evolução do tratamento, a partir da técnica de arteterapia, por meio do mosaico. **CONCLUSÃO:** A partir desta experiência, da técnica do mosaico, pode-se avaliar a importância da arteterapia, no resgate de informações importantes para a ressignificação de sentimentos, organização dos pensamentos, estabelecimento de um objetivo e a importância da utilização da arte como forma de tratamento complementar e reabilitador, na promoção e reabilitação em saúde, trazendo resultados positivos como a ressignificação de sentimentos e reorganização de ideias. Além de estimular de forma positiva o processo de reinserção social.

PALAVRAS-CHAVE: Arteterapia; Saúde mental; Enfermagem psiquiátrica; Assistência à saúde mental

REFERÊNCIAS

BARROS, Leylaine Christina Nunes de, *et al.* Práticas Integrativas e Complementares na atenção primária à saúde: percepções dos gestores dos serviços. **Escola Anna Nery**, v. 24, p. e20190081, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bZjwfQhHM7mSBLjDV33NBBp/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 03/09/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)** [internet]. Brasília : **Ministério da Saúde**, 2022.

ROSSETTO, Tânia Mara Mattiello. A arteterapia na saúde: um relato de caso na saúde mental. **Práticas Integrativas e Complementares: visão holística e multidisciplinar**, v. 2, p. 13-20, 2022. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/211207108.pdf> Acesso em: 03/09/2023.

SANTOS, Elitiele Ortiz dos, *et al.* Avaliação das estratégias de promoção da saúde e prevenção ao uso de drogas na rede psicossocial. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220110, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/35zQSsChnFnqvzcbYGV3Z4j/#ModalHowcite>. Acesso Em: 03/09/2023.

SOARES, Marcos Hirata, *et al.* Impacto da intervenção breve e arteterapia para usuários de álcool. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1485-1489, 2019.

VALLADARESTORRES, C. A.; CÂMARA, V. S. da; LAGO, M. S. K.; ARAÚJO, H. I. M. de. Arteterapia no processo de reabilitação de usuários de drogas psicoativas por meio do desenho-história. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 15, n. 42, p. 153-179, 2023. Disponível em: <
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/70958> >. Acesso em: 03/09/2023.

FATORES ASSOCIADOS À COBERTURA VACINAL INFANTIL NO BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO

Alessandra Magela dos Santos Vieira; Aluna do Mestrado Profissional em Gestão de Saúde; UFMG

Mirela Castro Santos Camargos; Professora Doutora; UFMG

Mery Natali Silva Abreu; Professora Doutora; UFMG

Joana Motta Araújo Roesberg; Aluna da graduação de Enfermagem; UFMG

RESUMO

Introdução: As vacinas desempenham importante papel na qualidade de vida e na longevidade da sociedade moderna. Todos os anos, elas são responsáveis por evitar milhares de mortes. A vacinação é considerada um instrumento de enfrentamento contra muitas doenças infecciosas transmissíveis, possibilitando, entre outros efeitos, a promoção do bem-estar na saúde geral da população. Atrelada às melhorias nas condições de vida da população, a imunização impacta drasticamente na diminuição da morbi-mortalidade infantil. O Brasil possui o Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, que é gratuito e universal. A imunização no país, sempre reconhecida por sua aceitação popular e relevância tem o desafio de manter os altos índices de cobertura vacinal. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo avaliar a cobertura vacinal infantil em menores de cinco anos e seus fatores associados para o Brasil e Unidades Federativas. Como objetivos específicos, estimou-se a cobertura em menores de cinco anos para as seguintes vacinas, isoladamente: BCG, Hepatite B, Meningite C, Rotavírus, Pentavalente, Pneumocócica¹⁰, Vacina Inativada da Poliomielite (VIP), Hepatite A, Varicela, Poliomielite Oral (VOP); comparou-se a cobertura vacinal entre as Unidades da Federação para imunobiológicos específicos (Rotavírus, Pentavalente e Pneumocócica e Pneumocócica 1º Reforço) e analisou-se os fatores socioeconômicos e demográficos associados à cobertura vacinal desses imunobiológicos específicos para o Brasil, em 2019. **Referencial teórico:** O Programa Nacional de Imunizações brasileiro, reconhecido internacionalmente pela sua abrangência e pelo seu sucesso, vem sendo considerado um dos programas de saúde pública de maior efetividade e custo-benefício, com alta confiança da população em geral. Considera-se o programa de imunização o mais completo dentre aqueles dos países em desenvolvimento e de alguns países desenvolvidos. Seu maior objetivo é oferecer todas as vacinas de alta qualidade a todas as crianças em nosso país, buscando alcançar coberturas vacinais de 100%, com cobertura homogênea em todos os municípios e em todos os bairros, resultando em controle e eliminação/erradicação das doenças imunopreveníveis. A partir da criação e estruturação do Programa Nacional de Imunização, foi possível a conquista da publicação do primeiro calendário nacional de vacinação em 1977. Ele foi normatizado pela Portaria ministerial 452/1977, composto por quatro vacinas obrigatórias disponíveis para o primeiro ano de vida, consolidando-se como uma grande vitória. Com a publicação dessa Portaria, deu-se início ao estabelecimento da primeira política pública de universalização da vacinação no território brasileiro. Somente em 2004 foi publicada a Portaria GM n. 597/2004, inovando no aspecto da abrangência do calendário vacinal por ciclo de vida ao beneficiar além das crianças, os adolescentes, adultos e idosos. O calendário de vacinação estendeu-se com a entrada de novas vacinas. Evidentemente, hoje, estão incorporadas ao Programa todas as vacinas consideradas de custo-efetividade e custo-benefício para a saúde pública, com o estabelecimento de um calendário básico de vacinação que vale para todo o território nacional. **Método:** Trata-se de um estudo ecológico e analítico, de corte transversal e abordagem quantitativa. Utilizou-se as

seguintes fontes de dados: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil de 2022, Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral de 2019 e Suframa de 2019. Na análise dos dados foram utilizadas estatísticas descritivas como medidas de tendência central e variabilidade, além do coeficiente de correlação de Spearman. Resultados e Discussão: Os resultados apontaram a crítica situação da cobertura vacinal infantil no país que apresentou, em 2016, uma queda muito expressiva na maioria dos imunobiológicos e com um agravamento da cobertura vacinal no período pandêmico (2020) e pós-pandêmico. O ano de 2021 se revelou como o pior ano da cobertura vacinal infantil do país. Entre 2011 e 2022, as vacinas de primeiro reforço (poliomielite, pneumocócica, meningite) e segundo reforço (poliomielite), assim como a vacina da hepatite B em crianças até 30 dias, nunca atingiram a meta de cobertura vacinal. Merece destaque a poliomielite de segundo reforço, com o pior desempenho da cobertura vacinal infantil encontrada no período. Em 2019, os estados com a pior cobertura dos imunobiológicos Rotavírus, Pentavalente e Pneumocócica foram Rio de Janeiro, Pará e Amapá. Nesse ano, não houve o alcance da meta na cobertura vacinal desses imunobiológicos específicos e a vacina Pentavalente se destacou com o pior índice de cobertura. Vale pontuar que a terceira dose da vacina Penta é um indicador de acesso aos serviços de saúde. A Mortalidade Infantil, o Índice Gini e a Taxa de Desemprego tiveram associação com a cobertura vacinal para esses imunobiológicos específicos. Merece destaque a Taxa de Desemprego que foi a única variável que mostrou associação positiva com todos esses imunobiológicos. Conclusão: Os anos de 2016, 2020 e 2021 foram particularmente desafiadores, com taxas de cobertura vacinal defasadas, coincidindo com eventos críticos na política e na economia do país. Em 2022, houve indícios de uma incipiente recuperação nas taxas de cobertura vacinal. A compreensão de fatores associados à cobertura vacinal é fundamental para a implementação de políticas públicas eficazes para a promoção da vacinação infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Cobertura vacinal; Crianças; Fatores associados; Brasil

Agradecimentos à CAPES, CNPQ, FAPEMIG e UFMG pelo apoio à pesquisa.

REFERÊNCIAS:

BARBIERI, C. L. A.; MARTINS, I. C.; PAMPLONA, Y. A.P. **Imunização e cobertura vacinal: passado, presente e futuro.** Santos: Universitária Leopoldianum, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de imunizações 30 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série C – Programas e Projetos e Relatórios). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf. Acesso em: 25 abr. 2022.

DOMINGUES, C. M.A. S.; MARANHÃ, A. G. K.; TEIXEIRA, A. M.; FANTINATO, F. F. S.; DOMINGUES, R. A. S. **46 anos do programa nacional de imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados.** Cadernos de saúde pública, v.36, supl.2, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00222919>. Acesso em: 19 jun. 2022.

FERNANDES, J.; LANZARINI, N. M.; HOMMA, A.; LEMOS, E. R. S. **Vacinas.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 2021.

FIOCRUZ. **Portal Vacinas.** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/vacinas>. Acessado 25 de agosto de 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Imunização**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/imunizacao> <https://www.paho.org/pt/topicos/imunizacao>. Acesso em: 18 jun. 2022.

ZAMBONIN, F.et al. **Análise da cobertura vacinal em menores de cinco anos em um estado fronteiriço da Amazônia**. Saúde em Redes. v.5, n. 2. 2019, p. 289-299. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/v.5%2C%20n.2> . Acesso em: 18 jun. 2020.

INTERFACE DO CUIDADO: ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO

Glauciane Magalhães Alves – Pós-graduanda em Gestão dos Serviços de Saúde – Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Joana D’Arc Alves Soares – Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde, Especialista em Saúde Pública e em Educação Permanente e Continuada em Saúde– Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Márcia Dayrell –Mestre em Epidemiologia e Saúde Pública– Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Roberta Costa Rangel – Especialista em Políticas Públicas e Direito da Saúde– Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Stephanie Marques Moura Franco Belga – Titulação: Doutora em Saúde Pública, Mestre em Enfermagem e Saúde e Especialista em Saúde Pública – Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

RESUMO

Introdução: O câncer é uma doença crônica, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um problema de saúde pública. Neste sentido, é imprescindível um modelo de atenção integrado por meio de linhas de cuidado, com foco na prevenção e diagnóstico precoce, e que possibilite a participação dos usuários na avaliação da qualidade da assistência oncológica prestada pelos serviços habilitados. **Objetivo:** Avaliar o desempenho da assistência oncológica prestada pelos serviços habilitados para tratamento pelo SUS, situados em Belo Horizonte, por meio do grau de satisfação dos usuários residentes nesse município. **Método:** Trata-se de um relato de experiência das oficinas de qualificação da APS no acompanhamento dos pacientes em tratamento oncológico. Para a coleta de dados contou-se com a participação dos agentes comunitários de saúde (ACS) das 596 Equipes de Saúde da Família do SUS-BH. **Resultados:** O Projeto vem se constituindo como um importante dispositivo de educação permanente. Os resultados contribuíram para a implementação de políticas públicas e acompanhamento em um dos serviços habilitados de todas as pacientes com indicação de tratamento adjuvante de neoplasia de mama. O projeto apresentou melhorias na qualidade da assistência nos territórios. **Conclusão/recomendações:** Este projeto reforça a necessidade de iniciativas permanentes de planejamento e tomada de decisão, ajustando as necessidades do SUS e a qualidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Atenção Primária; Linhas de Cuidado.

INTRODUÇÃO

Belo Horizonte possui sete hospitais habilitados em oncologia, sendo 02 Centros de Assistência de Alta Complexidade (CACON) e 05 Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), responsáveis pela realização dos exames; tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico; atendimento às intercorrências clínicas e cuidados paliativos. O acesso dos usuários é 100% regulado pela SMSA-BH através do agendamento de consultas nas 21 especialidades oncológicas que são ofertadas no Sistema Informatizado Solução Integrada de Gestão Hospitalar, Ambulatorial e de Regulação (SIGRAH).

A Atenção Primária à Saúde deve promover a integralidade do cuidado e as equipes de saúde da família (eSF) buscam compreender as necessidades de saúde da população, ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades.

As secretarias de saúde enquanto formuladoras de políticas, devem promover projetos de controle e avaliação, com foco na interface do cuidado ao paciente oncológico, intervenção sobre as lacunas na assistência e promoção da satisfação com o tratamento hospitalar.

OBJETIVOS

Avaliar o desempenho da assistência oncológica prestada pelos serviços habilitados para tratamento pelo SUS em Belo Horizonte, por meio do grau de satisfação dos usuários residentes neste município; compreender as dificuldades enfrentadas pelo usuário em relação ao acesso, ao deslocamento, aos tratamentos e aos serviços prestados.

REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer é uma doença crônica e um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada sua magnitude epidemiológica, social e econômica (BRASIL, 2011). Neste sentido, é imprescindível para o planejamento e gerenciamento dos sistemas de saúde, um modelo de atenção que, além de integrar os vários pontos da RAS, por meio de linhas de cuidado, possibilite a participação dos usuários na avaliação da qualidade da assistência oncológica prestada pelos serviços habilitados (SOUSA, 2017).

A fragmentação no SUS afeta diretamente a experiência dos usuários em suas trajetórias assistenciais. Assim, ressalta-se a importância do cuidado pautado em linhas de cuidado para a organização estratégica da atenção integral e estruturados na perspectiva da região de saúde com foco na continuidade do cuidado para o usuário. As linhas de cuidado buscam sensibilizar as equipes gestoras e profissionais de saúde para o fortalecimento de ações interprofissionais e adoção de práticas que qualifiquem a atenção em saúde no âmbito territorial. (BRASIL, 2017; FRANCO, 2014).

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência das oficinas de preparação do projeto e da avaliação do desempenho da assistência oncológica prestada pelos serviços habilitados pelo SUS. Foram identificados para participar do projeto cerca de 3.050 usuários, em tratamento oncológico nos serviços habilitados. A elaboração do formulário de avaliação dos usuários envolveu referências técnicas, gerentes e assessores. O formulário contempla questões sobre o tipo de tratamento, avaliação da assistência prestada, das consultas e exames, do tempo gasto em cada fase da assistência, satisfação do paciente e acesso ao serviço. O projeto piloto foi realizado em uma unidade de saúde da regional Barreiro, com participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e enfermeiros na validação do formulário. Na sequência, o projeto foi estendido para ser implementado em todas as unidades de saúde do município. A capilarização do projeto segue as seguintes etapas: 1) apresentação para o Diretor e gerentes da Regional, com elaboração de cronograma de reuniões com os ACS e enfermeiros dos centros de saúde; 2) realização de oficinas com os ACS e enfermeiros para aplicação do formulário; 3) monitoramento e avaliação dos formulários aplicados; 4) devolutiva para a Regional. Para a operacionalização do projeto, foi disponibilizado no tablet do ACS o formulário para preenchimento no momento da visita domiciliar mensal. Todas as etapas foram concluídas na regional Barreiro com a participação de 293 ACS. Até o momento há 154 respostas ao

formulário de avaliação pelos usuários. O projeto ainda está em desenvolvimento e a proposta é concluir todas as regionais ainda este ano.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados revelam que o Projeto vem se constituindo como um importante dispositivo de educação permanente junto aos ACS, uma vez que se observa o aumento do conhecimento técnico e da problematização da realidade local, fomentando mudanças na dinâmica do trabalho e mobilizando os profissionais para o reconhecimento e atuação nas situações complexas.

A formulação das perguntas para compor o formulário representou um processo rico de reflexão e alinhamento quanto ao foco que se pretendia com os dados coletados. Esse processo envolveu alguns encontros com este coletivo e posteriormente foi validado no projeto piloto.

Em relação às respostas do formulário, é possível observar alguns pontos importantes para intervenção da SMSA-BH, como: dos 154 respondentes, 35% levaram até 15 dias entre o momento em que recebeu a orientação para fazer o tratamento oncológico e a primeira consulta no hospital oncológico. Sendo que 10% aguardam mais de 60 dias e os demais entre 15 e até 60 dias. A maioria dos resultados apontam que tanto as primeiras consultas quanto as consultas de retorno levam até 3 horas de espera dos usuários no serviço. Quanto ao atendimento médico, 100% dos participantes avaliam como bom ou muito bom. Observa-se ainda que 17% dos pacientes aguardaram mais de 15 dias para receberem a liberação de laudos dos exames realizados, e 83% receberam em até 15 dias. Sobre o acesso ao tratamento, mais de 40% utilizam transporte público da cidade.

Durante a visita domiciliar, o ACS aplica e preenche o formulário. É um momento de educação em saúde, uma vez que há o fortalecimento do vínculo com o usuário e orientações importantes são fornecidas para a continuidade do tratamento. Além disso, a partir das considerações do ACS, a eSF e os gestores da SMSA que acompanham o projeto são informados e prontamente são realizadas as intervenções necessárias junto aos serviços habilitados.

Os resultados apresentados, ainda parciais, já contribuíram para a implementação de políticas públicas, como, por exemplo, a garantia de gratuidade no transporte público para pacientes em tratamento de câncer.

Ademais, além dos resultados do formulário, esse projeto apresentou implicações na qualidade da assistência nos territórios. Houve um aumento de 119% das visitas domiciliares realizadas pelos ACS aos pacientes oncológicos da unidade piloto, quando comparado ao mês anterior ao projeto.

CONCLUSÃO

A APS é a norteadora do cuidado em saúde e as Equipes de Saúde da Família devem acompanhar e realizar planos de cuidado efetivos, que reflitam as necessidades do usuário.

A satisfação dos usuários em relação ao tratamento oncológico, vem sendo reconhecida como essencial na definição de qualidade dos serviços de saúde.

Este projeto reforça a necessidade de iniciativas que favoreçam a reflexão dos gestores sobre os modos de operar as atividades de planejamento e tomada de decisão, ajustando as necessidades do SUS e a qualidade da assistência.

Além disso, é necessário o acompanhamento da prestação dos serviços, visando garantir sua efetividade. Nesse sentido, os resultados desse projeto viabilizam o aperfeiçoamento nos serviços prestados, auxiliando na prevenção e correção dos atos e procedimentos incompatíveis com os princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2011; p. 128.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, 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).

Sousa MC, Espiridião MA, Medina MG. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. Ciênc. Saúde Colet. [internet] 2017 jun [acesso em 2018 out 5]; 22(6):1781-1790. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1781.pdf>

FRANCO, Túlio Batista. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. Publicado no livro: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004, 2a. edição; São Paulo, SP.

O ENFERMEIRO COMO GESTOR DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II: PRÁTICAS EXITOSAS DA COORDENADORA

Maria Fernanda da Silva Vanzolin. Discente. UEMG.

Sandra de Souza Pereira. Doutora. UEMG.

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde presente no Brasil é organizado através de princípios que direcionam as atividades e a sua gestão (BRASIL, 1990). Nesse âmbito, a gestão das unidades de saúde impacta diretamente na comunidade, uma vez que a atuação exitosa do profissional responsável pela unidade irá impactar no sucesso dos atendimentos. Ademais, pode-se considerar gestão como atos de pensar, criar ações e tomar decisões, e para que isso ocorra, é preciso um profissional capacitado (ARAÚJO, 2021; CARVALHO, 2020). O enfermeiro é um profissional com potencial para tal cargo, devido suas habilidades técnicas de comunicação, liderança, administração e gerenciamento, além de sua capacidade de realizar educação permanente, que serão necessários durante a administração da unidade (BRASIL, 2001). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades de saúde que oferecem cuidados diários e com caráter interprofissional para pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em que sua gestão pode ser realizada pelo enfermeiro de forma exitosa (MIELKE, 2009). **Objetivos:** relatar a experiência de uma graduanda em um CAPS, evidenciando a prática exitosa da enfermeira gestora da unidade. **Referencial Teórico:** A saúde pública é norteadora por princípios e diretrizes descritas nas políticas elaboradas no país. Dentre elas, cabe destacar os princípios doutrinários e organizativos que, em suma, propõe uma atenção com intuito de diminuir as desigualdades, atender a todas as necessidades que o cliente precisa, distribuir os serviços em níveis de especialidades e promover a articulação entre eles para garantir que a saúde seja oferecida para todos. Dessa forma, o profissional gestor das unidades que compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS) precisa planejar suas ações respeitando as obrigações, direitos e deveres do qual o ambiente de trabalho está inserido (BRASIL, 1990). Para que tal situação seja exitosa, é necessário que o responsável por esse cargo conheça a área da qual trabalha e participe de todos os processos/etapas da atenção, sendo então, o enfermeiro um profissional com potencial (CARVALHO, 2020). O profissional da enfermagem possui características como dinamismo, trabalho em equipe e ética em seu processo de trabalho, permitindo que este consiga ser um bom gestor. Além disso, o processo de cuidar em enfermagem e o de gestão possuem ações que se assemelham, propiciando o conhecimento necessário para que este profissional atue na gestão das unidades. Entre essas ações pode-se mencionar a observação, levantamento de dados, planejamento, implementação, evolução, avaliação e interação com os pacientes. Portanto, este profissional possui competências técnicas que são ensinadas durante a graduação, descritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001). A fim de melhorar a qualidade do serviço é preciso fortalecer a gestão e as políticas dirigentes. Dessa forma, cabe ao enfermeiro aprimorar suas habilidades para que esteja preparado para enfrentar as situações cotidianas, uma vez que enfrentará diversas dificuldades. Vale ressaltar que a gestão é um trabalho que precisa ser participativo, ou seja, os profissionais e os usuários precisam caminhar juntos para atender as necessidades da sociedade. Tal situação terá o gestor da unidade como interlocutor e mediador da comunicação entre serviço e comunidade, pois, assim, é possível garantir maior qualidade e satisfação, melhorando o acesso e fortalecendo o Sistema Único de Saúde. (ARAÚJO, 2021; CARVALHO, 2020). Os CAPS são unidades de saúde especializadas em saúde mental, que atuam de maneira interprofissional, em que profissionais como enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional, assistente social,

farmacêutico, educador físico, psicólogo, técnicos e auxiliares de enfermagem e técnico de farmácia trabalham em conjunto. Além disso, a unidade oferece diversos modos de tratamento como consultas médicas, grupos terapêuticos como o de valorização à vida, oficinas terapêuticas, psicoterapia, atendimento individual, com potencial para atividades extramuros incluindo as necessidades da comunidade (BRASIL, 2002). Método: estudo com caráter descritivo do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa que consistiu em descrever as experiências da graduanda a respeito das práticas exitosas da coordenadora de um Centro de Atenção Psicossocial no interior de Minas Gerais. Resultados e discussões: O profissional gestor de uma unidade de saúde precisa ter diversas qualificações para que sua prática seja exitosa (CARVALHO, 2020). Nesse sentido, durante os dois anos como estagiária em um Centro de Atenção Psicossocial II foi possível identificar quatro características fundamentais para o bom funcionamento da unidade, características das quais a enfermeira coordenadora do serviço possuía, sendo elas a empatia a permissividade, o diálogo, a persistência e a resolutividade. Vale ressaltar que a gestão seguia as políticas públicas de atendimento da instituição, limitando a atuação da enfermeira, porém utilizando os recursos certos e os direitos da unidade ela foi capaz de gerir exitosamente a unidade. Tais características são: empatia e permissividade em que a gestora respeitava as necessidades da própria equipe, uma vez que só é possível ajudar o outro quando a equipe está bem, além disso a permissividade representa a possibilidade de mudança, ou seja, ser capaz de ouvir seus profissionais e usuários para compreender o contexto e tomar as decisões de acordo com o todo e não apenas com a sua própria ideia. Ademais, o diálogo com a rede de atenção é outra característica importante visto que as unidades seguem as diretrizes da instituição estabelecidas por lei, portanto, ela depende do atendimento das outras unidades, sendo crucial que tenham um bom diálogo com as outras unidades de saúde para que o paciente seja assistido integralmente, esse diálogo era feito através do matriciamento e ligações nas unidades. Pode-se citar, também, a persistência da gestora em estar enviando ofícios, indo atrás do secretário de saúde e do seu gestor para garantir os equipamentos, materiais e demais utensílios que a unidade precisava, a incansável procura até de fato conseguir aquilo que era necessário. Por fim, a resolutividade para com os problemas uma vez que a coordenadora buscava resolver o problema com o que tinha disponível para estabilizar o problema no momento e depois organizar o tratamento para que tal situação não ocorresse novamente, além de garantir o seguimento do tratamento. Conclusões: o enfermeiro possui competência técnica e de habilidades que permitem sua atuação como gestor em unidades públicas de saúde, mas para que essa função seja exercida com êxito é preciso que o enfermeiro conheça a instituição e suas leis para que consiga adaptar seu serviço de forma a garantir uma assistência de saúde qualificada, uma vez que uma gestão eficiente conduzirá a um atendimento eficiente.

PALAVRAS-CHAVES: Gestão em Saúde; Cuidados de Enfermagem; Administração em Saúde Pública; Assistência à Saúde Mental.

AGRADECIMENTOS: agradeço à Deus, à disciplina de Gestão em Saúde Pública e a todos os profissionais e pacientes do CAPS II e à minha família.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Kezia dos Santos; REIS, Lucimar Dias; FIGUEREDO, Rogério Carvalho de; et al. **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COMO GESTOR NA REDE BÁSICA DE SAÚDE.** Scire Salutis, v. 11, n. 2, p. 83–92, 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Lei Orgânica da Saúde. 1990

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3 de 7 de novembro de 2001. **DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 09 Nov 2001. Seção 1. p.37.

BRASIL. **PORTARIA Nº336**, de 19 de fevereiro de 2002.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; OUVERNEY, Assis Luiz Mafort; CARVALHO, Mércia Gomes Oliveira de; et al. **ENFERMEIROS (AS) GESTORES (AS) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERFIL E PERSPECTIVAS COM ÊNFASE NO CICLO DE GESTÃO 2017-2020**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 1, p. 211–222, 2020.

MIELKE, Fernanda Barreto; KANTORSKI, Luciane Prado; JARDIM, Vanda Maria da Rosa; et al. **O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CAPS NO ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 159–164, 2009.

SILVA, Flor de Liz dos Santos; ANDRADE, Erci Gaspar da Silva. **O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ORIENTAÇÃO AO IDOSO SOBRE O ENVELHECIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: REVISÃO LITERÁRIA**. Zenodo. Revista JRG de Estudos Acadêmicos. 2020

SILVA, Maria Gilmar Herculano Pereira; SILVA, Mayrla Almeida; PEREIRA, Jéssica Barreto; et al. **O ENFERMEIRO COMO GESTOR NO CUIDADO AO PACIENTE ACOMETIDO POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) / THE NURSE AS MANAGER IN CARE FOR PATIENTS AFFECTED BY ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION (AMI)**. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 4, p. 41390–41407, 2021.

O ENFERMEIRO COMO GESTOR DE UMA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA: A INSTITUIÇÃO E SUAS POSSIBILIDADES

Maria Fernanda da Silva Vanzolin; Discente; UEMG

Maristel Silva Kasper; Doutora; UEMG

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde presente no Brasil é organizado através de princípios que direcionam as atividades e a sua gestão (BRASIL, 1990). Nesse âmbito, a gestão das unidades de saúde impacta diretamente na comunidade, uma vez que a atuação exitosa do profissional responsável pela unidade irá impactar no sucesso dos atendimentos. Ademais, pode-se considerar gestão como atos de pensar, criar ações e tomar decisões. Para que isso ocorra é preciso um profissional capacitado (ARAÚJO, 2021; CARVALHO, 2020). O enfermeiro é um profissional com potencial para tal cargo, devido suas habilidades técnicas de comunicação, liderança, administração e gerenciamento, além de sua capacidade de realizar educação permanente, que serão necessários durante a administração da unidade (BRASIL, 2001). **Objetivos:** Conhecer e mapear o papel do enfermeiro na gestão em saúde de unidades públicas de saúde, de forma generalizada, a partir do funcionamento das instituições e das possibilidades de práticas exitosas. **Referencial Teórico:** o presente estudo tem por base teórica, os princípios doutrinários e organizativos do SUS, que tem por papel direcionar todo o trabalho produzido pelos gestores. **Método:** trata-se de uma revisão de literatura iniciada pelo levantamento da bibliográfica em banco de dados virtuais, através do site Google Acadêmico, para leitura, análise e seleção dos artigos pertinentes para o estudo. Posteriormente, foi sintetizado os pontos principais dos artigos para a confecção de um mapa mental que resumisse o assunto abordado na pesquisa. **Resultados e discussões:** O atual cenário permite e necessita de técnicas de aprendizagem que instiguem e facilitem o ensino, portanto, o uso de mapas mentais e conceituais torna-se uma estratégia eficiente para tal. Os mapas são estruturas representativas que sintetizam e demonstram relações de significados, trazendo informações de forma objetiva e rápida (LIMA, 2020). Para abordar o assunto dessa pesquisa de forma mais eficiente foi confeccionado um mapa mental que ilustrou, de maneira clara, o papel do enfermeiro como gestor de uma unidade pública de saúde. Está dividido em 4 pontos principais de acordo com as literaturas incluídas e resumidas de forma que a comunicação fosse eficiente e informativa. Os princípios organizativos e doutrinários são fundamentais para a gestão, uma vez que devem ser respeitados e contribuem para a o funcionamento de qualidade da unidade (BRASIL, 1990). Outrossim, as competências necessárias para a atuação do enfermeiro como gestor, juntamente de suas atividades práticas foram selecionados para melhor compreensão de sua função, direitos e deveres a partir dos estudos de Araújo (2021), Carvalho (2020), Silva (2020) e Silva (2021). Na figura 1 é possível visualizar a revisão dos conteúdos da literatura pelo mapa mental. **Resultados e Discussão:** A saúde pública é norteada por princípios e diretrizes descritas nas políticas elaboradas no país. Dentre elas, cabe destacar os princípios doutrinários e organizativos que, em suma, propõe uma atenção com intuito de diminuir as desigualdades, atender a todas as necessidades que o cliente precisa, distribuir os serviços em níveis de especialidades e promover a articulação entre eles para garantir que a saúde seja oferecida para todos. Dessa forma, o profissional gestor das unidades que compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS) precisa planejar suas ações respeitando as obrigações, direitos e deveres do qual o ambiente de trabalho está inserido (BRASIL, 1990). Para que tal situação seja exitosa, é necessário que o responsável por esse cargo conheça a área da qual trabalha e participe de todos os processos/etapas da atenção, sendo então, o enfermeiro um profissional com potencial

(CARVALHO, 2020). O profissional da enfermagem possui características como dinamismo, trabalho em equipe e ética em seu processo de trabalho, permitindo que este consiga ser um bom gestor. Além disso, o processo de cuidar em enfermagem e o de gerenciar possuem ações que se assemelham, propiciando o conhecimento necessário para que este profissional atue na gestão das unidades. Entre essas ações pode-se mencionar a observação, levantamento de dados, planejamento, implementação, evolução, avaliação e interação com os pacientes. Portanto, este profissional possui competências técnicas que são ensinadas durante a graduação, descritas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001). A fim de melhorar a qualidade do serviço é preciso fortalecer o gerenciamento e as políticas dirigentes da gestão pública. Dessa forma, cabe ao enfermeiro aprimorar suas habilidades para que esteja preparado para enfrentar as situações cotidianas, uma vez que enfrentará diversas dificuldades. Vale ressaltar que a gestão é um trabalho que precisa ser participativo, ou seja, os profissionais e os usuários precisam caminhar juntos para atender as necessidades da sociedade. Tal situação terá o gestor da unidade como interlocutor e mediador da comunicação entre serviço e comunidade, pois, assim, é possível garantir maior qualidade e satisfação, melhorando o acesso e fortalecendo o Sistema Único de Saúde. (ARAÚJO, 2021; CARVALHO, 2020). **Conclusões:** o enfermeiro possui competência técnica e de habilidades que permitem sua atuação como gestor em unidades públicas de saúde, mas para que essa função seja exercida com êxito é preciso que o enfermeiro conheça a instituição e suas leis para que consiga adaptar seu serviço de forma a garantir uma assistência de saúde qualificada, uma vez que um gerenciamento eficiente conduzirá a um atendimento eficiente.

PALAVRAS-CHAVES: Gestão em Saúde; Cuidados de Enfermagem; Administração em Saúde Pública; Enfermeiras de Saúde Pública.

AGRADECIMENTOS: agradeço à Deus, à disciplina de Gestão em Saúde e Enfermagem em Saúde Pública e sua respectiva docente e à minha família.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Kezia dos Santos; REIS, Lucimar Dias; FIGUEREDO, Rogério Carvalho de; et al. Atuação do enfermeiro como gestor na rede básica de saúde. *Scire Salutis*, v. 11, n. 2, p. 83–92, 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3 de 7 de novembro de 2001. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem.** Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 09 Nov 2001. Seção 1. p.37.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; OUVENEY, Assis Luiz Mafort; CARVALHO, Mércia Gomes Oliveira de; et al. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único De Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no ciclo de gestão 2017-2020. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 211–222, 2020.

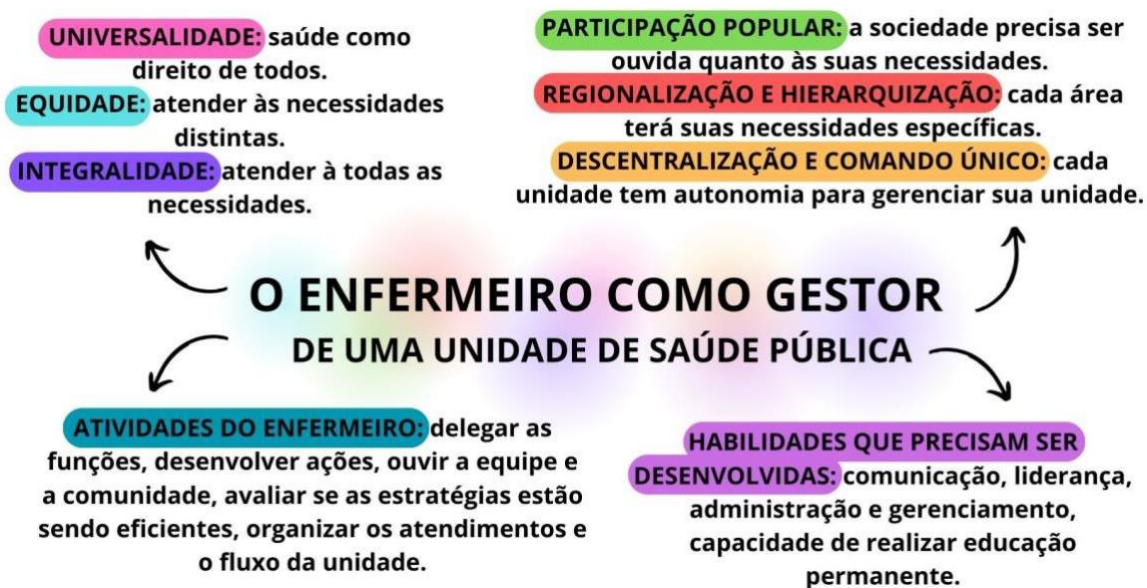
LIMA, Ana Carolina Bezerra de ; SANTOS, Danielle Christine Moura dos; PEREIRA, Alanne Paula dos Santos. Mapas mentais e conceituais como ferramentas para a aprendizagem significativa no ensino remoto. *Anais do Integra EaD* , v. 2, n. 1, 2020.

SILVA, Flor de Liz dos Santos; ANDRADE, Erci Gaspar da Silva. O papel do enfermeiro na orientação ao idoso sobre o envelhecimento na atenção básica: revisão literária. **Zenodo. Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. 2020

SILVA, Maria Gilmar Herculano Pereira; SILVA, Mayrla Almeida; PEREIRA, Jéssica Barreto; et al. o enfermeiro como gestor no cuidado ao paciente acometido por infarto agudo do miocárdio (IAM). **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 41390–41407, 2021.

APÊNDICE

Figura 1 - Mapa Mental: O Enfermeiro Gestor.



Fonte: autoria própria, 2023.

O FORTALECIMENTO DA ÁREA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Eleonora Assunção Morad Arantes, Coordenadora de Saúde do Trabalhador SESMG e Mestre em Gestão de Serviços de Saúde - UFMG

Cristiane Moreira Magalhães Andrade, Referência Técnica da Coordenação de Saúde do Trabalhador e Mestre em Gestão de Serviços de Saúde - UFMG

Kátia Santos Dias, Referência Técnica da Coordenação de Saúde do Trabalhador e Mestre em Gestão de Serviços de Saúde - UFMG

Cíntia da Silva Marcelino Nunes, Referência Técnica da Coordenação de Saúde do Trabalhador

Vanessa Viviana Silva Aniceto, Referência Técnica da Coordenação de Saúde do Trabalhador

RESUMO

INTRODUÇÃO: A área de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais até 2019 configurava-se como uma Diretoria de Saúde do Trabalhador, composta por quatro áreas: as coordenações de Atenção à Saúde do Trabalhador, a de Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador e a de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho, e o Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador (CEREST). Anteriormente à 2011 o CEREST situava-se no Ambulatório de Saúde do Trabalhador do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, quando teve sua gestão alterada para a Diretoria de Saúde do Trabalhador (DELIBERAÇÃO CIB/SUSMG Nº 805/2011). As ações inerentes ao CEREST eram realizadas cumulativamente às rotinas das três coordenações formais. No ano de 2019, houve reestruturação das Secretaria de Estado de Saúde, com permanência da área de Saúde do Trabalhador na Superintendência de Vigilância Epidemiológica, no entanto com redução da Diretoria de Saúde do Trabalhador à Coordenação de Saúde do Trabalhador (DECRETO 47.769/2019). Com vistas a atender ao disposto na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e as demais normativas da área, a Coordenação de Saúde do Trabalhador acumulou às funções de rotina, o desafio de fortalecer a área, contemplando o aumento do número de profissionais componentes da equipe, bem como a estruturação efetiva do CEREST Estadual.

OBJETIVO: Relatar a experiência de fortalecimento da área de Saúde do Trabalhador, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG). *METODOLOGIA:* Trata-se de relato de experiência, no qual a equipe da Coordenação de Saúde do Trabalhador após análise das atribuições determinadas em normativas e considerando o cenário epidemiológico de morbimortalidade relacionada ao trabalho em Minas Gerais, identificou a necessidade de dar visibilidade à área, à longo prazo, com previsão de estratégias de fortalecimento envolvendo os atores da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Ministério da Saúde, Controle Social e renomados profissionais da área. Foram realizadas diversas reuniões com a Subsecretaria de Vigilância em Saúde e com os parceiros interinstitucionais. Paralelamente, ações singulares de Vigilância em Saúde do Trabalhador organizadas e disseminadas pela equipe foram conhecidas no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde e reconhecidas em vários espaços de disseminação de conhecimento, tanto na esfera organizacional como na acadêmica. *RESULTADOS E DISCUSSÃO:* A partir das articulações mencionadas, no segundo semestre de 2022, a gestão da Secretaria Estadual de Saúde sensibilizada, se responsabilizou pelo provimento de três profissionais para composição da equipe mínima do CEREST Estadual, os quais atualmente compõem oficialmente o serviço

no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Convergindo com esse avanço, no ano de 2023, por meio Decreto N° 48.661 de 31 de julho de 2023, a área de Saúde do Trabalhador migrou para uma nova Diretoria, e teve expressamente seu nome na denominação – Diretoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador, dando visibilidade à área e facilidade de identificação no organograma da Instituição. *CONCLUSÃO*: Apesar do histórico recente de desvalorização da área de Saúde do Trabalhador da SESMG, o cenário atual apresentou-se singularmente importante, compreendendo a expressão da área em uma estrutura formal do organograma da SESMG – Diretoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador -, que desde 2019 não era visualizada gerando dúvidas sobre a sua existência e atuação. Estes resultados sugerem perspectivas positivas de valorização da área e consequente aprimoramento das ações destinadas à população trabalhadora de Minas Gerais.

PALAVRAS-CHAVE OU DESCRITORES: Vigilância em saúde; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Política de Saúde do Trabalhador

REFERÊNCIAS

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS. Decreto N° 47.769, de 29 de novembro de 2019. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/DEC/47769/2019/> Acesso em: 15 set. 2023.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS. Decreto N° 48661, de 31 de julho de 2023. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48661/2023/Acesso> em: 15 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html Acesso em: 15 set. 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Deliberação CIB/SUSMG N° 805 de 20 de abril de 2011. Altera a Gestão do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador no Estado de MG. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=6989 Acesso em: 15 set. 2023.

AGRADECIMENTOS

À equipe da Coordenação de Saúde do Trabalhador da SESMG.

PRINCIPAIS IRREGULARIDADES EM ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR SUJEITAS AO CONTROLE SANITÁRIO EM MINAS GERAIS NO ANO DE 2022

Paula Wanderley Rodrigues; Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Keli Bahia Felicíssimo Zocratto; Docente do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A vigilância sanitária (Visa) integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e possui como um dos principais instrumentos de fiscalização a inspeção sanitária, que consiste em observar uma dada realidade, comparar com o que foi estabelecido em normas e regulamentos técnicos e emitir um julgamento acerca do que foi observado, visando segurança e qualidade de produtos e serviços (CONASS, 2011). A Vigilância Sanitária de Minas Gerais possui um sistema próprio de notificação de situações de risco sanitário denominado Vigi-Risco que possibilita a coleta sistemática e análise de dados relativos às inspeções sanitárias no território mineiro. Os dados coletados são utilizados para identificação do risco sanitário na perspectiva territorial e consequente definição de ações estratégicas (CÉSAR *et al.*, 2020). Dentre os serviços de saúde submetidos ao controle sanitário, estão as atividades de atendimento hospitalar, de natureza pública ou privada, que são inspecionadas principalmente no que diz respeito a verificação da incidência e risco de exposição dos pacientes a infecções relacionadas à assistência à saúde causadas nos ambientes hospitalares (MIRANDA; CAMPOS; VIEIRA, 2020). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em média, 1 em cada 10 pacientes são afetados por infecções associadas aos cuidados de saúde em todo o mundo. Torna-se crucial o papel da vigilância na prevenção e controle para garantir segurança daqueles que acessam serviços de saúde, sejam eles pacientes ou profissionais de saúde. A falta de pessoal qualificado, ausência de diretrizes e programas nacionais, equipamentos médicos insuficientes e higiene precária são alguns dos vários determinantes das infecções associadas aos cuidados de saúde no âmbito hospitalar (WHO, 2016). **Objetivo:** Determinar as irregularidades mais frequentemente encontradas, os principais motivos desencadeadores de inspeções e as medidas mais usualmente adotadas pelo poder público referente as inspeções sanitárias em atividades de atendimento hospitalar em Minas Gerais no ano de 2022. **Referencial Teórico:** Os sistemas públicos de vigilância sanitária são mecanismos de regulação na área da saúde e devem fornecer informações de qualidade para dar suporte e orientação ao processo de decisão de políticas públicas, por meio da identificação de condições de saúde emergentes e do monitoramento de medidas de controle. Nas últimas décadas, observa-se que a quantidade de informação disponibilizada de diferentes fontes aumentou significativamente, permitindo a utilização de métodos mais sofisticados. Como resultado, os sistemas de vigilância se desenvolveram de forma a abordar um conjunto mais amplo de resoluções a ameaças de saúde, melhorando a capacidade para dar suporte a novos usos de dados (GROSECLOSE; BUCKERIDGE, 2017). No Brasil, o modelo de vigilância do SUS surgiu na tentativa de estimular o desenvolvimento de novas ações na melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos, uma vez que auxilia no processo de análise dos fatores condicionantes do processo saúde-doença da população. Isso pressupõe que a vigilância em saúde não pode ser entendida apenas como simples coleta e análise de informação, mas sim como responsável tecnicamente por guiar as políticas, programas e os serviços de saúde (VERMELHO; VELHO, 2016). A vigilância sanitária atualmente encontra-se incorporada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa),

agência reguladora instituída pela Lei Federal nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Essa incorporação foi essencial para a valorização da vigilância sanitária, passando a ter o papel de assegurar os direitos do consumidor, amparada nas condições de saúde da população. Desde então, foram percebidos avanços significativos na capacidade de resposta as demandas e aos problemas de saúde (OLIVEIRA; CRUZ, 2015). Na vigilância sanitária, o conceito de risco foi gradualmente adotado e extrapola o sentido epidemiológico de probabilidade de ocorrência de um evento adverso à saúde na presença de determinado fator. Durante as inspeções, podem ser detectadas situações de irregularidades sanitárias e outros sinais de alerta que comprometem a qualidade do serviço, de acordo com a gravidade das não conformidades encontradas. Diante da multiplicidade de fatores de risco, as irregularidades com potencial de gerar agravos à saúde representam o risco sanitário e, assim, a atuação da vigilância no combate das ameaças ocorre através da identificação de não conformidades e adoção de medidas preventivas ou corretivas de segurança (FREITAS; SANTOS, 2013). **Método:** Estudo descritivo e transversal de abordagem quantitativa referente aos dados secundários contidos na Planilha de Notificações de Riscos e Situações de Riscos de Serviços de Saúde do ano de 2022. O cenário do estudo consistiu no Estado de Minas Gerais, compreendendo os 853 municípios divididos territorialmente em 28 Unidades Regionais de Saúde (URS). As notificações em atividades de atendimento hospitalar (n=985) foram descritas por meio de medidas de frequência e abarcam variáveis relativas ao estabelecimento e à inspeção propriamente dita. As frequências encontradas de cada tipo de irregularidade, do motivo da inspeção e das medidas adotadas pela vigilância sanitária foram determinadas e ordenadas. **Resultados e Discussão:** Ao todo, foram notificadas inspeções em 985 atividades de atendimento hospitalar no ano de 2022, sendo 403 em estabelecimentos de natureza pública, 434 de natureza privada e 148 considerados de outra natureza. Desse total de notificações, 799 apresentaram irregularidades, sendo as mais comumente encontradas: documentação/ garantia da qualidade (n=595) e estrutura física (n=520). Os motivos mais frequentes desencadeadores das inspeções sanitárias foram: solicitação de renovação de alvará sanitário (n=532), interesse da vigilância sanitária (n=199) e verificação de atendimento a inspeção anterior - reinspeção (n=125). Em contrapartida, o percentual de denúncias (3,78%) foi considerado baixo, em comparação com os demais motivos que podem levar a ocorrência de inspeções. Foram adotadas medidas sanitárias em 854 dos 985 serviços de atendimento hospitalar, representando 86,7% em relação ao total. As principais ações executadas pela vigilância foram orientação (n=644) e emissão de notificação (n=502). Ações como suspensão de alvará sanitário (n=2), instauração de processo administrativo sanitário (n=11), apreensão e inutilização de produtos (n=11) e interdição cautelar de atividades (n=19) são consideradas medidas punitivas e não foram significativas na atuação da Visa. **Conclusões:** Os resultados demonstram que a documentação/ garantia da qualidade e a estrutura física tendem a ser os principais desafios de adequação dos serviços de atendimento hospitalar, possivelmente devido ao desconhecimento e/ou descumprimento de medidas de controle previstas na legislação sanitária. Além disso, a adoção de medidas de caráter mais orientativo e educativo por parte da vigilância, em detrimento de medidas de natureza punitiva e/ ou coercitiva, demonstram o avanço do papel da vigilância no sentido de atuar juntamente com o setor regulado em prol do interesse coletivo. Depreende-se, portanto, que o conhecimento das principais irregularidades encontradas nas inspeções é uma informação de alta relevância para a vigilância sanitária, uma vez que permite a priorização das ações com base em evidência, possibilitando uma intervenção mais efetiva nos serviços de saúde sujeitos ao controle sanitário.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância sanitária; Risco sanitário; Atendimento hospitalar.

REFERÊNCIAS

CÉSAR, D. F. *et al.* Principais irregularidades em estabelecimentos sujeitos a controle sanitário. **Revista Visa em Debate**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 101-107, 2020.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS: vigilância em saúde**, v. 6, n. 2. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

FREITAS, F. P.; SANTOS, B. M. O. Irregularidades sanitárias como marcador de risco à saúde: um desafio para a vigilância sanitária. **Revista Visa em Debate**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 43-51, 2013.

GROSECLOSE, S. L.; BUCKERIDGE, D. L. Public Health Surveillance Systems: Recent Advances in Their Use and Evaluation. **Annual Review of Public Health**, v. 20, n. 38, p. 57-79, 2017.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Revista Visa em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, 2015.

MIRANDA, V. B.; CAMPOS, A. C. V.; VIEIRA, A. B. R. Infecções relacionadas à assistência à saúde nos hospitais de Belém, Pará, Brasil. **Revista Saúde e Ciência online**, v. 9, n. 2, p. 53-63, 2020.

VERMELHO, S. C. S. D.; VELHO, A. P. M. Implantação da Vigilância em Saúde: desafios para as Redes de Atenção à Saúde. **Revista Visa em Debate**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 123-131, 2016.

WHO. World Health Organization. **Health care without avoidable infections: The critical role of infection prevention and control**, 2016.

PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA DO CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO EM MINAS GERAIS E SEU IMPACTO NAS NOTIFICAÇÕES DE MESOTELIOMA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Cristiane Moreira Magalhães Andrade; mestranda do mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Escola de Enfermagem da UFMG; Referência Técnica em Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Mery Natali Silva Abreu; doutora em Saúde Pública/Epidemiologia; professora na Escola de Enfermagem da UFMG

Ubirani Barros Otero; doutora em Ciências/Saúde Pública; gerencia a Área Técnica Ambiente, Trabalho e Câncer da Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA

Eleonora Assunção Morad Arantes; mestranda do mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Escola de Enfermagem da UFMG; Referência Técnica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: O mesotelioma, é tumor raro, ocupacional por excelência, tendo como principal fator de risco a exposição ao amianto (PEDRA, 2015). No Brasil deve ser notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), por meio da ficha de câncer relacionado ao trabalho (CRT). Entretanto é uma doença subnotificada neste sistema (BRASIL, 2017). Em Minas até 2018 haviam apenas quatro casos da neoplasia registrados (BRASIL, 2022) Objetivo: Geral, descrever o processo de implementação da VCRT em MG e avaliar seu impacto nas notificações de mesotelioma no Sinan. Objetivos Específicos: Descrever o processo de implementação da VCRT em Minas Gerais, a partir de 2019; Comparar quantitativamente as notificações de mesotelioma, do Sinan, em Minas Gerais, nos períodos de 2004 a 2021, de 2004 a 2018 (anterior a VCRT), e de 2019 a e 2021 (posterior a VCRT); Avaliar a completude e consistência quanto ao preenchimento das fichas de investigação/notificação de mesotelioma no Sinan nos períodos de 2004 a 2021, de 2004 a 2018 (anterior a VCRT), e de 2019 a e 2021 (posterior a VCRT); Caracterizar os casos confirmados de mesotelioma em trabalhadores segundo dados demográficos e clínicos. **Referencial Teórico:** A Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho (VCRT) consiste em um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção e de vigilância das doenças/agravos e dos ambientes e processos de trabalho em situações nas quais os trabalhadores estão ou podem estar expostos a riscos relacionados a fatores e agentes cancerígenos. A VCRT pode ser estruturada em três eixos básicos de ação, vigilância dos trabalhadores expostos, vigilância dos agentes cancerígenos e vigilância dos casos com diagnóstico de câncer, sendo esse o último o realizado nessa pesquisa. Sendo assim a Vigilância Epidemiológica do Câncer Relacionado ao Trabalho, consiste na identificação, investigação e registro (em sistemas de informação) de casos de cânceres relacionados ao trabalho, bem como na análise dos dados gerados visando à recomendação e à adoção de medidas de prevenção e controle (BRASIL, 2013). **Métodos:** Utilizou-se o estudo de caso para descrever o processo de implementação da VCRT, e o estudo transversal descritivo, a partir da análise de dados secundários das fichas de CRT do Sinan, com o diagnóstico de mesotelioma. Para as análises descritivas utilizou-se o

software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 19.0. **Resultados:** Verificou-se que a estruturação da VCRT no estado alicerçou-se no estabelecimento de parcerias, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde para acesso a dados de cânceres, inicialmente o mesotelioma e no âmbito do Ministério da Saúde, com o Instituto Nacional do Câncer para apoio técnico especializado. As ações de VCRT focaram-se na estruturação de estratégias para a verificação da relação do mesotelioma com o trabalho a partir da investigação epidemiológica de casos captados via Sistemas de Informação em Saúde, especialmente o Registro Hospitalar de Câncer e o Sistema de Informação Sobre Mortalidade. O processo de implementação ocorreu, inicialmente na Unidade Regional de Saúde (URS) Belo Horizonte, como proposta de piloto, e posteriormente expandida para as demais URS. As ações de VCRT foram realizadas em etapas, sendo uma delas, a investigação epidemiológica subsidiada tecnicamente pelos princípios da epidemiologia e pelas publicações no tema, sendo executada, quase na sua totalidade, pelos profissionais da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) dos municípios e excepcionalmente pelos profissionais dos serviços assistenciais, entre os quais hospitais de referência para diagnóstico e tratamento do câncer. Discussão: Em Minas Gerais, as ações de VCRT não se concentraram nos serviços assistenciais, especialmente nos de alta complexidade, sendo estruturadas considerando a organização dos serviços de Visat do SUS, o perfil produtivo do estado e os agentes reconhecidos como comprovadamente cancerígenos em literatura nacional e internacional. Destaca-se que o estado possui serviços especializados em saúde do trabalhador, os Cerest. Entretanto, o quantitativo existente no território mineiro não cobre todos os municípios do estado. Sendo assim, na maioria dos municípios do estado as ações de Visat, incluindo as de VCRT, são realizadas pelas RT-ST. No que tange às investigações epidemiológicas do mesotelioma, vários foram os desafios, especialmente aqueles relacionados à identificação de situações de exposições de risco ao amianto, tendo em vista o longo período de latência da neoplasia, o prognóstico ruim da doença, a inexperiência dos serviços de saúde do trabalhador em realizar este tipo de ação e a não caracterização pelos serviços assistenciais de saúde de exposições ocupacionais e do histórico ocupacional. Ainda há de se ressaltar como desafio, o cenário epidemiológico mundial, a pandemia de COVID-19, no qual os serviços de saúde, incluindo os de saúde do trabalhador, voltaram todos os seus esforços e ações para o enfrentamento da doença. Segundo o movimento Todos Juntos Contra o Câncer, a pandemia da doença sobrecarregou tanto o SUS quanto a saúde suplementar, impactando sobretudo nas doenças crônicas não transmissíveis, em especial o câncer (TODOS JUNTOS PELO CÂNCER, 2020). No que tange as ações da Visat, Arantes (2022) destaca que as RT-ST tiveram sobrecarga de trabalho em decorrência da necessidade de sensibilizar os serviços de saúde para notificações de COVID-19, bem como nas rotinas de imunização. Em relação ao perfil dos trabalhadores notificados no Sinan, a maioria era do sexo masculino, pedreiro, com menor nível educacional e residia em municípios de área de abrangência da URS BH. **Conclusões:** Este estudo apresentou uma proposta metodológica inovadora para a VCRT no Brasil, de baixo custo, aplicável e acessível a qualquer tipo de CRT e aos serviços de saúde, especialmente os de saúde do trabalhador, que possa ser exitosa também em outros estados do Brasil, levando em consideração as particularidades de cada território. Sendo, portanto, possível e factível que as notificações de CRT no Sinan aumentem de forma considerável e qualificada de modo a gerar ações de promoção e proteção à saúde, bem como intervenções nos ambientes e processos de trabalho. Além disso, o estudo contribuiu tanto para o fortalecimento da instituição de rotina das ações de VCRT no Sistema Único de Saúde quanto para a instrumentalização técnica das ações, especialmente no que tange as etapas de investigação epidemiológica em saúde do trabalhador, dada ainda a escassez de instrumentos técnicos específicos que contemplem as particularidades deste tipo de ação da Visat. Além disso, as análises dos dados do Sinan

identificaram e caracterizaram o perfil epidemiológico dos trabalhadores acometidos com mesotelioma no estado.

PALAVRAS-CHAVE: Mesotelioma. Câncer Relacionado ao Trabalho. Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Eleonora Assunção Morad. **Avaliação do acometimento por Covid-19 dos trabalhadores dos serviços assistenciais de saúde, em seus ambientes de trabalho, no período de março de 2020 a maio de 2021, em Minas Gerais.** 2022. 173 f. (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde), Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho.** 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo LXXX- Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Origem: PRT MS/GM 1339/1999, Anexo 1). Anexo XLIII - Lista Nacional de doenças e agravos a serem monitorados pela Estratégia de vigilância sentinela.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN-NET. **Agravos de saúde do trabalhador.** Câncer relacionado ao trabalho, anos 2004 a 2021. [S.l.]: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais/. Data de extração: 11/10/2022. 2022.

PEDRA, F. **Mortalidade por mesotelioma no Brasil, 1980-2010.** 2015. 122 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

UNIVERSUS: EMPODERAMENTO DAS LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O SUS.

Camila Lima Ribeiro, Fisioterapeuta e discente de Medicina, Faculdade Atenas.

Maria Luísa Magalhães, Discente de Medicina, Faculdade Atenas.

Victoria Maciel de Oliveira Campos, Discente de Enfermagem, Faculdade Atenas.

Yasmin Madureira Vieira, Discente de Enfermagem, Faculdade Atenas.

Palloma Chaves Cordeiro Vaz de Melo, Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde/UFMG, Faculdade Atenas.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Historicamente, os movimentos de participação popular foram relevantes para a efetivação da Reforma Sanitária e para a criação do modelo de assistência à saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e suas leis regulamentadoras em 1990. A partir disso, foram elaborados os princípios doutrinários, sendo eles a universalidade, integralidade e equidade, e os organizativos, descentralização, regionalização e participação popular (PAIM, 2018). A fim de efetivar e colocar em prática a participação popular, diversas medidas podem ser desenvolvidas dentro do sistema, sendo uma delas a prática da educação em saúde. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) no âmbito do SUS, de 2013, foi um meio de tornar concreta essa vertente, utilizando-se de práticas político-pedagógicas voltadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde. Através dela, torna-se possível ampliar o diálogo com o usuário, utilizando-se de amorosidade, promovendo problematização de temas relacionados à saúde, possibilitando, assim, a construção compartilhada de conhecimentos. Tudo isso com intuito despertar tanto o senso crítico sobre as questões relacionadas à assistência em saúde quanto a emancipação sobre os direitos e deveres do usuário (BRASIL, 2013). Diante do compromisso de construção democrática e popular, uma figura muito importante para o fortalecimento da comunidade é o líder comunitário, uma vez que além de ser usuário do SUS e porta voz dos demais, atualmente é visto como peça-chave para a condução da comunidade em busca de melhores condições de vida. Ele é capaz de perceber as necessidades, assim como os problemas locais e buscar mecanismos com a finalidade de solucionar as questões, que dentre elas estão as de saúde. Assim, unir o líder comunitário com a educação em saúde pode ser uma ferramenta efetiva no empoderamento da população sobre os serviços públicos de saúde (PINHEIRO, BORGES, 2018). **OBJETIVO:** Relatar a experiência da construção compartilhada de conhecimentos entre estudantes dos cursos de medicina e enfermagem, e lideranças comunitárias da cidade de Sete Lagoas/MG durante a realização de uma prática de educação em saúde, cuja temática foi o SUS e seus fluxos de atendimentos. **REFERENCIAL TEÓRICO:** O movimento de educação popular em saúde, no contexto da PNEPS, valoriza a prática educativa, numa perspectiva horizontal da relação trabalhador-usuário, incentivando as trocas interpessoais, as iniciativas da população usuária e, pelo diálogo, busca compreender o saber popular. Essa metodologia reconhece o usuário como sujeito capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e desenvolver uma análise crítica sobre a realidade, que possibilite incrementar estratégias de luta e de enfrentamento dos problemas (BRASIL, 2013). Levar conhecimentos de forma clara e acessível para a população proporciona um empoderamento dos usuários e conseqüente uma utilização mais efetiva e assertiva dos serviços públicos de saúde (GUERRA et al., 2017). **MÉTODO:** Estudo descritivo, baseado nos relatos vivenciados na atividade de extensão universitária cuja linha de pesquisa é “SUS e Doenças Crônicas” do Programa de Iniciação Científica da Faculdade Atenas de Sete Lagoas-MG. O projeto foi desenvolvido por dez alunos, sendo eles dos cursos de enfermagem e medicina acompanhados pela professora orientadora. O grupo-alvo da ação de educação em saúde foi uma classe de formação

de lideranças comunitárias de um bairro vulnerável socioeconomicamente do município de Sete Lagoas/MG. Dentre os diversos assuntos abordados durante a formação desses líderes está o conhecimento sobre o sistema público de saúde, sendo assim, essa demanda foi perpassada por eles e a oficina foi preparada pelo grupo de acadêmicos. O grupo em formação de líderes é composto por 20 membros, que foram informados previamente, via rede social *WhatsApp*®, sobre o horário de realização, das 18h às 21h, e a localização, sendo escolhido um espaço público da comunidade. Compareceram à atividade 18 pessoas que prontamente participaram do jogo intitulado “UNIVERSUS” confeccionado pelos alunos e professora orientadora. Tratou-se de um jogo de tabuleiro contendo 21 cartas de perguntas e respostas criadas baseadas nos fluxos dos serviços de atenção primária, secundária e terciária. As cartas foram compostas por situações problemas que abrangiam o público infantil, adulto, idoso e gestante, desde casos de saúde simples a outros mais complexos. Após a leitura sobre a situação presente na carta, os participantes eram questionados para qual serviço o paciente deveria se direcionar dando a opção de quatro possíveis respostas, de A à D. O grupo de participantes foi dividido em três subunidades e foi estimulada uma competição. Cada unidade optou por uma cor de peão do tabuleiro e a cada acerto, eles avançavam no jogo. Foi campeão aquele subgrupo que apresentou o maior número de acertos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A escolha do horário de realização da atividade foi assertiva, uma vez que os membros do grupo de formação de líderes apresentavam ocupações diversas em horário comercial. A reunião no período noturno possibilitou a adesão de 18 das 20 pessoas que compõem a classe. Os participantes se mostraram interessados durante a execução da oficina e isso pode estar relacionado ao clima de competição instituído. Não foi possível realizar todas as perguntas contidas no jogo, uma vez que o tempo proposto para a atividade foi excedido. Sendo assim, foi possível realizar a reflexão sobre 15 questões, sendo que houve 9 acertos e 6 erros. Foi observado que o recurso utilizado pelos participantes para responder as perguntas realizadas teve caráter empírico, muitas vezes baseado em experiências vivenciadas sejam por eles mesmos ou por conhecidos dentro do sistema ao buscar por atendimento de saúde. Diante dos erros, foi possível perceber que muitos dos participantes apresentaram dificuldade e desconhecimento sobre a tomada de decisão em relação à busca pelo serviço de saúde mais adequado para a resolução da demanda do momento. Isso vai de encontro ao trabalho de Vaz de Melo e Montenegro (2022), que diz que o desconhecimento dos líderes comunitários sobre o SUS é o motivo da falta de compreensão sobre o funcionamento e organização dos serviços. Outra questão observada é que o maior número de acertos foi relacionado às situações problemas cujo tema foi atenção primária à saúde, e isso de certo é devido a facilidade de acesso deles próprios a esse nível de atenção, mais uma vez baseado nas suas vivências práticas. Essa questão também corrobora com Vaz de Melo e Montenegro (2022), que reforçam o fato de a atenção primária ser a modalidade de atendimento em saúde mais próxima do território que compreende a comunidade. Durante a atividade, o grupo da iniciação científica encorajou a explanação dos participantes sobre muitas de suas experiências durante a busca por atendimento no SUS, valorizando tanto o relato sobre os pontos positivos quanto os negativos. Foi um momento de diálogo e troca de saberes, o qual possibilitou a construção de conhecimento a partir da pluralidade cultural ali presente. Essa atitude vai de encontro aos objetivos propostos pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde, no âmbito do SUS, durante práticas como as ações de educação em saúde. Ademais, o grupo em formação de líderes se comprometeu a replicar o conhecimento ali adquirido para os membros da sua comunidade, além de utilizá-lo para benefício próprio durante a busca por atendimento de saúde. **CONCLUSÃO:** Essa ação foi considerada efetiva, uma vez que a partir da utilização da educação em saúde, foi possível informar e promover conhecimento sobre os fluxos de atendimento e serviços oferecidos pelo SUS para os líderes comunitários que são replicadores de informação e formadores de opinião dentro de sua comunidade. Infere-se, ainda, que ações como essa são importantes, visto que a população, muitas vezes, utiliza de conhecimento empírico para moldar suas condutas e carece de

informações fidedignas sobre o SUS. Por fim, mais práticas como a realizada devem ser incentivadas, dado que se mostrou efetiva no objetivo proposto.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Participação social; Educação em saúde; Liderança.

REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.761**, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 de novembro de 2013, p. 62.

GUERRA, L. R. *et al.* Sistema Único de Saúde na perspectiva de lideranças comunitárias. **Revista Disciplinarum Scientia**, Série: Ciências da Saúde, v. 18, n. 1, p. 19-30. 2017.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1723-1728, 2018.

PINHEIRO, D. R. C.; BORGES, R. C. O. A importância da liderança comunitária no processo de desenvolvimento local. **Revista GeoUECE**, v. 1, n. 1, p. 78-94, 2012.

VAZ DE MELO, P. C. C.; MONTENEGRO, L. C. **Lideranças comunitárias na Atenção Primária à Saúde de dois municípios de Minas Gerais: conhecimento e participação relacionados a questões de saúde no território**. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

APÊNDICES

Figura 1 – Jogo de tabuleiro.



Fonte: Autores, 2023.

Figura 2 – Interação discentes e líderes.



Fonte: Autores, 2023.

A IMPLANTAÇÃO DE UMA FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

Maria Cláudia Martins; Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde; UFMG

Ludmila Helena de Assis; Pós-Graduada em Gestão Estratégica em Saúde; PMMG

Diva Maria de Oliveira; Pós-Graduada em Terapia Intensiva, Emergência e Trauma; PMMG

Ana Carolina Brito Matos; Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde; UFMG

Fabíola Oliveira Simões; Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde; UFMG

Tatiana Kelly Silva; Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde; UFMG

RESUMO

Introdução: Os danos evitáveis aos pacientes dos serviços de saúde custam mais de 0,7% de crescimento econômico global ao ano (WHO, 2021). Uma das estratégias para redução dos eventos adversos relacionados à assistência à saúde são as Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Sendo a comunicação efetiva a segunda meta, ocupando importante papel na prevenção de desfechos indesejáveis. O esforço das organizações para ter uma comunicação que proteja os pacientes de danos é evidenciado por trabalhos que abordam a construção de protocolos, normas e instrumentos que possibilitem uma comunicação clara e objetiva. A Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, por exemplo, recomenda o uso de mnemônicos (recurso de memorização de dados e informações para fixar conceitos por meio do uso de palavras mais simples), como estratégia para melhorar a transição de cuidados (FELIPE, 2022). Nas instituições hospitalares, a passagem de plantão é um momento necessário para que haja a continuidade dos cuidados com qualidade e segurança pela equipe multidisciplinar. A falta de padronização desse processo, na prática de uma terapia intensiva, pode gerar a perda de informações essenciais que são necessárias para otimização do tempo, controle de gastos, redução da carga profissional e atraso no tratamento. A fim de mitigar o risco de eventos adversos proveniente de falhas assistenciais causadas por uma transferência de cuidados ineficientes, foi desenvolvido um instrumento baseado no método SBAR para uso da equipe de enfermagem. **Objetivos:** Relatar a experiência da implantação de um instrumento de transferência de responsabilidade pelo paciente baseado na ferramenta SBAR, em uma unidade de tratamento intensivo de um hospital de médio porte localizado em Belo Horizonte/Minas Gerais. Além disso, analisar de forma reflexiva a melhoria da comunicação dos técnicos de enfermagem para a continuidade no processo assistencial. **Referencial Teórico:** Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Segurança do Paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Podendo ser entendido como a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e utilização de boas práticas assistenciais, buscando alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente (BRASIL, 2014). Nesse contexto, o desenvolvimento e aplicação de ferramentas para garantir uma comunicação eficaz que seja precisa, completa e compreendida pelo destinatário, reduz erros e melhora a segurança do paciente. No Brasil, a importância da comunicação efetiva como meta de segurança do paciente foi disseminada após publicação da Portaria 529/2013 a qual instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013). Nesse sentido, o SBAR é um modelo de comunicação desenvolvido pelo médico líder em segurança do paciente

Michael Leonard juntamente com os colegas Doug Bonacum e Suzanne Graham que ganhou destaque na rotina dos profissionais de saúde e consiste no método mnemônico que vem do inglês: Situation (Situação), Background (Base Histórica), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendação). Trata-se de uma técnica que permite a estruturação da comunicação oral entre profissionais, a fim de padronizar as informações referentes à situação e quadro clínico do paciente e prevenir eventos adversos provenientes de erros de compreensão. Além disso, a utilização do método facilita a realização de uma comunicação documentada clara e concisa (MÜLLER, 2018).

MÉTODO: Relato de experiência da construção, adaptação e incorporação de um instrumento de transferência de cuidados baseado na metodologia SBAR para ser utilizado pelos técnicos de enfermagem em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital de médio porte localizado em Belo Horizonte/Minas Gerais.

Resultados e Discussão: No primeiro semestre de 2022, ocorreu o curso de curta duração intitulado “*Ferramentas e estratégias para melhoria da transferência de cuidado*”, no hospital em estudo. O público-alvo foi a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) dos seguintes setores: Unidade de Internação, Centro de Terapia Intensiva, Bloco Cirúrgico e Pronto Atendimento. Esse curso foi uma devolutiva do convênio de Estágio Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, de uma instituição de ensino superior privada com o hospital em questão. O curso proporcionou fundamentação científica para utilização de ferramentas com o intuito de aprimorar a transferência de cuidado pela equipe de enfermagem no ambiente hospitalar e para a compreensão de estratégias que favorecem o trabalho em equipe, comunicação efetiva e atenção centrada no paciente/família. Diante dessa sensibilização e treinamento da equipe quanto aos conceitos da ferramenta SBAR, os membros do CTI participantes do treinamento descrito, construíram um instrumento próprio através do Google Planilhas para utilização na transferência de responsabilidade do paciente desta unidade. Optou-se pela utilização desse serviço por ser uma ferramenta gratuita e acessada a partir de um login no Google, e pela possibilidade de parametrização dos campos. Desta forma, o instrumento foi construído com base na literatura sobre o SBAR e uma de suas derivações (ISBAR), e na rotina diária do CTI com informações essenciais para uma comunicação efetiva entre os membros da equipe de enfermagem. O instrumento foi composto pelos seguintes elementos, conforme mostrado na Figura 1: I (Identificação) - composto pelo nome do paciente e localização da pulseira com os dados de identificação; S (Situação) - diagnóstico médico ou hipótese diagnóstica; B (Base histórica) - histórico de alergia e localização da pulseira de alerta para alergia, tipo de precaução e especificação do motivo da precaução, história pregressa; A (Avaliação) - constituída por itens que referem-se à parte neurológica, oxigenação, nutrição, eliminação, lesões, acessos vasculares e medicamentos em infusão. Os sinais vitais não foram incluídos no instrumento considerando que a unidade de terapia intensiva monitora esses parâmetros de forma detalhada em outro instrumento de coleta de dados; R (Recomendação) - itens de atenção, pendências e propostas discutidas com a equipe multidisciplinar. A ferramenta foi automatizada com formatação condicional onde os campos obrigatórios para constar informação do paciente, caso não seja preenchido, ficam em vermelho claro como forma de alertar que aquele campo está pendente e carente de informação necessária. Apesar da customização com dados pré-cadastrados em cada item do impresso, a planilha permite a individualização da informação pelo profissional através da escrita livre considerando a diversidade de situações existentes. O instrumento pode ser alimentado com as informações em tempo real durante o decorrer do plantão de maneira que ao final do turno as informações estão atualizadas para repasse ao profissional que assumirá o turno seguinte. Ressalta-se ainda que a anotação de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente (PEP) da instituição é um campo com texto aberto, e não possui sistema de certificação de assinatura eletrônica. Assim, todos os dados inseridos no PEP necessitam de impressão, assinatura e carimbo pelo profissional responsável pela anotação para compor o prontuário físico do paciente. Com a utilização dos

comandos de copiar (Ctrl C) os dados da planilha e colar (Ctrl V) no prontuário eletrônico do paciente, esse processo consolida o registro das informações de forma mais ágil e padronizada pela equipe. Os idealizadores difundiram para a equipe de enfermagem os pontos importantes do curso e da ferramenta de melhoria construída, sendo implantada e utilizada por toda a equipe de enfermagem a partir do segundo semestre de 2022. Assim, o instrumento passou a compor o prontuário físico e eletrônico do paciente, com a assinatura de ambos os responsáveis pelo processo de transferência e recebimento da responsabilidade pelo cuidado do paciente. O apoio e colaboração dos membros da equipe de enfermagem no aprimoramento e refinamento da ferramenta de gestão da qualidade é alvo de melhorias contínuas à medida que novas situações surgem no cenário da terapia intensiva e da instituição hospitalar, fortalecendo o planejamento do cuidado e o cumprimento de metas terapêuticas. **Conclusões:** A sistematização da transferência de cuidados da equipe de enfermagem, entre turnos, setores e instituições, utilizando a metodologia ISBAR tornou o processo de trabalho mais seguro, confiável, compartilhado e ágil. A padronização e estruturação das informações direcionou o profissional para os itens realmente importantes e essenciais durante a transferência de responsabilidade do paciente. Acreditamos que o relato dessa experiência possa ajudar outras equipes atuantes nos serviços de saúde a elaborar estratégias de aprimoramento da gestão hospitalar através de ferramentas de comunicação efetiva. A navegação nas ferramentas tecnológicas existentes na atualidade auxilia nas demandas cotidianas e impulsiona tanto o desenvolvimento profissional quanto a qualidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de comunicação no hospital; Transferência da responsabilidade pelo paciente; Segurança do paciente; Terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde;** Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

FELIPE, T. R. L. et al. Instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem - SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation): validação e aplicação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 6, 2022.

MÜLLER, M. et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **BMJ Open**, v. 8, n. 8, p. 1–10, 2018.

UHM, J.-Y.; KO, Y.; KIM, S. Implementation of an SBAR communication program based on experiential learning theory in a pediatric nursing practicum: A quasi-experimental study. **Nurse Education Today**, v. 80, p. 78–84, set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030:** towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021.

ANEXO

Figura 1 - Modelo de Instrumento de Transferência de Cuidados em uma Centro de Terapia Intensiva

TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS			
I - IDENTIFICAÇÃO			
			Pulseira de identificação (branca) em MSE
S - SITUAÇÃO			
Dispnéia aos mínimos esforços - COVID 19? Pneumonia?			
B - BASE HISTÓRICA			
Paciente ALÉRGICO à DIPIRONA;	com pulseira (roxa) em MSD	em precaução de aerossol devido à suspeita de COVID19.	
Hipertensão arterial / Diabetes Mellitus tipo II			
A - AVALIAÇÃO			
Neurológica/Oxigenação:			
Consciente e orientado;	O2 por catete nasal a 5L/min	Dispneico aos esforços;	
Nutrição:			
Dieta por via oral;	Pastosa	Aceitação adequada	Última GC às 18h = 105 mg/dL
Eliminações:			
Diurese espontânea no marreco	não apresentou evacuações durante o plantão;		
Lesões:			
Sem lesões de pele.			
Acessos Vasculares/Infusões:			
- AVP em MSD	SF 0.9% para manter veia		
- AVP em MSE	Soro Esquema à 60mL/h		
R - RECOMENDAÇÕES			
Atentar para:	Padrão respiratório e saturação de O2		
Pendências:	Tomografia de Tórax amanhã às 09h		
Propostas:	Punção de acesso venoso central e início de Noradrenalina		



Fonte: Acervo da autora

A SIMULAÇÃO DE ATIVIDADES PRÁTICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE E O APRENDIZADO SIGNIFICATIVO PARA ACADÊMICOS E PROFISSIONAIS

Karla Rona da Silva; Doutora em Biomedicina; Universidade Federal de Minas Gerais.

Marina Dayrell de Oliveira Lima; Mestre em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais.

Camilla Stephane Oliveira Silva Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.

Shirlei Moreira da Costa Faria. Gestora de Serviços de Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais.

Cristiano Inácio Martins. Mestre em Gestão de Serviços de Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais.

Patrícia Aguiar de Oliveira Soares. Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: O processo de ensino-aprendizagem ocorre a partir da interação do educando com a sociedade e o meio-ambiente em que vive, sendo esse um processo histórico em constante movimento. Sua característica central é o caráter emancipatório que está em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que visa mobilizar reflexões sobre os processos de trabalho e provocar mudanças significativas nas práticas, associando os contextos e as experiências dos trabalhadores e sua relação com os demais trabalhadores e usuários (HAIASHIDA; MAIA, 2018; BRASIL, 2018). A PNEPS orienta que a educação no trabalho deve ser capaz de instrumentalizar o trabalhador com conhecimentos teórico-práticos alinhados ao seu contexto de trabalho, suas experiências e vivências, apoiando-se na aprendizagem significativa e no ensino problematizador, sendo uma estratégia política-pedagógica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Utilizar a simulação como estratégia para o aprendizado tem se tornado um método muito utilizado pelas instituições de ensino superior. Contudo, ainda são incipientes as publicações sobre seus resultados e os impactos para a formação discente, o que justifica a relevância deste estudo do ponto de vista acadêmico e científico e o torna oportuno como fonte de conhecimento e reflexão (KANEKO, LOPES, 2019; ZHAO et al. 2017). **Objetivo:** apresentar os resultados da participação de profissionais e estudantes da saúde em um simulado prático, realizado como estratégia de ensino aprendizagem. Referencial Teórico: Cursos da área da Saúde têm utilizado como ferramenta a simulação realística que faz parte das metodologias ativas para gerar aprendizagem significativa. Algumas condições são premissas básicas para que ocorra a aprendizagem significativa: novos conhecimentos, geralmente veiculados pelos materiais de apoio; predisposição do educando para a aprendizagem; e os conhecimentos prévios do educando (MESQUITA et al., 2020; LÁZARO; SATO; TEZANI, 2018). A simulação em saúde tem se mostrado como uma importante estratégia para a consolidação do conhecimento, do pensamento crítico e para o exercício prático de conteúdos densamente teóricos. As atividades simuladas têm foco no desenvolvimento de habilidades técnicas e para que seja bem-sucedida é necessário que o participante tenha conhecimento teórico apurado para alcançar melhor

desempenho (MACEDO et al., 2018). Essas estratégias visam inserir os participantes no processo de aprendizagem por meio de uma prática assistida e orientada. No contexto educativo, a simulação pode ser definida como uma situação criada para permitir que pessoas experimentem a representação de um evento real, com o propósito de praticar, aprender, avaliar, testar ou entender sistemas ou ações humanas (FERREIRA et al., 2018). Ambientes simulados permitem que seus participantes desenvolvam suas atividades práticas de forma controlada, até que alcancem domínio e competência para executá-las em seu fazer laboral. Isso contribui para fortalecer a segurança do paciente, minimizando as chances de erros e fortalecendo os saberes em saúde (MACEDO et al., 2018). **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com dados da atividade de simulação realística de atendimento às vítimas de acidente de trânsito, realizado na Cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, no ano 2019. Foram incluídos no estudo os alunos regularmente matriculados em cursos de graduação e pós-graduação de uma Instituição de Ensino Superior pública e profissionais que atuam em Serviços de Atendimento Pré-hospitalar da Cidade de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais, provenientes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (CBMMG), designados pelo Centro de Comando Operacional. Para a simulação, objeto deste estudo, foi montado um cenário de acidente automobilístico, no estacionamento do campus universitário, simulando o atropelamento de transeunte usuário de patinete que estava usando o celular. Diante da cena, os profissionais do SAMU e do CBMMG atuaram na avaliação da segurança e sinalização, no desencarceramento (realizado exclusivamente por profissionais do CBMMG) e no atendimento conjunto às vítimas. Ao término dessas etapas, todos os participantes e docentes coordenadores da ação dialogaram sobre as atividades realizadas como forma de compartilhamento, aprendizado coletivo, por meio da discussão do trabalho desenvolvido em equipe, em um formato do tipo *Debriefing*. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de questionário e as análises descritivas foram expressas em número absoluto e porcentagens (%) e processadas no programa estatístico *Data Analysis and Statistical Software* versão 14. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino Superior responsável pelo estudo, sob o parecer nº. 2.809.908, CAAE nº 94043218.0.0000.5149. **Resultados e discussão:** Participaram da simulação e conseqüentemente do estudo 30 indivíduos, sendo 12 homens (40%) e 18 mulheres (60%), com mediana de 30 anos. Quanto à formação, 76% (n= 23) tinham ensino superior, 13,33% ensino médio (n= 4) e 3,33% (n= 1) especialização. Em relação ao curso frequentado, 63, 64% (n= 14) cursavam Gestão de Serviços de Saúde, 22,73% (n= 5) Enfermagem, 4,55% (n= 1) Medicina e 9,09% (n= 2) o curso de Mestrado Profissional e Gestão de Serviços de Saúde. Dos profissionais de saúde, 63,64% eram do CBMMG e 36,36% do SAMU. O tempo de atuação foi de: 50% com 5 ou menos anos de atuação, 25% de 6 a 10 anos e 25% com 11 ou mais anos (Tabela 1). No que se refere à avaliação geral da simulação, 76,67% (n= 23) dos participantes avaliaram como excelente, 20% (n= 6) como bom e 3,3% (n=1) como regular. A categoria ruim não teve observações (Figura 1). A partir da análise dos dados obtidos notou-se o posicionamento da simulação como instrumento capaz de proporcionar uma metodologia dinâmica e eficiente, principalmente quando aplicada no contexto dos cursos de saúde (MESQUITA et al., 2020; LÁZARO; SATO; TEZANI, 2018). As dificuldades apresentadas quanto à participação e atuação durante a simulação foram: 43,33% incompatibilidade de horários, 6,67% trabalhar em equipe, 6,67% tomar decisões e 16,67% apresentaram outras dificuldades (Tabela 2). Percebe-se a importância da inserção de metodologias ativas no processo de ensino aprendizagem. A aplicação de práticas diferenciadas no contexto do ensino corrobora para adoção de estratégias que vincule o ensino, a pesquisa e a extensão (HAIASHIDA; MAIA, 2018; MACEDO et al., 2018). As respostas dadas pelos participantes para os elementos favoráveis na simulação incorporaram: vivência prática; tipo de atendimento pré-hospitalar, sendo esses a avaliação primária e primeiros socorros; trabalho

em equipe; organização do cenário; similaridade com a realidade; busca por parcerias; sincronismo; simulação realística com participação da imprensa e população; trabalho entre diversas instituições; alinhar conhecimento teórico-prático; gestão do simulado e tomada de decisão (Tabela 3). A simulação, diferente da metodologia clássica aplicada nas salas de aulas, exige um preparo dos participantes e do ambiente para que o objetivo seja alcançado (MESQUITA et al., 2020; MACEDO et al., 2018). No contexto desse simulado sobre atendimento às vítimas de agravos em trânsito, um ponto importante é a possibilidade de trabalhar as diferentes atividades exercidas pelos mais variados serviços de saúde, como o SAMU e o CBMMG, de modo integrado (HAIASHIDA; MAIA, 2018). Além disso, a prática da simulação corrobora para o desenvolvimento e manutenção de competências essenciais para os profissionais dos serviços de saúde como o trabalho em equipe (FERREIRA et al., 2018). **Conclusões:** Nota-se a importância da realização de simulação como metodologia educacional ativa e capaz de integrar a teoria com a prática. Por meio da simulação a inserção de atividades práticas em cenários reais, em ambientes de baixo risco, proporciona a facilitação da assimilação do conteúdo teórico, o entendimento mais amplo dos conceitos e desenvolvimento de habilidades para realização prática de um protocolo ou atividade, o que favorece consideravelmente a aprendizagem significativa. As limitações deste estudo estão relacionadas à sua realização em uma única instituição de ensino superior, contudo, não foram identificados comprometimentos para o desfecho final de seus resultados. Para futuros estudos sugere-se realizar simulações em cenários distintos e, assim, analisar os resultados também de âmbito qualitativo, de forma a fomentar novas reflexões.

PALAVRAS-CHAVE: Ensino; Aprendizagem; Exercício de simulação; Educação em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, 2018. 73 p.

FERREIRA R.P.N., et al. Simulação realística como método de ensino no aprendizado de estudantes da área da saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 8, 2018.

HAIASHIDA K.A.; MAIA R.H.C. Educação Permanente em saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Graduação/Pós-Graduação em Educação**, v. 14, n. 4, p. 1-25, 2018.

KANEKO R.M.U.; LOPES M.H.B.M. Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

LÁZARO A.C.; SATO M.A.V.; TEZANI T.C.R. Metodologias ativas no ensino superior: o papel do docente no ensino presencial. **Anais.... Congresso Internacional de Educação e Tecnologias**, 2018.

MACEDO K.D.S. et al. Active learning methodologies: possible paths to innovation in health teaching. **Revista da Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, 2018.

MESQUITA L.M., et al. Estratégias de Educação Permanente na Avaliação das Equipes de Saúde da Família: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, 2020.

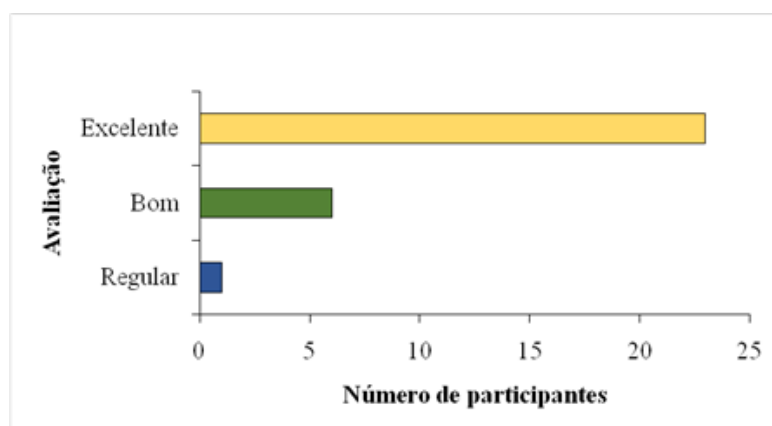
APÊNDICES

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes (n=30), Belo Horizonte, 2019.

Variável	n*	%
Sexo		
Masculino	12	40,00
Feminino	18	60,00
Idade (mediana)	30	25,50
Formação		
Ensino médio	4	13,33
Superior	23	76,67
Especialização	1	3,33
Não respondeu	2	6,67
Alunos do Curso		
Gestão de Serviços de Saúde	14	63,63
Enfermagem	5	22,73
Medicina	1	4,55
Mestrado Profissional e Gestão de Serviços de Saúde	2	9,09
Períodos do curso		
1°		
2°	1	6,25
3°	0	0,00
4°	3	18,75
5°	2	12,50
6°	0	0,00
7°	0	0,00
8°	2	12,50
9°	7	45,75
Profissionais de saúde	1	6,25
SAMU	4	36,36
Tempo de atuação dos profissionais de saúde		
≤5 anos	4	50,00
6 a 10 anos	2	25,00
≥11 anos	2	25,00

*Análises processadas no programa estatístico *Data Analysis and Statistical Software (Stata)* versão 14.
 Fonte: Elaboração própria dos autores de acordo com os dados da pesquisa, 2019.

Figura 1 - Avaliação geral da simulação pelos participantes, (n=30), Belo Horizonte, 2019.



*Análises processadas no programa estatístico *Data Analysis and Statistical Software (Stata)* versão 14.
Fonte: Elaboração própria dos autores de acordo com os dados da pesquisa, 2019.

Tabela 2 - Dificuldades apresentadas pelos participantes na simulação (n=30), Belo Horizonte, 2019.

Variável	n*	%
Horários	13	43,33
Trabalhar em equipe	2	6,67
Tomar decisões	2	6,67
Outros	5	16,67

*Análises processadas no programa estatístico *Data Analysis and Statistical Software (Stata)* versão 14.
Fonte: Elaboração própria dos autores de acordo com os dados da pesquisa, 2019.

Tabela 3 - Elementos favoráveis na simulação segundo os participantes (n=30), Belo Horizonte, 2019.

Variáveis	n*	%
A vivência prática integrando as equipes do SAMU e Bombeiros, cada uma com suas competências.	1	4,17
Atendimento; Avaliação Primária; Primeiros Socorros.	5	20,83
Trabalho em equipe e organização do simulado.	5	20,83
Similaridade com a realidade, ver de fato profissionais atuantes realizando a resolutividade	1	4,17
Trabalho em equipe e busca por parcerias	1	4,17
Trabalho em equipe e sincronismo	1	4,17
A simulação ter sido bem realista, com participação de imprensa e população torna a atividade e o aprendizado maior	1	4,17
Trabalho em conjunto com equipes diversas tanto da própria instituição quanto com outras instituições	1	4,17
Alinhar o conhecimento teórico com a prática	2	8,33
Realidade da cena, esta foi muito bem elaborada	3	12,5
Desencarceramento, bem como avaliação primária	1	4,17
Gestão do simulado, tomada de decisão em situação de urgência/emergência	1	4,17

*Análises processadas no programa estatístico *Data Analysis and Statistical Software* (Stata) versão 14.

Fonte: Elaboração própria dos autores de acordo com os dados da pesquisa, 2019.

ABSENTEÍSMO NO SETOR PÚBLICO: ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL PÚBLICO ESTADUAL

Thaís dos Santos Gomes; Mestre em Saúde Pública (UFMG), Administradora Pública (Fundação João Pinheiro) e Enfermeira (UFMG); Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

Richardson Warley Siqueira Luzia; Mestre Profissional em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG; Especialista em Enfermagem do Trabalho e Enfermeiro graduado; pelo UNILESTE – MG; Professor do MBA da PUC MINAS; Enfermeiro do Trabalho pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: O presente trabalho se debruça sobre o tema do absenteísmo no setor público estadual. Trata-se de um estudo de caso de um hospital público estadual voltado para o atendimento em saúde mental. O hospital alvo da pesquisa está intitulado neste trabalho como Hospital Público Estadual Ômega (HPEO), a fim de garantir o seu anonimato. Ao analisar os índices de absenteísmo de todas as unidades hospitalares, observa-se o HPEO apresenta níveis de absenteísmo acima da média de todos os hospitais verificados em conjuntos. A principal causa atribuída às ausências previstas, no HPEO, são as férias regulamentares, sendo que a maior ocorrência desse evento acontece nos meses de janeiro e dezembro, respectivamente. Além das férias regulamentares, entre as ausências previstas, destacam-se ainda as folgas compensativas e as férias prêmio. No que se refere às ausências não previstas, destacam-se as licenças médicas e as faltas injustificadas, respectivamente. Diante o exposto, verifica-se que o HPEO caracteriza-se por apresentar taxas de absenteísmo não previsto acima dos índices considerados aceitáveis pelos organismos internacionais. Dentre os motivos para a ocorrência do absenteísmo nesta unidade, destacam-se, principalmente, as férias regulamentares, as licenças médicas e as faltas injustificadas. **Objetivo:** Verificar as condições geradoras de absenteísmo no Hospital Público Estadual Ômega, tendo em vista o planejamento de ações voltadas para a qualidade dos serviços prestados e a saúde dos trabalhadores. **Referencial Teórico:** O absenteísmo é caracterizado pela ausência física do indivíduo no ambiente de trabalho, sendo dividido pela literatura em cinco tipos: legal, voluntário, compulsório, por doença e por patologia profissional. Outra classificação utilizada divide o absenteísmo em dois tipos: previsto e não previsto. O absenteísmo previsto engloba o legal, uma vez que se trata de faltas amparadas na legislação trabalhista, como as férias, as férias prêmio e a licença gala, por exemplo. Por outro lado, o absenteísmo não previsto refere-se aos tipos voluntário, caracterizado pelas faltas injustificadas; por doença; por patologia profissional; e compulsório; além da licença nojo, que apesar de prevista legalmente, é um evento imprevisível. A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que o índice de absenteísmo não ultrapasse 1,4% (GARVÃO, 2021). Entretanto, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) sugere um índice de absenteísmo de 2,5% (BÊE; RECKEASCARI; 2019). Sendo que a OIT (1999 apud BERNSTORFF; ROSSO, 2008, p. 3) recomenda a exclusão de férias e folgas do cálculo do absenteísmo por considera-las previsíveis e programáveis. Esse entendimento da OIT corrobora com o entendimento de Chiavenato (1994, p.119) acerca do absenteísmo. Segundo o autor, as ausências motivadas por desemprego, doença prolongada ou licença legal não devem ser contabilizadas como absenteísmo. Portanto, as ausências legais estariam de fora do cálculo do absenteísmo. Contudo, o estudo de Fonte-Bôa, Neto e Gonçalves (2021) demonstra que o absenteísmo legal é usado como estratégia para que o funcionário possa lidar com a insatisfação no trabalho. O absenteísmo está relacionado a aspectos legais trabalhistas; a fatores

psicossociais e econômicos ou mesmo ao ambiente de trabalho, trazendo inúmeros impactos tanto para a vida dos servidores quanto para as organizações. Pode provocar perdas de produtividade importantes para as organizações, aumentando os custos de produção. Além desses gastos, destacam-se aqueles decorrentes da folha de pagamento de pessoal, quando são contratados substitutos. Do contrário, quando não é contratado outro funcionário, constata-se uma sobrecarga dos demais colaboradores da unidade que terão de trabalhar dobrado para atenderem às demandas, aumentando as chances desses funcionários adoecerem em decorrência da sobrecarga de trabalho, do maior nível de estresse, da pressão de chefes, entre outros fatores; alimentando um círculo vicioso de adoecimento no ambiente de trabalho. Ressalta-se que a escolha por um hospital voltado para a assistência à saúde mental se justifica, além dos seus índices aumentados de absenteísmo, pelo aumento progressivo dos transtornos mentais descrito na literatura, em países em desenvolvimento, com grandes repercussões sociais e econômicas (SANTOS *et al.*, 2019) e poucos estudos nessa área voltados ao absenteísmo. Assim, conhecer os determinantes do absenteísmo no setor público permite desenvolver estratégias de gestão voltadas para a queda dos índices desse evento, reduzindo, conseqüentemente, as faltas injustificadas, o adoecimento decorrente do ambiente e das condições de trabalho e, os fatores adversos às ausências previstas mal gerenciadas. **Método:** Trata-se de estudo de natureza qualitativa com realização de entrevista semiestruturada. Quanto à escolha do objeto de estudo, adotou-se o estudo de caso único: HPEO. As unidades de análise são os profissionais de saúde, técnicos, administrativos e gestores que trabalham no HPEO, das cinco carreiras atuantes nesse hospital. Os dados foram analisados por meio da técnica análise de conteúdo, modalidade categorial temática, modelo misto. **Resultados e Discussão:** Os resultados encontrados evidenciam questões como sobrecarga de trabalho; ausência de uma postura mais rígida por parte da direção do hospital em relação àqueles profissionais que não seguem as normas da organização; falta de capacidade de substituição de servidores que não correspondem às expectativas do hospital; desconhecimento dos gestores acerca dos fatores associados à ocorrência do absenteísmo ou sobre as formas de mitigá-lo na esfera das microações; conflitos presentes potenciais geradores de adoecimento e o reconhecimento por parte de gestores de que as deficiências do ambiente impactam o emocional dos servidores, causando desmotivação. Constata-se que as ausências previstas, como férias regulamentares, podem ser utilizadas como mecanismo de fuga à situação conflitante e que a comunicação apresenta-se como principal estratégia para solucionar conflitos. Além disso, são evidenciados aspectos como a dificuldade dos gestores para gerenciar conflitos; a exposição das equipes assistenciais, em especial, os profissionais da enfermagem que se mostram vulneráveis aos problemas decorrentes da estrutura física inadequada; a defasagem dos salários dos servidores e a ausência de estímulo financeiro para capacitação profissional, assim como falta de valorização do funcionário capacitado. A aposentadoria é postergada pelos servidores em decorrência das perdas salariais; o perfil da unidade, serviço de saúde voltado para a saúde mental, contribui para a ocorrência de agressões aos profissionais de saúde, principalmente àqueles assistenciais, favorecendo o adoecimento. Observa-se também que os servidores mais suscetíveis à desmotivação ou que se encontram em alguma medida desmotivados são os profissionais de áreas técnicas, administrativas e profissionais de enfermagem devido à questão do ambiente, dos conflitos e da falta de plano de carreira. Assim, a sobrecarga de trabalho, os conflitos, as falhas de comunicação, o ambiente de trabalho inadequado e a falta de plano de carreira são fatores que geram desmotivação no trabalhador e/ou propiciam o adoecimento, favorecendo o absenteísmo. Outros impactos no serviço público são observados como a descontinuidade do serviço; perda de produtividade; baixa qualidade de vida no trabalho e piora da qualidade do serviço prestado. Cabe destacar que o índice de absenteísmo no HPEO pode subir ainda mais, caso os gestores do hospital adotem posturas no sentido de regularizar o gozo das férias prêmio dos servidores. **Conclusões:** Diante desse cenário, apresentam-se sugestões para reduzir o índice de

absenteísmo no hospital, tendo em vista a melhoria da gestão desse indicador, o alcance de maior grau de qualidade de vida no trabalho, a saúde dos trabalhadores e a melhoria da qualidade do cuidado ofertado aos pacientes. Recomenda-se o desenvolvimento de estratégias como a revisão das metas e dos indicadores organizacionais; o cumprimento da obrigatoriedade de conceder as férias prêmio aos servidores aptos ao gozo desse direito; a revisão do processo das avaliações de desempenho e a realização de capacitações voltadas para gestores visando o gerenciamento do absenteísmo, incluindo a gestão de conflitos e o desenvolvimento de competências de lideranças. No que se refere às capacitações, considera-se que se trata de uma das estratégias com maior capacidade de impacto sobre os níveis aumentados de absenteísmo verificado. Nesse sentido, é possível que essas sejam desenvolvidas no âmbito de toda a administração central do hospital HPEO, beneficiando todas as unidades hospitalares administradas. Outrossim, acredita-se ser possível o desenvolvimento dos cursos em parceria com Universidades. Ressalta-se que o órgão que administra HPEO possui programas em execução com potencial para atuar sobre os fatores causadores de absenteísmo encontrados nesse estudo. Entretanto, esses programas parecem subutilizados, como o programa de apoio ao gerenciamento de conflitos e programa voltado ao apoio psicológico de profissionais. O fortalecimento dessas ações pode contribuir para uma maior qualidade de vida no trabalho dos profissionais, bem como para a redução dos índices de absenteísmo no hospital. É importante que sejam realizados esforços por parte da alta gestão do HPEO visando o planejamento da força de trabalho, tendo em vista o dimensionamento de pessoal considerando as necessidades presentes e futuras da organização, avaliando as aposentadorias previstas para os próximos anos. No que diz respeito à abertura de concursos públicos na organização, sugere-se estipular um quantitativo de vagas como cadastro reserva para aquelas decorrentes de possíveis aposentadorias futuras. Torna-se necessário também, uma maior divulgação da existência do serviço de mediação de conflitos, disponibilizado pelo setor de Segurança e Saúde do Trabalhador para os funcionários operacionais de todo o hospital, além de melhor planejamento das obras e dos processos de compras, a fim de evitar o desperdício de recursos públicos tendo que refazer obras ou recomprar frequentemente materiais de baixa qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Absenteísmo; Administração Pública; Serviços de Saúde; Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

BÊE, Ana Paula; RECK, Ana Cristina; ASCARI, Rosana Amora. Absenteísmo no ambiente hospitalar: uma análise da prevalência e custos envolvidos. In: 29ª Semana de Iniciação Científica, Santa Catarina. **Anais [...]**. Universidade do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina, 2019.

BERNSTORFF, Vitor Hugo; ROSSO, Sadi Dal. O absenteísmo ao trabalho como forma de resistência individual à intensificação do trabalho, à insatisfação profissional e ao estresse ocupacional. In: XXXII Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro. **Anais[...]**. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. Rio de Janeiro, 2008.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos**. São Paulo, SP: Atlas, 1994.

FONTE-BÔA, Ana Lucrécia; NETO, Mario Teixeira Reis; GONÇALVES, Carlos Alberto. Absenteísmo legal e os recentes desafios de gestão: um estudo multicaso em três concessionárias de energia elétrica brasileiras. **REUNA**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 83-100, 2021. Disponível em:

<https://revistas.una.br/reuna/article/view/1253>. Acesso em: 29 set. 2022.

GARVÃO, Rodrigo Fraga et al. Absenteísmo e produção de dendê na Amazônia: trabalho e qualidade de vida em Tomé-açu/PA. **Nova Revista Amazônica**, [s.l.], v. 9, n. 3, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/nra/article/view/11722>. Acesso em: 29 set. 2022.

NETO, Alonso Dias Marques. **Absenteísmo nas empresas**. 2006. 42 f. Monografia (Bacharelado em Administração) - Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2006.

SANTOS, Gustavo de Brito Venâncio dos *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [s.l.], v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/B4xZbzc6ZLt5ghsdXJq9gf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 set 2022.

BARREIRAS DE ACESSO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PROPOSIÇÃO DE UMA ESCALA

Adriane Vieira; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde da EE-UFMG

Isadora Oliveira Gondim; Graduada; Curso de Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da EE-UFMG

Pollyana Teixeira de Aguiar; Graduada; Curso de Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da EE-UFMG

Patrícia Lourdes Silva; Mestre; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde da EE-UFMG

Maria Clara Rodrigues de Paula; Mestranda; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde da EE-UFMG

RESUMO

Introdução: A deficiência consiste, de forma temporária ou permanente, na perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica (AMIRALIAN *et al.*, 2000). A acessibilidade é um direito essencial na vida das pessoas com deficiência, possibilita a construção de valores sociais e individuais, permite interação com o meio, viabiliza a comunicação com o mundo, elimina obstáculos. A falta de acessibilidade ocasiona muitas vezes perturbações de estímulos e comportamento, que contribui para a exclusão social, impossibilitando o exercício da cidadania (PEREIRA *et al.*, 2011). De acordo com a Constituição de 1988, a saúde é direito de todos e dever do estado. Apesar disso, o acesso e o atendimento de sujeitos com deficiência ainda são afetados por diversas barreiras. **Objetivo:** O objetivo da pesquisa foi descrever qual a percepção das pessoas com deficiência sobre as barreiras encontradas nos acessos aos serviços de saúde públicos e/ou privados brasileiros por alunos matriculados na UFMG e atendidas Núcleo de Acessibilidade e Inclusão (NAI). **Referencial teórico:** As pessoas com deficiência sempre foram objeto de exclusão da sociedade, de segregação e mesmo de abusos. Este grupo refere uma maior dificuldade em conseguir solucionar os problemas de saúde em comparação a pessoas sem deficiência, bem como o acesso aos serviços de saúde se torna mais difícil (CONDESSA *et al.*, 2020). As barreiras de acesso aos serviços de saúde impostas a essas pessoas podem ser classificadas em: arquitetônicas, organizacionais, socioeconômicas, transporte público e privado, urbanísticas, nas comunicações e informação, e relacionais (BRASIL, 2015). Tais barreiras não comprometem o acesso exclusivamente das pessoas com deficiência, mas tendem a ser mais graves para essa parcela da população (MARQUES *et al.*, 2018). Visando melhorar a acessibilidade e inclusão dos deficientes na sociedade, dentro do perfil sociodemográfico da população é importante que as políticas e planejamento de ações, considerem os determinantes sociais de saúde (DSS), que de acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que têm potencial de influenciar na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). As pessoas com deficiência necessitam de cuidados especiais em saúde, e a falta de estrutura da sociedade é um dificultador para os tratamentos de saúde. **Método:** Este é um estudo descritivo, de

natureza quantitativa, do tipo *survey*, que teve como alvo os estudantes de graduação matriculados na UFMG e atendidos pelo Núcleo de Acessibilidade e Inclusão (NAI). A população do estudo foi composta por 741 alunos com deficiência, cadastrados no Núcleo de Acessibilidade e Inclusão da Universidade Federal de Minas Gerais (NAI-UFMG). Como critérios de inclusão somente os alunos com mais 18 anos foram convidados a preencher o questionário. Foram excluídos os alunos que na época da pesquisa não tinham acesso à internet. A escala utilizada para a coleta de dados foi inserida em formulário elaborado no Google Forms, e disponibilizado através de um *link* gerado pela ferramenta, para acesso ao instrumento e inserção das respostas. O primeiro bloco continha questões fechadas e de múltipla escolha, referentes às barreiras encontradas ao utilizar os serviços de saúde. O último bloco continha questões sociodemográficas. O NAI/UFMG enviou por *mailing list*, na forma de lista oculta, uma mensagem para todos os alunos cadastrados no seu sistema, convidando-os a participarem da pesquisa. O convite para a participação na pesquisa foi encaminhado três vezes, com intervalo de 15 dias, mas infelizmente obteve-se apenas 48 respostas, ou seja, 6,47% da população, o que impediu a validação estatística da escala, conforme desejado. A pesquisa foi submetida a aprovação pelo Comitê de Ética da UFMG, sob o CAAE: 57776122.5.0000.5149. Todos os respondentes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), eletrônico. As questões foram analisadas através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), calculando-se a frequência das respostas, e foi utilizado como apoio o *software Microsoft Excel*. **Resultados e discussão:** Dos 48 alunos que participaram da pesquisa, 31% possuíam deficiência física, 29% (14) condição neuroatípica, 17% deficiência visual, 8% deficiência mental, 8% deficiência múltipla, e 6% deficiência auditiva. Sobre a origem, 75% eram congênitas e 25% adquiridas. Com relação ao gênero 50% correspondiam ao sexo feminino, 42% ao sexo masculino e 8% preferiram não se declarar. Dos respondentes 56% possuíam plano de saúde, e quando necessitavam de atendimento em saúde 50% recorriam primeiramente ao SUS, 44% buscavam os planos de saúde e 6% pagavam pelo serviço no momento da utilização. No apêndice encontram-se as Tabelas contendo as respostas sobre as principais barreiras de acesso enfrentadas pelos alunos. Quanto à presença de barreiras de acesso 45,8% responderam que elas foram encontradas quando procuraram os serviços de saúde. As principais foram: arquitetônicas e organizacionais (39,6% cada). A principal barreira do tipo arquitetônica identificada foi: ‘calçadas inadequadas, desniveladas, sem rebaixamentos e com degraus e buraco’ (18,8%). A organizacional foi: ‘falta de informações sobre os serviços’ (33,3%). A principal barreira atitudinal/psicológica foi: ‘profissionais sem paciência para atender as pessoas com deficiência’ (38,7%). A socioeconômica foi: ‘dificuldade minha ou de minha família de adquirir consultas e exames’ (29,2%). A de transporte foi: ‘ausência de assentos reservados para as pessoas com deficiência e para seus acompanhantes’ (20,8%). A urbanística também foi: ‘calçadas inadequadas’ (20,8%). As de relacionamento foram: ‘falta de confiança da pessoa com deficiência em relação ao serviço prestado pelo profissional de saúde’; e ‘falta de empatia do profissional de saúde para com o deficiente e sua família’ (16,7% cada). A de comunicação foi: ‘sites dos serviços de saúde sem recursos de acessibilidade para deficientes visuais e/ou auditivos’ (14,6%). Conforme Condessa *et al.* (2020), o acesso aos serviços de saúde é resultante da interação de elementos das características individuais e dos serviços. O lugar em que se vive, os recursos disponíveis, a localização das instalações de saúde e seus custos são fatores que interferem no acesso aos cuidados de saúde. França *et al.* (2016), alertam que a precária infraestrutura urbana dos serviços públicos nos territórios, violência local, ausência de transporte público acessível, falta de profissionais e equipamentos para continuidade dos cuidados, são outros determinantes sociais que tornam o acesso universal à saúde bastante difícil, provando desestímulo na busca por assistência. **Conclusão:** As principais foram: arquitetônicas e organizacionais, especialmente calçadas inadequadas e falta de informações sobre os serviços. Essas barreiras geram exclusão social, por isso, é necessário que

os gestores de saúde incluem no planejamento estratégico, ações capazes de responder às necessidades dos cidadãos.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Pessoas com deficiência; Serviços de saúde; Satisfação; Qualidade.

REFERÊNCIAS

AMIRALIAN, M. L. *et al.* Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 97–103, 2000.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira da Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, 2015.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CONDESSA, A.M. *et al.* Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e-200074, 2020.

FRANÇA, V.H.; CONFALONIERI, U. E. C. A multiprofessional perspective on the principal barriers to universal health coverage and universal access to health in extremely poor territories: the contributions of nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, e-2795, 2016.

MARQUES, J. F. *et al.* Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.39, e.2017-0009, 2018.

PEREIRA, L. M. F, *et al.* Acessibilidade e crianças com paralisia cerebral: a visão do cuidador primário. **Fisioterapia em Movimento**, v.24, n.2, p.299-306, 2011.

APÊNDICE

Tabela 1 – Principais barreiras de acessibilidade encontradas no acesso aos serviços de saúde

BARREIRAS DE ACESSIBILIDADE	N (%)
As barreiras de acessibilidade são quaisquer dificuldades ou obstáculos que uma pessoa com deficiência encontra em determinada situação e o impede de alcançar seus objetivos. Você encontrou alguma barreira de acesso aos serviços de saúde? Se a resposta foi sim, quais foram as barreiras de acessibilidade encontradas	9 (18,8%)
Barreiras arquitetônicas - relacionadas às limitações físicas e estruturais que impossibilitam que você transite com segurança nas instalações dos serviços de saúde.	10 (20,8%)
Barreiras organizacionais - relacionadas aos processos de trabalho, à burocracia, sobrecarga de informações e/ou informações incompletas, que impactam negativamente no atendimento da pessoa com deficiência.	10 (20,8%)
Barreiras socioeconômicas - relacionadas à própria situação socioeconômica das pessoas com deficiência e que provocam a experiência da desigualdade.	11 (22,9%)
Barreiras de transporte público e privado – relacionadas à falta de adaptações do sistema de transporte para facilitar a vida da pessoa com deficiência.	11 (22,9%)
Barreiras urbanísticas – são aquelas existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo, que prejudicam o acesso da pessoa com deficiência.	12 (25,0%)
Barreiras nas comunicações e informação - qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação.	19 (39,6%)
Barreiras relacionais - relacionadas ao vínculo entre os profissionais da área da saúde, família e pessoas com deficiência.	19 (39,6%)
Outras barreiras	22 (45,8%)

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 2 – Barreiras arquitetônicas encontradas no acesso aos serviços de saúde

BARREIRAS ARQUITETÔNICAS	N (%)
Ausência de rampas alternativas	1 (2,1%)
Inexistência de piso tátil contínuo	1 (2,1%)
Presença de rampas íngremes	3 (6,3%)
Ausência de banheiros adaptados	3 (6,3%)
Pavimentos irregulares dentro das instalações do imóvel, com existência de degraus ou outras barreiras para acesso de uma sala para outra	3 (6,3%)
Ausência de aviso sonoro para chamada do paciente e indicação do local de atendimento	4 (8,3%)
Falta de rota acessível para entrar e circular nas instalações dos serviços	4 (8,3%)
Pisos quebrados	4 (8,3%)
Ausência de corrimão nos corredores	4 (8,3%)
Pátio cheio de altos-relevos	5 (10,4%)
Iluminação e mobiliário inadequados	6 (12,5%)
Existência de degraus	8 (16,7%)
Calçadas inadequadas (sem rebaixamentos, desniveladas e com degraus)	9 (18,8%)

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 3 – Barreiras atitudinais/psicológicas encontradas no acesso aos serviços de saúde

BARREIRAS ATITUDINAIS/PSICOLÓGICAS	N (%)
Automóveis estacionados em lugares reservados para pessoas com deficiência	2 (4,2%)
Fazer brincadeiras de mau gosto que ofendem as pessoas com deficiência	5 (10,4%)
Usar linguagem pejorativa e/ou infantilizada com a pessoa com deficiência	6 (12,5%)
Falta de limpeza e conservação dos banheiros destinados às pessoas com deficiência	6 (12,5%)
Assentos reservados para as pessoas com deficiência ocupados pelos não deficientes	11 (22,9%)
Profissionais não dão resposta às informações requisitadas	12 (25,0%)
Profissionais sem paciência para atender as pessoas com deficiência	18 (37,5%)

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 4 – Barreiras organizacionais encontradas no acesso aos serviços de saúde

BARREIRAS ORGANIZACIONAIS	N (%)
Desmotivação dos funcionários em realizar os serviços	7 (14,6%)
Fluxos terapêuticos não publicizados	8 (16,7%)
Insegurança dos profissionais no manejo das pessoas com deficiência	9 (18,8%)
Ausência de qualificação para o cuidado das pessoas com deficiência	15 (31,3%)
Falta de informações sobre os serviços	16 (33,3%)

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 5 – Barreiras socioeconômicas encontradas no acesso aos serviços de saúde

BARREIRAS SOCIOECONÔMICAS	N (%)
Dificuldade minha ou de minha família de adquirir equipamentos	5 (10,4%)
Dificuldade de arcar com o custo do transporte até o serviço de saúde	6 (12,5%)
Dificuldade minha de dar continuidade ao tratamento no local de residência por falta de infraestrutura (espaço físico, falta de um familiar ou profissional para ajudar).	6 (12,5%)
Falta de um acompanhante para me ajudar a acessar o serviço de saúde e iniciar ou dar continuidade ao tratamento	7 (14,6%)
Dificuldade minha ou de minha família de adquirir medicamentos	13 (27,1%)
Dificuldade minha ou de minha família de adquirir consultas e exames	14 (29,2%)

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 6 – Barreiras de transporte encontradas no acesso aos serviços de saúde

BARREIRAS DE TRANSPORTE	N (%)
Ausência de aviso sonoro (na Estação e nas Cabines do Move, do Metrô, etc...)	1 (2,1%)
Vagões sem espaço reservado para cão-guia	1 (2,1%)
Ausência de intérpretes de libras nos Serviços de Informação das empresas de transportes	2 (4,2%)
Ausência de elevador para uso dos cadeirantes no momento de embarque e desembarque	2 (4,2%)
Falta de manutenção de elevador para uso dos cadeirantes no momento de embarque e desembarque	4 (8,3%)
Inexistência de vagas preferenciais em estacionamentos públicos e privados	6 (12,5%)
Ausência de assentos reservados para as pessoas com deficiência e para seus acompanhantes	10 (20,8%)

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 7 – Barreiras urbanísticas encontradas no acesso aos serviços de saúde

BARREIRAS URBANÍSTICAS	N (%)
Obras particulares e comerciais que expõem no passeio objetos como andaimes, cadeiras, mesas, lixeiras, tapumes e outros, obstruindo a passagem das pessoas com deficiência	4 (8,3%)
Rampas inadequadas	5 (10,4%)
Inexistências de vagas preferenciais em estacionamentos	6 (12,5%)
Falta de piso tátil contínuo nas calçadas	6 (12,5%)
Objetos, construções ou reformas mal projetadas que dificultam o acesso e passagem	8 (16,7%)
Papeleiras, semáforos, quiosques, árvores, cabines de transportes públicos entre outros em passeios e calçadas, impedindo a passagem das pessoas com deficiência	8 (16,7%)
Calçadas inadequadas, desniveladas, sem rebaixamentos e com degraus e buracos	10 (20,8%)

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 8 – Barreiras relacionais encontradas no acesso aos serviços de saúde

BARREIRAS RELACIONAIS	N (%)
Falta de segurança do profissional de saúde em relação aos procedimentos e encaminhamentos das pessoas com deficiência	5 (10,4%)
Falta de vínculo entre os profissionais e a pessoa com deficiência e sua família	6 (12,5%)
Falta de confiança da pessoa com deficiência em relação ao serviço prestado pelo profissional de saúde	8 (16,7%)
Falta de empatia do profissional de saúde para com o deficiente e sua família	8 (16,7%)

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 9 – Barreiras de comunicação encontradas no acesso aos serviços de saúde

BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO	N (%)
Ausência de intérpretes de libras nos serviços de saúde	2 (4,2%)
Ausência de informações sobre os serviços em libras nos serviços de saúde	2 (4,2%)
Imagens sem texto alternativo nos materiais informativos escritos e/ou eletrônicos dos serviços de saúde	3 (6,3%)
Vídeos sem legenda e linguagem de libras em sites dos serviços de saúde	5 (10,4%)
Fontes muito pequenas e idioma da página não declarado no código-fonte dificultando ou impossibilitando a navegação dos usuários com alguma deficiência dos serviços de saúde	6 (12,5%)
Sites dos serviços de saúde sem recursos de acessibilidade para deficientes visuais e/ou auditivos	7 (14,6%)

Fonte: elaborado pelos autores.

DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE GESTÃO DO ABSENTEÍSMO INSTITUCIONAL EM UMA ORGANIZAÇÃO PÚBLICA MINEIRA

Richardson Warley Siqueira Luzia; Mestre Profissional em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG; Especialista em Enfermagem do Trabalho e Enfermeiro graduado; pelo UNILESTE – MG; Enfermeiro do Trabalho pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

Thaís dos Santos Gomes; Mestre em Saúde Pública, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, Administradora Pública e Enfermeira; Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: Trata-se de relato de experiência em uma Organização Pública Mineira que presta serviços de assistência hospitalar no Estado de Minas Gerais. A Organização, criada em 1977, administra 20 unidades hospitalares. Dessas, 13 são hospitais de média e alta complexidade, referência para diversas especialidades. Além disso, trabalham na Organização mais de 13 mil profissionais que prestam assistência, exclusivamente, ao Sistema Único de Saúde - SUS. Trata-se de uma das maiores gestoras de hospitais públicos do país, buscando ser reconhecida, como referência, no atendimento de média e alta complexidade associado à eficiência de sua gestão.

Objetivo: Apresentar instrumento de gestão desenvolvido na Organização, a fim de facilitar e garantir uma gestão assertiva do absenteísmo na Organização e, contextualizar a temática à luz da literatura científica.

Referencial Teórico: O absenteísmo é caracterizado pela ausência física do indivíduo no ambiente de trabalho, justificada ou não. Couto (1982 *apud* NETO, 2006, p. 10) classifica o absenteísmo em cinco tipos: voluntário; por doença; por patologia profissional; legal e compulsório: *absenteísmo voluntário* - ausência do trabalho por razões particulares, sem justificativa médica ou amparo legal; *absenteísmo por doença* - ausências causadas por doenças diagnosticadas por médico, ou seja, com atestados médicos; *absenteísmo por patologia profissional* - ausências causadas por acidente de trabalho ou doença profissional; *absenteísmo legal* - ausências amparadas em lei, como a licença maternidade; e *absenteísmo compulsório* - ausência decorrente de ordem legal, ainda que contra a vontade do trabalhador, por exemplo, a prisão. Outra classificação utilizada divide o absenteísmo em dois tipos: previsto e não previsto. O absenteísmo previsto engloba o legal, uma vez que se trata de faltas amparadas na legislação trabalhista, como as férias, as férias prêmio e a licença gala, por exemplo. Por outro lado, o absenteísmo não previsto refere-se aos tipos voluntário, caracterizado pelas faltas injustificadas; por doença; por patologia profissional; e compulsório; além da licença nojo, que apesar de prevista legalmente, é um evento imprevisível. Para Luzia (2020), o absenteísmo é um fenômeno complexo, podendo estar relacionado com aspectos individuais de cada trabalhador, com seu ambiente de trabalho e/ou com as questões voltadas aos processos de gestão, liderança, motivação e condições estruturais e de trabalho. O fato é que a ausência do funcionário provoca distorções quando se referem ao volume e à disponibilidade da força de trabalho, impactando no funcionamento e na eficiência e a eficácia da organização (ROBBINS, 2005, p. 21). No setor público, o que normalmente se verifica é a redistribuição das atividades do colaborador ausente, entre os demais colaboradores da equipe. Diante de um cenário de necessidade da não interrupção do serviço, favorece o aumento da sobrecarga de trabalho dos demais colaboradores da equipe ou da unidade, contribuindo para maior nível de estresse; o que aliado à pressão de gestores, à complexidade do vocacionamento assistencial, aos relacionamentos com gestores e pares, aos conflitos inerentes às relações de trabalho, entre outras variáveis que cada indivíduo carrega favorece a perda da qualidade de vida no trabalho, e consequentemente, o adoecimento

do trabalhador. Assim, essa afluência de comportamentos, percebidos no cotidiano de organizações hospitalares, impactam no médio/longo prazo no comportamento das ausências não previstas, como as ausências por doença e as ausências por acidente de trabalho (LUZIA, 2020). Organizações Internacionais sugerem que o índice de absenteísmo não ultrapasse 2,5% (GARVÃO, 2021; BÊE; RECK; ASCARI, 2019). Sendo que a Organização Internacional do Trabalho - OIT (1999 apud BERNSTORFF; ROSSO, 2008, p. 3) recomenda a exclusão de férias e folgas do cálculo do absenteísmo por considerá-las previsíveis e programáveis. Assim, esses índices sugeridos levam em consideração apenas as ausências não previstas. Contudo, estudos mais recentes têm apontado que mesmo as ausências previstas, como folgas e férias regulamentares se mal geridas podem provocar impactos negativos sobre o processo de trabalho e a qualidade de vida no trabalho dos funcionários, retroalimentando o círculo de adoecimento do trabalhador. Estudo de Fonte-Bôa, Neto e Gonçalves (2021) demonstra que o absenteísmo legal é usado como estratégia para que o funcionário possa lidar com a insatisfação no trabalho. Sendo assim, é fundamental avaliar o comportamento do absenteísmo institucional em sua totalidade, buscando compreender as motivações das ausências, enquanto mecanismo de gestão tanto das ausências previstas, quanto das ausências não previstas. **Método:** Foram realizados estudos da literatura acerca do absenteísmo e de instrumentos capazes de garantir o acompanhamento dos índices de absenteísmo na Organização de forma mais assertiva, dinâmica e eficiente; a fim de permitir o controle gerencial, bem como, a gestão das ausências. Foi ainda encomendada, no ano de 2022, a realização de pesquisa de campo qualitativa em uma das Unidades da Organização. Tratou-se de um Estudo de Caso. Os resultados da pesquisa mostraram que o perfil da unidade e as condições do ambiente, principalmente estrutura física precária e falta de materiais, corroboram para o adoecimento de profissionais de enfermagem (GOMES, 2022), dando subsídios à Organização para a melhor gestão do indicador na instituição. **Resultados e Discussão:** Nessa toada, visando tornar os dados relativos ao absenteísmo mais acessíveis, transparentes e tempestivos, a Organização desenvolveu um painel em Power Bi, com análise dos dados, a partir de janeiro de 2023, que permite visualizar os índices de absenteísmo previsto e não previsto em horas mensais e percentuais por unidade, por faixa etária, por vínculo, por carreira e por função. É possível visualizar, ainda, os índices de *turnover* por unidade e mês (FIGURA 1, FIGURA 2, FIGURA 3, FIGURA 4, FIGURA 5, FIGURA 6). A respeito da interpretação dos dados, destaca-se a importância de gerenciar tanto o absenteísmo previsto, quanto o absenteísmo não previsto, visto que as ausências previstas, como férias regulamentares, são as principais causadoras de absenteísmo e, se mal geridas, podem levar à sobrecarga de trabalho e ao aumento do nível de estresse, favorecendo a perda de produtividade e de qualidade do cuidado ofertado; afetando no médio/longo prazo a qualidade de vida do servidor, bem como contribuir para a ocorrência de acidentes de trabalho e adoecimentos na instituição. Além disso, as ausências previstas podem ser utilizadas como mecanismo de fuga a situações conflitantes na relação entre gestores e suas equipes. As quais, quando presentes, são potenciais causadoras de adoecimento. Outrossim, faz-se necessário considerar outros aspectos que se relacionam à ocorrência de absenteísmo, além da sobrecarga de trabalho e de conflitos. As falhas de comunicação, o despreparo de gestores para lidar com situações conflitantes, o amadurecimento nos processos de trabalho, bem como o ambiente de trabalho inadequado e os planos de carreira deficientes são fatores que geram desmotivação no trabalhador/gestor, proporcionando o surgimento do processo de adoecimento. **Conclusões:** Diante o exposto, verifica-se que o gerenciamento dos índices de absenteísmo previsto e não previsto nas unidades da Organização é essencial para o desenvolvimento de alternativas no âmbito da gestão, a fim de mitigar o índice das ausências previstas com ênfase na gestão de escala de férias regulamentares, bem como desenvolver ações preventivas referentes à sobrecarga de trabalho, que pode influenciar diretamente o índice de adoecimento dos colaboradores, bem como a interrupção das atividades do setor. Assim, apresentam-se

sugestões para mitigar o índice de absenteísmo institucional nas Unidades Assistenciais da Organização, tendo em vista a melhoria da gestão desse indicador, o alcance de maior grau de qualidade de vida no trabalho, a saúde dos trabalhadores e a melhoria da qualidade do cuidado ofertado aos pacientes: 1. planejamento da força de trabalho, tendo em vista o dimensionamento de pessoal considerando as necessidades presentes e futuras da organização, avaliando as aposentadorias previstas para os próximos anos; 2. maior divulgação da existência do serviço de mediação de conflitos e do programa de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) voltado ao apoio psicológico e promoção à Saúde Mental de profissionais (Acompanhar); 3. revisão do processo das avaliações de desempenho; e 4. realização de capacitações voltadas para gestores visando o gerenciamento do absenteísmo, incluindo a gestão de conflitos e o desenvolvimento de competências de liderança. O fortalecimento dessas ações pode contribuir para uma maior qualidade de vida no trabalho dos profissionais, bem como para a redução dos índices de absenteísmo na Organização. Por fim, considerando todo o exposto, pretende-se que o uso deste painel do absenteísmo institucional, forneça subsídios a gestores, a fim de garantir uma gestão assertiva e eficiente do absenteísmo na Organização, levando em consideração tanto as ausências previstas, quanto as ausências não previstas, a fim de melhorar a qualidade de vida no trabalho, bem como a assistência à saúde prestada.

PALAVRAS-CHAVE: Absenteísmo; Setor Público; Ferramentas de Gestão; Gestão de Serviços de Saúde.

REFERÊNCIAS

BÊE, Ana Paula; RECK, Ana Cristina; ASCARI, Rosana Amora. Absenteísmo no ambiente hospitalar: uma análise da prevalência e custos envolvidos. In: 29ª Semana de Iniciação Científica, Santa Catarina. **Anais [...]**. Universidade do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina, 2019.

BERNSTORFF, Vitor Hugo; ROSSO, Sadi Dal. O absenteísmo ao trabalho como forma de resistência individual à intensificação do trabalho, à insatisfação profissional e ao estresse ocupacional. In: XXXII Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro. **Anais[...]**. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. Rio de Janeiro, 2008.

FONTE-BÔA, Ana Lucrecia; NETO, Mario Teixeira Reis; GONÇALVES, Carlos Alberto. **Absenteísmo legal e os recentes desafios de gestão: um estudo multicaso em três concessionárias de energia elétrica brasileiras**. REUNA, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 83-100, 2021. Disponível em: <https://revistas.una.br/reuna/article/view/1253>. Acesso em: 29 set. 2022.

GOMES, Thaís dos Santos. **Absenteísmo no setor público: estudo de caso de um hospital público estadual**. Trabalho de Conclusão de Curso [monografia]. Graduação em Administração Pública. Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho. Belo Horizonte, 2022.

LUZIA, Richardson Warley Siqueira. **Absenteísmo por motivo de doença: estudo de caso de uma unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica do estado de Minas Gerais** [dissertação]. Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde. Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2020.

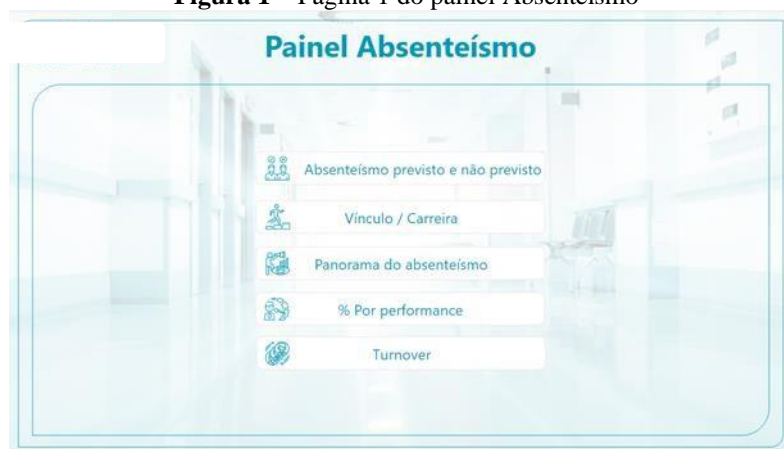
NETO, Alonso Dias Marques. **Absenteísmo nas empresas**. 2006. 42 f. Monografia (Bacharelado em Administração) - Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2006.

OIT. **Série SmartLab de Trabalho Decente: Gastos com doenças e acidentes do trabalho chegam a R\$ 100 bi desde 2012**. 2021. Disponível em: <https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_783190/lang--pt/index.htm>. Acessado em: 16 abr 2022.

ROBBINS, Stephen R. **Comportamento organizacional**. 11. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

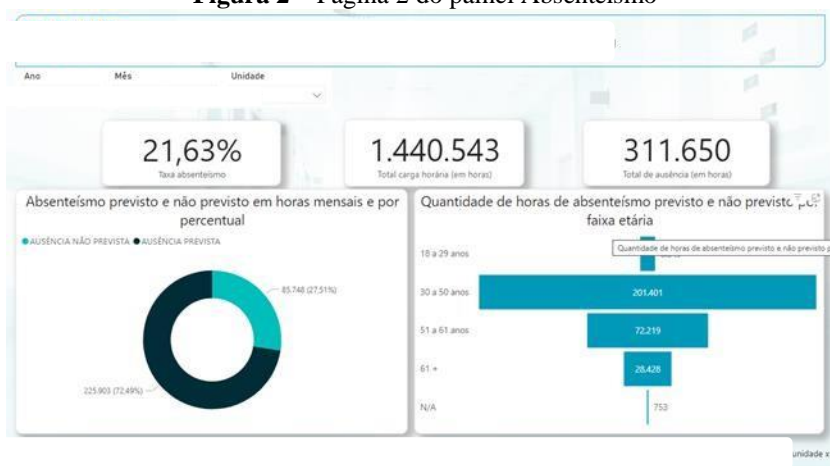
APÊNDICE – PAINEL ABSENTEÍSMO

Figura 1 – Página 1 do painel Absenteísmo



Fonte: Painel Absenteísmo. Setembro, 2023.

Figura 2 – Página 2 do painel Absenteísmo



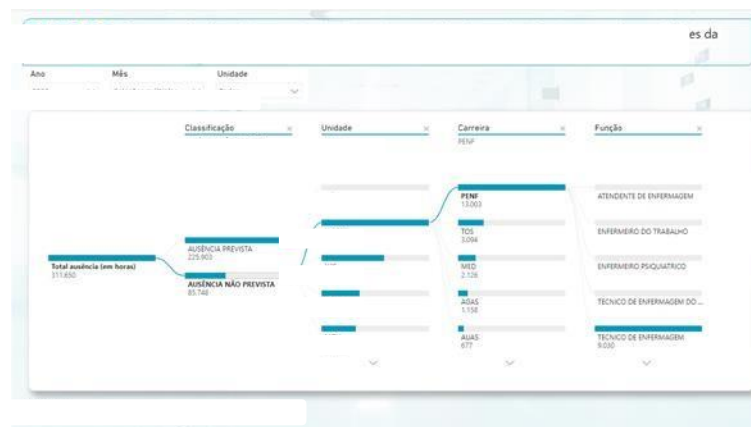
Fonte: Painel Absenteísmo. Setembro, 2023.

Figura 3 – Página 3 do painel Absenteísmo



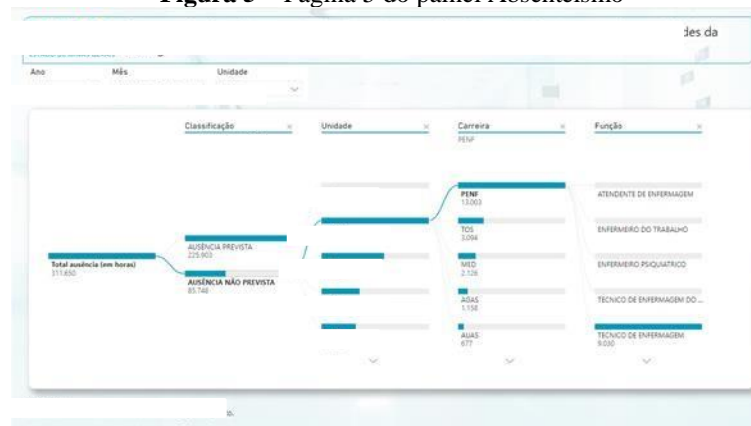
Fonte: Painel Absenteísmo. Setembro, 2023.

Figura 4 – Página 4 do painel Absenteísmo



Fonte: Painel Absenteísmo. Setembro, 2023.

Figura 5 – Página 5 do painel Absenteísmo



Fonte: Painel Absenteísmo. Setembro, 2023.

Figura 6 – Página 6 do painel Absenteísmo



Fonte: Painel Absenteísmo. Setembro, 2023.

DESENVOLVIMENTO DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS EM GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ENSINO E EXTENSÃO

Paulo Roberto Mendonça Silva; bacharel em Enfermagem; bacharel em Gestão de Serviços de Saúde; EE-UFMG

Maria Aparecida Soares da Silva; bacharela em Serviço Social; graduanda em Gestão de Serviços de Saúde; EE-UFMG

Sheila Moreira Costa Pires; graduanda em Gestão de Serviços de Saúde; EE-UFMG

Lorrainy de Sousa Santos; Gestão de Serviços de Saúde; EE-UFMG

Vanessa de Almeida; Doutorado; EE-UFMG

Kátia Ferreira Costa Campos; Doutorado; EE-UFMG

RESUMO

Introdução: A realidade dos serviços de saúde, no Sistema Único de Saúde, traz consigo vários desafios que podem ser tratados com a Educação Permanente em Saúde, procurando trazer à reflexão da prática para a busca de soluções para os problemas envolvidos. Entendemos a Educação Permanente em saúde como prática de ensino-aprendizagem, que significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos. De acordo com esse conceito, para a discussão da implementação do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde relativo à programação das ações para 2020/2021, foram desenvolvidas oficinas com trabalhadores de saúde da RMBH, envolvidos na EPS municipal. Para tanto, a equipe de Educação Permanente em Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, buscou parceria com o Laboratório de Planejamento e Gestão do Curso de Gestão de Serviços de Saúde da EEUFMG. **Objetivo (s):** objetivo geral foi desenvolver processo de Educação Permanente em Saúde para implementação de ações para o plano municipal de EPS. Os objetivos específicos foram discutir o conceito de EPS; discutir a importância do plano municipal de EPS e sua relação com o plano plurianual de saúde; refletir sobre a realidade dos serviços de saúde e suas necessidades de educação permanente; e elaborar ações para a composição da programação anual de EPS 2020/2021. **Referencial teórico:** O Ministério da Saúde em 2003 aprovou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual propõe que os processos de educação dos trabalhadores da área da saúde ocorram a partir da problematização do processo de trabalho. A Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências apresentados pelos profissionais. (BRASIL, 2007). Assim, para a qualificação profissional em um modelo que atenda às necessidades de saúde dos usuários, aposta-se na Educação Permanente em Saúde, como estratégia para as mudanças necessárias, com o objetivo de que os profissionais p ser capazes possam ser capazes de atuar criticamente em relação à realidade, transformando-a (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994; BRASIL, 2004). Portanto, considera-se que, para a organização do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) como porta preferencial, se deve dar importância à educação permanente produzida no cotidiano de serviço, valorizando a experiência e os saberes em trocas no dia a dia, podendo assim construir novas formas de interação entre serviço e a população, entre o trabalhador e o usuário (CAMPOS; MARQUES; CECCIM, ; SILVA,

2019). **Método:** de acordo com o conceito de EPS adotado, a oficina foi implementada utilizando a problematização, visando a reflexão crítica acerca da realidade dos serviços de saúde, com discussões em grupos, plenárias e complementações relativos a vazios de conhecimentos identificados no decorrer da oficina. O processo de Educação Permanente em Saúde será realizado virtualmente, para os profissionais da Superintendência Regional de Saúde da Região Metropolitana de Saúde, referências em Educação Permanente em Saúde em seus respectivos municípios. O público alvo será composto por referências técnicas da Educação Permanente em Saúde dos 39 municípios da RMBH. A ferramenta virtual será escolhida oportunamente, antes do início do processo. **Resultados e discussão:** Iniciada assessoria técnica para implantação do Núcleo de Educação Permanente do Hospital de Betim entre coordenadora do projeto, referência técnica de EPS da Superintendência Regional de Saúde de BH, gerente e Técnico do NEP Hospital de Betim. Oficina: Política de EPS em Lagoa Santa: Reflexão-ação sobre sua consolidação. Curso: Gestão da Educação Permanente em formato ensino-extensão 02 municípios envolvidos. Iniciado o processo de ativação da Educação Permanente em Saúde em Lagoa Santa e Confins, com Oficinas sobre a elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde de Lagoa Santa. Elaboração de Relatório técnico. Aplicação de instrumento para diagnóstico de necessidades educativas para a EPS em Betim/MG, em parceria ensino-serviço. Nesse processo, houve a participação de 24 alunos. Considera-se que, a visão da EPS é a força potencial para provocar a ampliação do olhar, requerendo o protagonismo dos seres em relação, num círculo de novas reflexões, novas mudanças voltadas para o modelo que melhor combine promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e agravos, e recuperação da saúde, associado à EPS como dispositivo cotidiano que produz protagonismo dos seres em relação, uma relação corresponsável como mote de atuação da equipe e constante revisão das práticas, seja pelo confronto com a experiência coletiva local, seja com a literatura, em perder a dimensão de escuta ativa dos usuário e do desenvolvimento e melhorias das práticas e técnicas da Gestão da Educação Permanente. Dessa forma, contribui para uma educação permanente a partir do cotidiano de serviço, com valorização da experiência e trocas que produzem aprendizado e mudanças, embora ainda se faça necessário maiores investimentos. Segundo CAMPOS; MARQUES; CECCIM, SILVA (2019, p. 138) “são necessários mais investimentos nos processos de educação em saúde e que o reconhecimento do cotidiano como espaço para reflexões e análises é capaz de provocar desacomodação e superação crítica, abrindo espaço para novas práticas sociais e de cuidado na Atenção Primária à Saúde”. Superação essa que vem da mudança dos sujeitos e desses a contribuição para mudanças na assistência à saúde e no modelo assistencial, que deve sair da visão curativista para uma visão centrada no usuário e suas necessidades. **Conclusão:** Ações de extensão são de grande importância na interação ensino serviço e tem potência para gerar mudanças tanto no ensino como nos profissionais participantes da ação. Isso já se coloca como Educação Permanente já que promove mudanças a partir dos sujeitos em ação e interação. Considera-se que o projeto tem atingido seus objetivos e recomenda-se avanços voltados para essa interação ensino-serviço que fato tem acontecido nas ações desenvolvidas. Se faz necessário envolver mais os gestores municipais no sentido de investirem mais na Educação Permanente em saúde tendo em vista que é uma ferramenta de mudança e de gestão em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Permanente em Saúde; Sistema Único de Saúde; Educação Profissional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria GM/MS nº 1.996, 20 de agosto de 2007**: dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Online]. Brasília (DF); 2007.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R. de; SILVA, K. L. Permanent professional education in healthcare services. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. e20160317, 2017.

COSTA CAMPOS, K. F.; MARQUES, R. de C.; CECCIM, R. B.; SILVA, K. L. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. **APS EM REVISTA**, v. 1, n. 2, p. 132–140, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/28>. Acesso em: 13 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 198/GM -MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS, 2004.

HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. Tendencias y perspectivas. In: HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. **Educación permanente del personal de salud**. Washington (DC): Organización Panamericana de Salud, 1994, p. 1-30.

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA MORBIMORTALIDADE POR COVID-19 EM SANTA LUZIA, MINAS GERAIS-BRASIL, 2020-2021

Messias Inácio da Silva Carvalho; MBA em Gestão da qualidade e Engenharia de Segurança do Trabalho; Fundação Oswaldo Cruz Minas Gerais

Shirlei Moreira da Costa Faria; Especialização em Enfermagem na Saúde Pública com ênfase em Vigilância em Saúde e Auditoria em Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Elaine Leandro Machado; Doutora em Saúde Pública; Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: A pandemia da Covid-19 constitui-se em um grave desafio sanitário para a humanidade no século XXI, sendo uma doença infectocontagiosa causada pelo coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (*SARS-coV-2*), de propagação rápida e com grande impacto sobre a saúde, qualidade de vida e bem-estar social da população (YAMEY et al., (2020) e WU et al. (2020)). Na prática expôs os sistemas de saúde a implicações gerenciais que exigia resposta rápida, estratégica, adoção de planos contingenciais para o enfrentamento do novo coronavírus (AVORN, 2020). No Brasil o fato de maioria da população ser usuário do Sistema Único de Saúde demandou ainda estratégias socioeconômicas capaz de promover recursos à população em situação de vulnerabilidade social e escassez de recursos, a fim de garantir: universalidade de acesso, integralidade de assistência, equidade por meio de ações descentralizadas com foco na vigilância epidemiológica e georreferenciamento (BÁO et al., 2019). As estratégias da vigilância em saúde para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, constituem-se uma ferramenta essencial para monitoramento da informação da dinâmica da transmissão da doença, o entendimento da detecção precoce de casos de Covid-19 em indivíduos susceptíveis. Fatores estes relevantes no alcance de suas ações em uma abordagem de integralidade e estratégias de cobertura de saúde. **Objetivo:** Descrever os padrões espaciais de morbidade e mortalidade por Covid-19, visando identificar padrões na distribuição destes no Município de Santa Luzia, Minas Gerais, Brasil 2021. **Referencial Teórico:** A gestão dos serviços de saúde requer dos gestores tomada de decisão de altíssima responsabilidade e com implicações relevantes no contexto social (BRANCO, 2001). Sendo necessário então a utilização de indicadores de saúde a fim de auxiliar os gestores na realização do trabalho. Isto porque esses indicadores permitem quantificar, fazer uma análise descritiva de um determinado evento em saúde (BENJAMIN, 2020). Uma das ferramentas muito utilizadas consiste no geoprocessamento de dados utilizando dos Sistemas de Informação Geográfica na análise da distribuição espacial dos casos de contaminação, pois permitindo ressaltar diferenças espaciais que levam à delimitação de áreas de riscos para mortalidade ou incidência de eventos mórbidos (CARVALHO et al., 2000) . Possibilitando diagnósticos eficientes, propondo soluções de baixo custo e cria alternativas otimizadas para questões de enfrentamento diante de um cenário crescente e de evolução da doença. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, ecológico e descritivo a partir dos casos e óbitos por Covid-19 confirmados e notificados ao Ministério da Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia – MG e posteriormente publicizados por meio de boletim epidemiológico no site da referida Secretaria. As bases de dados utilizadas neste estudo são de acesso público (com omissão da identificação dos indivíduos), atendendo aos preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo dispensado para este estudo a

submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. A coleta de dados foi feita considerando os casos confirmados e óbitos por Covid-19 por bairros do município de Santa Luzia. Utilizou-se os dados obtidos realizando o cálculo da taxa de incidência considerando o número de casos notificados e de mortalidade (por 100 mil habitantes) por Covid-19, considerando os óbitos notificados no município. Para o cálculo das taxas de incidência e de mortalidade considerou-se a população estimada do município de 2020 e 2021 segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. As taxas de incidência e de mortalidade foram calculadas segundo a semana epidemiológica e por bairros. Cada unidade foi agrupada ao polo pertencente considerando a população cadastrada por unidade de saúde fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde do município para o ano de 2010. Para análise descritiva, os dados foram alocados em uma planilha no Software Microsoft Excel a partir dos seguintes indicadores: total de casos confirmados, total de óbitos e total de doses administradas no periódico de março de 2020 a novembro de 2021. Os indicadores estudados são apresentados em gráficos segundo semana epidemiológica, por polo sanitário de saúde e em tabelas que subsidiam a análise deste estudo. Para a construção do georreferenciamento espacial da cobertura vacinal por Covid-19, utilizou-se de fontes vetoriais (camadas de município e distritos) extraídas no IBGE 2022 para exportar a delimitação do município e dos distritos e visualização do mapa, a elaboração dos *shapefile* que são polígonos para os limites político administrativos. Para edição dos mapas e análise dos dados georreferenciados foi utilizado o *Software ArcGIS (Geographic Information System – GIS)* na manipulação, análise dos dados e análise espacial. **Resultados e discussão:** Entre a 13^a de 2020 à 50^a semana epidemiológica de 2021, foram notificados 533 óbitos. Os maiores picos de transmissão desde o início da pandemia ocorreram nas seguintes semanas epidemiológicas: 27^a, 50^a e 51^a de 2020, a qual corresponde ao período de 06 a 12 de dezembro de 2020 e na 12^a semana de 2021, que equivale ao período de 21 a 27 de março de 2021. Em relação à incidência de Covid-19 por semana epidemiológica no ano de 2020, verificou-se a maior frequência de notificação por Covid-19 em Santa Luzia, foram a 27^a semana de 2020 com 207 notificações confirmadas de Covid-19, as SE 50^a e a 51^a de 2020 ambas totalizando 1.656 casos. Entretanto, desde a confirmação do primeiro caso confirmado no município, o ano de 2021 superou o número de notificações do ano de 2020. Identificou-se na análise, que na 12^a semana de 2021 houve 333 notificações de casos confirmados em Santa Luzia, na 14^a desse mesmo ano um total de 214 casos confirmados de Covid-19 no município e na 23^a 260 casos. Porém na 26^a semana houve uma redução dos casos, sendo contabilizados 86 casos e um coeficiente de incidência dos casos da Covid-19 ao final da 48^a SE, de 179,66 % /100 mil habitantes no município. Considerando os dados acumulados de casos, desde nas SE de 2020 e SE de 2021, conforme apresentado na Tabela 1, o polo sanitário Virgem dos Pobres apresentou a maior incidência (2,50 casos /100 mil hab.), seguido do polo Bom Jesus com uma incidência de (2,44 casos / 100mil hab.), o polo Celso Diana registrou a menor taxa de incidência (1,67 casos /100 mil hab.) no período analisado do ano de 2020. No ano de 2021 a maior taxa de incidência foi observada nos polos, Bom Jesus (5,91 casos/ 100 mil hab.) e Virgem dos Pobres de (5,86 casos/100 mil hab.). Em relação à taxa de mortalidade de Covid-19 observada na Tabela 2, no ano de 2020 o polo sanitário Virgem dos Pobres registrou a maior taxa de mortalidade de (0,13 óbitos/100 mil hab.), seguido do polo sanitário Celso Diana com uma taxa de mortalidade de (0,08 óbitos /100 mil hab.). Enquanto que a maior taxa de mortalidade observada no ano de 2021 foi de (0,39 óbitos/100 mil hab.) no polo Virgem dos Pobres, o polo Londrina foi o segundo polo a registrar a maior taxa de mortalidade de (0,33 óbitos/100 mil hab.) no neste mesmo período. **Conclusões:** As contribuições deste estudo, refere-se a uma análise de georreferenciamento demonstrando que o mesmo pode auxiliar na prevenção, no prognóstico da eliminação da doença e no enfrentamento de crises sanitárias. Além de contribuir para pesquisas mais aprofundadas nas discussões voltadas para o contexto de saúde-doença-cuidado, usando de outros aportes disciplinares.

PALAVRAS-CHAVE: Análise espacial; Coronavírus; Georreferenciamento; Vigilância em saúde.

REFERÊNCIAS

AVORN, J., KESSELHEIM, A. Regulatory Decision-making on COVID-19 Vaccines During a Public Health Emergency. **JAMA**, Boston, v. 324, n. 13, p. 1284- 1285, oct. 2020.

BÁO, A. C. P. et al. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 360-366, mar./apr. 2019.

BENJAMIN, R. Black skin, white masks: racism, vulnerability & refuting black pathology. **Department of African American Studies**. Princeton University, 2020.

BRANCO, M. A. F. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília,DF, 2001. p. 163- 169

CARVALHO, M. S; PINA, M. F; SANTOS, S. M. **Conceitos básicos de sistemas de informação geográfica e cartografia aplicados à saúde**. Organização Panamericana de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília. 2000.

WU, J. T *et al.* Estimating clinical severity of COVID-19 from the transmission dynamics in Wuhan,China. **Nature Medicine**, United Kingdom, v. 26, p. 506–510, may. 2020.

YAMEY, G *et al.* Ensuring global access to COVID-19 vaccines. **Lancet**, London, v.395, n. 10234, p. 1405-1406, 2020.

EFEITOS DA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO HOSPITALAR

Stephanye Vithoria Martins da Silva; Enfermeira; Universidade Estadual de Londrina

Aline Malheiros Pereira; Pós Graduanda em Enfermagem na Saúde Mental; Universidade Estadual de Londrina

RESUMO

Introdução: A Segurança do Paciente é um tema que apresentou destaque a nível internacional na última década, por apresentar estratégias para redução dos riscos inerentes à prestação do cuidado, promovendo qualidade e segurança para os pacientes e serviços (SILVA,2016). Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o projeto Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujo objetivo fundamental é prevenir danos aos pacientes (BRASIL, 2013). Uma vez, que a segurança do paciente consiste na máxima redução de erros evitáveis na assistência, configura-se em uma estratégia para o fortalecimento da qualidade no cuidado e na educação continuada de profissionais de enfermagem, pois a atuação da enfermagem engloba os níveis gerenciais e assistenciais, ou seja, o profissional de enfermagem apresenta-se nos serviços como líder de equipe. (SILVA,2020). Sabe-se que os cuidados de enfermagem no âmbito hospitalar abrangem graus de complexidade e espera-se que o profissional apresente um perfil e conhecimento qualificado, pois a ocorrência de eventos adversos têm se atenuado nos serviços. (OLIVEIRA, 2023). Desta forma, nota-se a necessidade de investir em medidas, protocolos de prevenção e educação em saúde visando a redução de riscos e agravos relacionados à prestação do cuidado (VILLAR,2023). Contudo, para melhoria da qualidade assistencial, há necessidade de incentivar a cultura de segurança do paciente nos processos de trabalho, atrelado à cultura organizacional da instituição (SILVA, 2016). Dessa forma, nos serviços de saúde, os processos educativos do enfermeiro visam o desenvolvimento e aperfeiçoamento da prática para equipe, propiciando alternativas para minimizar as deficiências existentes e assegurar uma assistência integral e de qualidade (Silva, 20202). **Objetivo:** identificar na literatura científica nacional como ocorre o papel do enfermeiro frente a educação continuada no âmbito da segurança do paciente na atenção hospitalar. **Referencial Teórico:** De acordo com a OMS, incidentes em saúde são circunstâncias que podem causar danos aos pacientes e a segurança do paciente é pautada como uma dimensão da qualidade da assistência, que tem como fim a redução do mínimo aceitável, dos riscos e danos desnecessário associado ao cuidado de saúde. Sendo assim, é necessário o fortalecimento da educação continuada para promover a segurança do paciente, nos processos de trabalhos integrados das equipes, principalmente estimulado pelo líder da equipe na assistência, na figura do enfermeiro. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida pela seguinte questão norteadora: Como ocorre a assistência de enfermagem frente a educação continuada em segurança do paciente na atenção hospitalar de saúde? A coleta dos estudos foi desenvolvida, no mês de junho de 2023, nas seguintes plataformas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed (*National Library of Medicine*) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os critérios de inclusão foram pautados em artigos publicados em periódicos nacionais, na íntegra, de acordo com os descritores: “Educação Continuada”, “Enfermagem”, “Serviços Hospitalares” e “Segurança do Paciente”. Foram selecionados estudos que abordam a temática educação permanente em saúde para a segurança do paciente na atenção hospitalar. Foram encontrados 7 estudos inicialmente, contudo seguindo o critério de inclusão, foram

selecionados apenas 3 estudos para compor a amostra final. **Resultados e Discussão:** identificou-se que as instituições hospitalares, ao apresentarem núcleos de qualidade e segurança, que são conduzidas por gestores de enfermagem, fortalecem a cultura de segurança do paciente à equipe, ao adotar e estimular por meio do uso de estratégias de gestão da qualidade, gerenciamento de risco e da educação continuada. Evidenciou-se que a educação continuada realizada por meio de produção de vídeos, cartazes e folderes, fortaleceram o vínculo dos enfermeiros com a equipe, aprimoramento dos conhecimentos e da satisfação profissional, como também dos resultados positivos na qualidade da assistência. Identificou-se o fortalecimento da percepção da cultura de segurança do paciente, nos setores, pelos profissionais de saúde ligados a assistência direta, favorecendo o estímulo e adesão do cuidado continuado na verificação da pulseira de identificação do paciente antes da prestação de cuidados, a dupla checagem da prescrição e preparo da medicação, a produção do conhecimento acerca das estratégias para prevenção da resistência bacteriana, o preenchimento do checklist cirúrgico completo, a conscientização da importância da higienização adequada das mãos nos momentos preconizados pelas diretrizes da Organização Mundial da Saúde e o aprofundamento do conhecimento acerca dos riscos de eventos adversos e as necessidade de sua notificação. Corrobora-se a redução do sentimento de culpa, percepção do estresse, medo da culpa, punição, frequência de relatos e notificações de eventos após a implementação de medidas e apoio da gestão para a segurança do paciente. O estudo demonstrou que a educação profissional é indicada como a melhor forma de prevenir eventos adversos, vínculo entre gestores-colaboradores e promoção da assistência segura e de qualidade aos pacientes. Atestou ainda, que a educação continuada permite o reconhecimento dos desafios, como os sentimentos profissionais frente à intensa demanda e a forte carga de trabalho de forma que haja a construção de barreiras de defesa para a prevenção de eventos adversos, capazes de proporcionar uma assistência de qualidade e livre de danos aos pacientes. Promovendo a investigação, notificação e análises das ocorrências de erros e eventos adversos por meio da educação contínua. **Conclusões:** o estudo demonstrou a adesão das instituições hospitalares, em promover a educação continuada em segurança do paciente, visando a prevenção de eventos adversos, melhoria no vínculo da equipe e a qualidade da assistência. Contudo, é possível identificar a necessidade de estudos científicos sobre a temática. Dessa forma, justifica-se a importância da educação continuada em segurança do paciente aos profissionais, que desempenham atuação direta e permanente no cuidado, por meio de capacitações, treinamentos e cursos.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Continuada; Enfermagem; Serviços Hospitalares; Segurança do Paciente.

REFERÊNCIAS

BOTELHO, Louise Lira Roedel, *et al.* O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136 · maio-ago. 2011. Disponível em:

<<http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>>. Acesso em: 02 agosto 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 150**, n. 62, p. 43, 2 abr. 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html Acesso em: 02 agosto 2023.

OLIVEIRA, Nínive Pita Gomes de, *et al.* Ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem: revisão integrativa. **Enfermagem Brasil**. 2023;22(1):103-17. Disponível

em:<<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/5143>> Acesso em: 02 agosto 2023.

SILVA, Natasha Dejigov Monteiro da, *et al.* Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, p. 0490-0497, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/RrKZwNXqdtRTn4794R9CLkt/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 02 agosto 2023.

SILVA, Camila Pureza Guimarães da, *et al.* Da educação em serviço à educação continuada em um hospital federal. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, p. e20190380, 2020. Disponível

em:<<https://www.scielo.br/j/ean/a/65NT548Zfppw6Y8Q6fyFpYr/?lang=pt>>. Acesso em: 02 agosto 2023.

VILLAR, Vanessa Cristina Felipe Lopes, *et al.* Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, p. e00223019, 2020. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/Yj4QxnXJJxJbsVhrrrCQwQr/?lang=pt#ModalHowcite>>.

Acesso em: 02 agosto 2023.

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE A EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Aline Malheiros Pereira; Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde Mental; Universidade Estadual de Londrina

Stephanye Vithoria Martins da Silva; Enfermeira; Universidade Estadual de Londrina

RESUMO

Introdução: A saúde mental é uma necessidade indispensável ao bem estar do paciente com transtornos mentais, e, concomitante a isso, as redes de atenção primária de saúde (APS) por se tratarem de uma porta de entrada ao indivíduo possuem uma responsabilidade importante nesse processo, uma vez que o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem direcionando as políticas e suas orientações para uma descentralização dos cuidados em saúde mental para as APS. Contudo, tem-se evidenciado que esse cuidado centrado na saúde mental do indivíduo mantém uma inclinação biologicista, onde, realiza-se apenas a estratégia do encaminhamento a serviços especializados sem uma outra atividade/ação conjunta, evidenciando-se assim a falta de responsabilidade dos serviços de APS pela integralidade de atenção no atendimento ao usuário do serviço. Devido a isso, a educação continuada em saúde mental é um assunto recorrente e de extrema importância, visto o impacto biopsicossocial na vida dos pacientes. O enfermeiro enquanto profissional de saúde mais próximo nos acolhimentos dos serviços de portas abertas, tem o dever de proporcionar ações de educação aos funcionários e seus clientes para prestar uma assistência adequada. **Objetivo:** identificar na literatura científica nacional como ocorre o papel do enfermeiro frente a educação continuada em saúde mental na atenção primária de saúde. **Referencial Teórico:** O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem elaborado e investido em políticas e práticas de saúde, voltada à descentralização e priorização do cuidado em saúde mental na atenção primária. Uma vez que esta coordena e compõe uma das portas de entrada dos outros níveis de atenção à saúde. Dessa forma, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), foi instituída como uma estratégia para formação voltada para o SUS e desenvolvimento do cuidado em rede, promovendo a integração entre ensino e serviço, consolidando uma aprendizagem coletiva, a partir da problematização das situações vivenciadas no dia a dia dos serviços. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, e, conduzido pela seguinte questão norteadora: Como ocorre a assistência de enfermagem frente a educação continuada em saúde mental na atenção primária de saúde? A busca dos estudos fora desenvolvida nas seguintes plataformas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed (*National Library of Medicine*). Selecionou-se os descritores por meio de consulta ao Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) buscando identificar os descritores exatos. Foram escolhidos os seguintes descritores: “Saúde Mental”, “Educação Continuada”, “Atenção Primária à Saúde”, “Enfermagem”. Para formulação da questão norteadora deste estudo, utilizou-se o auxílio do acrônimo PICO (P: População, I: Fenômeno de interesse e Co: Contexto) (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Definiu-se como população desta pesquisa os pacientes com transtornos mentais; o fenômeno de interesse será a educação continuada e o contexto de análise será a saúde mental nas Atenções primárias de Saúde (APS). **Resultados e Discussão:** foram encontrados 20 estudos inicialmente, contudo apenas 3 foram selecionados para compor a amostra final. Identificou-se que há um corriqueiro encaminhamento de demandas de Saúde Mental para outros serviços quando estes chegam à APS, tendo um relacionamento direto com a falta de capacitação profissional para lidar com esse tipo de demanda, ou ainda, podendo estar

ligado ao fato da incapacidade de atender o paciente de modo integral e contextualizado que forneceria um cuidado biopsicossocial em saúde mental. Devido a isso, transformar o cuidado dos profissionais de saúde não deve ter um embasamento simples, unidirecional ou até mesmo superficial, pois, sua capacitação se configura em uma aprendizagem significativa para a população com transtornos mentais, com base no processo de saúde-doença junto das maneiras de como lidar com a situação. Ou seja, não é uma relação de ensinar e aprender, mas sim uma formação mediada pelo contexto e pelo coletivo, de caráter dinâmico, direcionada à ampliação de significados, mediante a participação e reflexão de todos, uma vez que a educação continuada no cuidado à saúde mental baseia-se primordialmente na sensibilização e empatia de uma escuta qualificada. Tem-se claro que o paciente deve ser encaminhado sobretudo para serviços especializados como psicólogos, pela sua pertinente formação acadêmica clínica, entretanto, a escuta inicial realizada pelo enfermeiro deve ser livre de julgamentos, proporcionando um ambiente de confiança, vínculo e de protagonismo para os pacientes. **Conclusões:** apesar da recorrente falta de cuidado pelas equipes das Atenções Primárias de Saúde (APS) devido à precária sensibilização de serviços prestados ao paciente em sofrimento psíquico, pois, realiza-se primordialmente o cuidado com uma visão biologicista, o enfermeiro enquanto educador de saúde em saúde mental, e, quando engajado em prestar uma assistência única e integral às particularidades de cada demanda, demonstrou possuir um papel de suma importância para a sensibilização tanto dos profissionais que constituem sua equipe profissional, propiciando o aprofundamento e capacitação sobre a temática, com embasamento científico para a prática, quanto à possibilidade de realizar uma desconstrução de conceitos ultrapassados sobre o tratamento para pacientes que se apresentam com transtornos mentais, o que oportuniza ao paciente, que chega ao serviço fragilizado, um acolhimento e atenção humanizada no serviço de atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Educação Continuada; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

REFERÊNCIAS

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; CORDEIRO, Priscilla Regina; MENDES, Rosilda; LIBERMAN, Flavia. Educação Permanente em Saúde: experiências inovadoras em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 210-222, 2021.

MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v.5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <<http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>>. Acesso em: 02 agosto 2023.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008.

REZIO, Larissa de Almeida; CONCIANI, Marta Ester; QUEIROZ, Marilene Alves. O processo de facilitação de Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e200113, 2020.

ROCHA, Débora Gomes da *et al.* (Des)construções de conhecimentos na saúde mental por meio da educação permanente em enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 4, p. 106-110, 2020.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, p. 508-511, 2007.

PRÁTICA DELIBERADA EM CICLOS RÁPIDOS: CENÁRIOS DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Fernanda Alves dos Santos Carregal; Mestre em Enfermagem; UFMG

Natália Alves Carvalho; Especialista em Terapia Intensiva; PUC Minas

Débora Nathália Valente; Graduada em Enfermagem; Centro Universitário UMA

Aline Araujo Pinto; Especialista em Terapia Intensiva; PUC Minas

Francielle Élen Silva; Graduada em Enfermagem; Faculdade Pitágoras

RESUMO

Introdução: A infecção relacionada à assistência da saúde representa um dos grandes desafios em relação à manutenção da segurança do paciente, tornando-se um evento adverso que impacta a saúde pública em grande escala. A infecção primária da corrente sanguínea está associada a um elevado índice de morbidade e mortalidade, esse tipo de infecção está diretamente relacionado à utilização do dispositivo invasivo, cateter venoso central (AQUINO *et al.*, 2019). Esse dispositivo é essencial nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), principalmente para os pacientes críticos que apresentam instabilidade hemodinâmica. O cateter venoso central viabiliza infusões rápidas de volumes e medicamentos que não podem ser administrados em acessos vasculares periféricos, fornece monitorização hemodinâmica contínua quando conectado a monitores específicos para esse fim, possibilidade de infusão de nutrição parenteral, além de ser uma via para coleta de sangue venoso. Os cuidados adequados com os cateteres são imprescindíveis tendo em vista que são a principal porta de entrada para os microrganismos. Dessa forma, estratégias para a padronização do cuidado são necessárias para evitar complicações (COSTA *et al.*, 2020). Neste contexto, torna-se necessário o desenvolvimento de ações educativas com enfoque nos profissionais de enfermagem que manipulam o cateter venoso central e atuam ininterruptamente na assistência à beira leito dos pacientes críticos, representando a maioria dos profissionais atuantes nas instituições hospitalares, além de representar a maioria dos indivíduos envolvidos no manuseio de acesso vascular. Consequentemente, são esses os profissionais com maior possibilidade de atuação na prevenção e controle de infecções relacionadas a esses procedimentos (COSTA *et al.*, 2020).

Objetivo: Descrever um relato de experiência sobre a realização de um treinamento na Unidade de Terapia Intensiva com a aplicabilidade do método “Prática Deliberada em Ciclos Rápidos (PDCR)” para a prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea. **Referencial teórico:** A infecção primária de corrente sanguínea é considerada um evento adverso potencialmente evitável, que pode estar associado a falhas na manipulação do cateter, representando a violação de normas institucionais preconizadas com enfoque na prevenção de infecções e segurança do paciente. O monitoramento contínuo desse evento é considerado um indicador de qualidade assistencial, pois reflete a qualidade do cuidado ofertado e indica possíveis não conformidades, sendo necessário a identificação da causa raiz e a estruturação de planos de ação com enfoque na educação (SILVA *et al.*, 2021). Entre as diferentes modalidades de treinamento por simulação realística, um modelo fortemente recomendado para atingir alta performance dos profissionais da saúde na execução de habilidades técnicas é a Prática Deliberada em Ciclos

Rápidos (PDCR). A estratégia aplica o feedback direcionado e fornece a oportunidade de repetição em caso de não conformidade, permitindo o alcance da maestria na prática. A literatura aponta melhorias significativas das habilidades dos profissionais que foram inseridos em cenários de simulação realística com a prática deliberada em ciclos rápidos. A partir do pressuposto de que a PDCR pode ser aplicada em profissionais de saúde para o alcance da alta performance, formulou-se a hipótese de que a PDCR melhora a performance técnica dos profissionais de enfermagem no processo de preparo e administração de medicamentos com enfoque na prevenção de infecção primária de corrente sanguínea (ASSALIN *et al.*, 2021).

Método: Trata-se de um relato de experiência sobre a ação educativa subsidiada na prática deliberada em ciclos rápidos com o enfoque na prevenção de infecção de corrente sanguínea na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado da região metropolitana de Belo Horizonte - Minas Gerais. A ação foi realizada no período de julho a agosto de 2023, onde 52 colaboradores assistenciais foram capacitados, sendo 06 enfermeiros e 46 técnicos de enfermagem. A realização da ação contemplou cinco etapas: 1. Capacitação dos facilitadores; 2. Planejamento das competências de cada ciclo; 3. gestão do tempo do cenário; 4. levantamento dos recursos necessários; 5. Realização de um teste piloto.

Resultados e discussão: A ação educativa em cenário de simulação realística pautada na metodologia PDCR contemplou uma sequência de ações críticas que foram validadas de forma objetiva pelo facilitador do cenário e que compreendiam os seguintes ciclos de avaliação: Ciclo I: Pré procedimento; Ciclo II: Preparo; Ciclo III: Administração do medicamento e manipulação do Cateter Venoso Central (CVC). O profissional avaliado prosseguia para o próximo ciclo, apenas após a realização das tarefas de forma adequada. Durante a realização das tarefas o facilitador aplicava feedbacks diretivos ao evidenciar não conformidades e o profissional repetia a técnica até alcançar a conformidade do procedimento. Em relação às fragilidades evidenciadas houve a prevalência das seguintes não conformidades: 20% dos colaboradores não realizaram a higienização das mãos antes do preparo da administração de medicamentos; 14,3% não realizaram a desinfecção da superfície de apoio; 14,3% não realizaram flushing antes da administração de medicamentos; 11,4% não realizaram a abertura da seringa com técnica estéril. Visando a comprovação da efetividade da ação educativa desenvolvida com o método PDCR, iniciou-se no mês de agosto a validação contínua dos profissionais durante o processo de preparo e administração de medicamentos na terapia intensiva. Semanalmente, as lideranças realizam a validação da prática de 04 técnicos de enfermagem e aplicam um checklist que contempla as etapas corretas do preparo e administração de medicamentos de acordo com o protocolo institucional, fortalecendo a cultura do feedback direcionado. Além disso, os profissionais da terapia intensiva são avaliados mensalmente por colaboradores que representam o setor da qualidade e farmácia clínica, e o resultado dessas validações refletem no indicador estratégico das metas internacionais da segurança do paciente. No mês de agosto, 100% dos profissionais que foram validados não apresentaram falhas no processo de preparo e administração de medicamentos, demonstrando a efetividade do método.

Conclusões: A implementação do método de PDCR apresentou vantagens significativas em relação à simulação tradicional de ensino. Observou-se durante a aplicabilidade do método a maximização da execução da prática correta no cenário de simulação realística com os feedbacks direcionados. Foi possível realizar a detecção das fragilidades existentes no processo de preparo e administração de medicamentos, otimizando as abordagens e o acompanhamento contínuo pelas lideranças. O treinamento dos profissionais refletiu positivamente na padronização do cuidado ofertado e na redução da infecção de corrente sanguínea na unidade de terapia intensiva.

PALAVRAS-CHAVE: Treinamento por simulação; Terapia intensiva; Enfermagem.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Rafael Lemes de; JUNIOR, Flavio Santos Marques; JUNIOR, Newton Ferreira de Paula. Infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central. **Rev. Enferm. UFPE online**, V.13, e242380, 2019. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242380>.

ASSALIN, A. C. B. *et al.* The use of Rapid Cycle Deliberate Practice (RCDP) for the teaching of basic life support: a scoping review [Internet]. **Center for Open Science**, 2021.

Disponível em: <https://archive.org/details/osf-registrations-256pc-v1>

COSTA, Camila Adriana Barbosa et al. Central venous catheter bundle: professional knowledge and behavior in adult Intensive Care Units. **Rev Esc Enferm**. v. 54, e03629, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reecusp/a/CW7dqY3H6YYmrQ8L3rjPHLN/?format=pdf&lang=en>.

SILVA, Maria Clara Maciel da et al. Atuação da enfermagem no controle de infecção da corrente sanguínea relacionada aos cateteres venosos periféricos. **Rev enferm UFPE online**, v.15, n.2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247901>.

PROTOCOLO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS À SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PÚBLICO

Vanessa Regina Oliveira Tavares; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Hospital de Ensino Instituto Raul Soares.

Mirela Castro Santos Camargo; Doutora em Demografia; Programa de pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Odete Pereira; Doutora em Enfermagem; Programa de pós-graduação em Enfermagem e do programa de pós-graduação em Gestão dos Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: Estima-se que 70% da população com transtorno mental grave e persistente apresenta uma ou mais internações em hospital psiquiátrico no decorrer da vida. A internação psiquiátrica pode ser um recurso necessário diante de determinados quadros e deve ser uma opção utilizada com critério, respeitando as demandas dos indivíduos e garantindo um atendimento de qualidade e seguro. O indivíduo com transtorno mental possui particularidades em consequência de seu estado psicológico. Tais características podem predispor a alguns comportamentos de risco, influenciando diretamente em sua segurança. A segurança do paciente surge como um tema mundialmente discutido, pela necessidade de se repensar as práticas em saúde na perspectiva da gestão. **Referencial teórico:** É crescente o reconhecimento dos gestores de saúde a respeito da importância da segurança do paciente, assim como da necessidade de apoiar as estratégias de prevenção e de redução de falhas no cuidado, melhoria do desempenho e gerenciamento de riscos. Preocupada com a magnitude do problema, a Organização Mundial de Saúde lançou uma série de atividades, no âmbito mundial, para definir temas de investigação acerca da segurança dos pacientes, a fim de identificar as intervenções para reduzir danos e melhorar o atendimento de milhões de pessoas que entram em contato com os sistemas de cuidados à saúde. Na psiquiatria noções, estratégias e indicadores de cuidados clínicos são habitualmente adotados, em decorrência da ausência de concepções de segurança do paciente específicas para a assistência em saúde mental, o que pode ser apropriado para alguns aspectos. Entretanto, os cuidados ao paciente com transtorno mental diferem do cuidado ao paciente clínico, pois existem questões exclusivas da assistência em saúde mental. Embora riscos clínicos, como aqueles relacionados às quedas e medicamentos, sejam encontrados na assistência prestada ao paciente clínico ou com transtorno mental, na área de saúde mental prevalecem riscos específicos, como o de violência e autoagressão. Por meio de notificação de incidentes e eventos adversos, torna-se exequível a criação de ferramentas para o monitoramento da qualidade da segurança do paciente que gerencie os riscos específicos dos pacientes em saúde mental. **Objetivo:** O objetivo deste estudo consistiu na elaboração de um protocolo de classificação de risco para a segurança do paciente, de um hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte. **Método:** Trata-se de uma pesquisa-ação, de natureza quantitativa, de abordagem exploratória, desenvolvida em um hospital psiquiátrico, localizado na região central do município de Belo Horizonte. Na etapa quantitativa, foram avaliados todos os prontuários de pacientes internados, no período de 2016 a 2019, que sofreram algum tipo de incidente ou evento adverso assistencial. A coleta de dados deu-se por meio de busca ativa dos eventos adversos nos 4580 prontuários físicos e eletrônicos, dos pacientes atendidos no período,

relatórios médicos e de enfermagem, impressos de notificação de eventos adversos e relatórios do Núcleo de Segurança do Paciente. Nesta fase foi avaliado, descritivamente, os eventos adversos e agrupados os diagnósticos, a partir da taxonomia do Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais ⁽¹⁾. Para a análise, os dados coletados foram compilados em planilhas e agrupados de forma cronológica. Empregou-se o Programa est SPSS/PC (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21.0, para a análise estatística descritiva, com cálculo de médias, desvios-padrão e porcentagens. Na etapa qualitativa, participaram oito servidores, selecionados por meio dos critérios de inclusão: estar na função de técnico da instituição há, pelo menos, seis meses; não estar em período de férias ou de afastamento; estar presente nos momentos em que foram realizados os grupos. Foram realizados dois grupos operativos com os servidores, em dias e horários estabelecidos previamente pela gestão local, e as discussões foram registradas eletronicamente. Com o primeiro grupo, buscou-se identificar os indicadores de segurança do paciente, a partir da incidência e da prevalência dos incidentes e eventos assistenciais ocorridos na instituição; com o segundo, trabalhou-se as demais etapas para elaboração do protocolo. Ao todo, foram realizadas seis etapas, até a elaboração final do protocolo. Para a análise, utilizou-se a Análise de Conteúdo, seguindo os critérios de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação ⁽²⁾. A pré-análise correspondeu à transcrição, na íntegra, dos conteúdos obtidos nos grupos, com a codificação para garantir o anonimato dos participantes do estudo. Para exploração do material, foi realizada a categorização dos dados, o tratamento dos resultados obtidos, inferências e interpretações dos dados. Para codificação dos grupos focais utilizou-se a estrutura de códigos, proposta por Donabedian: estrutura e processo ⁽³⁾. Realizou-se uma leitura minuciosa, e, por fim, os resultados das codificações foram reavaliados, no intuito de verificar a homogeneidade da temática, que gerou cada código. O estudo seguiu as determinações expressas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido e aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais ⁽⁴⁾. **Resultados e discussões:** Na caracterização da população deste estudo, constatou-se que a maioria (57,7%) dos pacientes afetados por incidentes e eventos adversos eram do sexo masculino. O grupo etário mais afetado por eventos adversos foi o de pessoas entre 20 a 29 anos. Em termos de diagnóstico psiquiátrico, prevaleceu o espectro de esquizofrenia (53,1%). Quanto à caracterização dos eventos, a maioria foi notificada (70,8%). Ao identificar os tipos de eventos notificados, constatou-se a prevalência de heteroagressividade (40,1%), evasão (15,4%), uso ou porte de cigarros e outras drogas (14,5%), autoagressividade (9,1%), queda (10,9%) e outros (6,1%). As categorias derivadas da análise dos dados qualitativos para construção do protocolo foram realizadas em etapas. Etapa 1: relacionou-se o diagnóstico estrutural epidemiológico dos eventos adversos a partir da especificação dos dados quantitativos desta pesquisa. Etapa 2: estabeleceu-se os parâmetros, objetivos e metas a serem atingidas com o protocolo, além da escolha dos riscos a serem avaliados a no protocolo. Estes que foram: queda, heteroagressividade, evasão, intercurso sexual e autoextermínio, a cada risco foi associado a um cor. Além disso, a proposta final acordada pelos participantes para implementar o protocolo, constituiu-se em um quadro branco, com círculos coloridos com a cor relacionado ao risco avaliado, alocado no posto de enfermagem, com identificação dos pacientes individualmente. Após definir a proposta para o protocolo, em consenso, os participantes determinaram os parâmetros, seguindo o Protocolo Operacional Padrão institucional. Etapa 3: foi realizada a escolha dos conceitos que seriam utilizados no protocolo de classificação da segurança do paciente da instituição. Em seguida, foram construídas as etapas finais do protocolo, que foram título, introdução, itens de abrangência e material, recomendações, registros, indicadores e referências. Etapa 4: os participantes determinaram quem seriam os responsáveis pela implantação das ações complementares, necessárias para o estabelecimento do protocolo. Etapas 5 e 6: relacionadas à

formatação do protocolo. Para finalizar, o grupo seguiu para a validação consensual do protocolo para classificação de riscos. **Conclusão:** A realização do estudo propiciou a construção coletiva e participativa de ferramenta para gerenciamento de riscos na segurança do paciente com transtorno mental, internado em hospital psiquiátrico. Ademais, foi importante, para que os profissionais aliassem a gestão e a assistência e para aperfeiçoar os conceitos acerca do manejo em saúde mental. Por fim, pode-se observar uma melhoria na cultura de segurança no local de estudo e, como consequência, uma oferta de assistência mais qualificada e segura aos usuários.

PALAVRAS CHAVES: Segurança do paciente; Transtornos mentais; Gestão de riscos; Psiquiatria.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Fifth Edition (DSM-V). 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. 1120 p.

ARAÚJO, M.C. *et al.* Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: instrumento para qualidade do cuidado. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 25, e71281, 2023. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/71281>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. São Paulo: [publisher unknown]; 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Brasília: MS; 2012 [Cited 2023 May 12]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. In: DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan: Health Administration Press, 2000. 76 p.

FIGUEIREDO T.W. *et al.* Developing a nursing healthcare protocol: a case report. **Rev Bras Enferm**, v. 71, p. 2837-2842, 2018. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0846>

REDE DE REABILITAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A GESTÃO DO TRABALHO PARA A SUA EFETIVAÇÃO

Amanda Neves Cruz Coelho; Pós-graduada em Saúde da Família; Universidade Federal de Minas Gerais

Marina Dayrell de Oliveira Lima; Mestre em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Fabiane Ribeiro Ferreira; Doutora em Saúde Pública; Universidade Federal de Minas Gerais

Karla Rona da Silva; Doutora em Biomedicina; Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: Reabilitação consiste em “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente”, com o objetivo principal de reduzir o impacto das deficiências sobre a funcionalidade do indivíduo, visando a melhoria ou manutenção da qualidade de vida (OMS, 2012, p.100; RIBEIRO et al., 2010). Com a finalidade de atender aos objetivos e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da reabilitação, foram estabelecidos os componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que devem ser responsáveis pela elaboração de ações e estratégias para favorecer o cuidado em saúde das pessoas com deficiência, sendo eles: a Atenção Primária à Saúde (APS); a Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, através dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); e a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (BRASIL, 2012). No âmbito da saúde, o processo de trabalho se refere à dimensão específica do trabalho realizado pelos profissionais de saúde no contexto da produção e consumo de serviços de saúde. É a prática diária desses trabalhadores, envolvendo a interação direta com os pacientes, a aplicação de conhecimentos técnicos e científicos, o uso de tecnologias e a gestão dos recursos disponíveis (FISCHBORN; CADONÁ, 2018). Nesse contexto, a gestão do trabalho da equipe multidisciplinar, com definição clara do processo de trabalho e integração entre seus componentes, está intimamente relacionada com a efetivação de qualidade da rede de reabilitação do sistema único de saúde. **Objetivo:** Descrever a relação entre a efetivação de qualidade da rede de reabilitação do Sistema Único de Saúde e a gestão do processo de trabalho da equipe multidisciplinar. **Referencial teórico:** A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere a importância da reabilitação como uma forma de investimento social, com benefícios de saúde, sociais e econômicos, na medida em que possibilita o aumento da funcionalidade, permitindo aos indivíduos a manutenção da participação em sociedade e colaborando com o aumento da sua produtividade (WHO, 2019). O SUS é fundamentado por princípios doutrinários e organizativos, guiado tanto pelos preceitos constitucionais, quanto pelo conceito ampliado de saúde, estabelecido pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Uma atenção à saúde de qualidade refere-se à capacidade de um sistema em identificar e compreender as necessidades de saúde de uma população específica sob sua responsabilidade. É essencial que o sistema de saúde seja capaz de oferecer abordagens contextualizadas, levando em consideração a cultura e as preferências das pessoas, proporcionando um ambiente de cuidado que respeite e se adeque ao contexto social e cultural em que os indivíduos estão inseridos (FREITAS; ARAÚJO, 2018). Os sistemas de atenção à

saúde são estruturas organizadas que visam promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Consistem em um conjunto de atividades e serviços coordenados, desenvolvidos com o propósito de atender as demandas de saúde de uma população, considerando fatores como a epidemiologia, recursos disponíveis, financiamento, infraestrutura, e políticas públicas de saúde. A fim de promover uma potencialização do trabalho em saúde, é fundamental compreender e reconhecer que ele é realizado por um coletivo de trabalhadores e que suas relações contribuem para a gestão organizacional e, conseqüentemente, para atingir a finalidade desse trabalho que é o cuidado. É por meio do trabalho conjunto e articulado que as necessidades de saúde dos indivíduos podem atendidas com efetividade e qualidade (FRANCO; MERHY, 2013). **Método:** Para este estudo foi realizada uma revisão integrativa de literatura, de caráter exploratório e de natureza qualitativa. A Revisão Integrativa de Literatura é um método de pesquisa que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo. Oferece aos profissionais de diversas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão, contribuindo para um saber crítico (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Delimitou-se como critérios de inclusão: artigos publicados entre os anos de 2008 a 2019, disponíveis integralmente para leitura online e gratuitamente. Foram incluídos também diretrizes, protocolos, manuais e legislações relevantes ao objeto de análise. **Resultados e discussão:** A organização de sistemas de saúde abrange uma ampla gama de possibilidades, que vão desde uma estrutura fragmentada até uma total integração entre os seus componentes. Ao abordar a gestão de um sistema de saúde, é fundamental compreender que ele transcende a organização de recursos e demandas, mas também manifesta os valores de uma sociedade em relação à saúde (FREITAS; ARAÚJO, 2018). A razão da existência das Redes de Atenção à Saúde, é a população, residindo em áreas geográficas específicas, e sendo classificada e registrada em subpopulações de acordo com os riscos sócio sanitários. Essa segmentação possibilita uma abordagem direcionada e personalizada no cuidado à saúde, visando atender às necessidades específicas de cada grupo dentro da população atendida (BRASIL, 2012). O trabalho é um processo pelo qual os seres humanos interagem com a natureza para transformá-la e criar produtos úteis à vida humana, utilizando suas capacidades físicas e mentais para se envolverem em atividades produtivas. Essa interação acontece entre ser humano e objeto por meios de produção cuja transformação faz emergir um produto específico que possui alguma finalidade. No contexto do trabalho em saúde, as relações estabelecidas entre os profissionais e com os usuários são denominadas “tecnologias leves”. Essas tecnologias são consideradas leves devido ao seu caráter relacional, enfatizando a interação entre os sujeitos envolvidos. Elas são entendidas como formas de ação que ocorrem entre os trabalhadores da saúde e os usuários, tanto em nível individual quanto coletivo. As tecnologias “leve-duras” são uma combinação entre conhecimentos técnicos estruturados e a maneira como esses conhecimentos são aplicados na prática do cuidado em saúde. Por outro lado, os instrumentos, equipamentos, ferramentas e procedimentos utilizados pelos serviços são denominados “tecnologias duras” (FRANCO; MERHY, 2013). O cuidado efetivo na área da saúde requer a gestão adequada dessas tecnologias: das relações interpessoais e interprofissionais, das informações, organização da agenda, aplicação precisa de protocolos e diretrizes, planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções. Esse conjunto de ações e estratégias que abrangem todos os aspectos relacionados à atividade laboral é denominado gestão do trabalho. O conceito engloba os atores envolvidos no trabalho, suas relações interpessoais e considera não apenas os aspectos técnicos, mas também as mudanças decorrentes dessas relações. Isso inclui transformações nos processos de execução das atividades em si, nas ações dos profissionais envolvidos e, especialmente, nas pessoas atendidas pelo sistema de saúde. A gestão do trabalho em saúde visa promover uma abordagem integrada que valorize não apenas o desempenho técnico, mas também a qualidade das relações humanas,

o bem-estar dos profissionais e o impacto positivo nos serviços de saúde e nos indivíduos que recebem os cuidados (FISCHBORN; CADONÁ, 2018). **Conclusões:** Considera-se a produção de saúde como um campo social complexo, influenciado por forças institucionais e caracterizado por um jogo de tensões e possibilidades. Na gestão do trabalho, é essencial identificar as capacidades dos trabalhadores em influenciar e transformar o ambiente em que atuam, valorizando a sua expertise, ideias e habilidades. Ao reconhecer o conhecimento e a compreensão que os trabalhadores têm das demandas e desafios enfrentados em seu cotidiano de práticas, promove-se uma gestão mais inclusiva e efetiva do trabalho. Além disso, pode-se afirmar que o entendimento e a caracterização da gestão do trabalho e suas consequências é de fundamental importância para os profissionais e gestores em saúde, pois apresenta influência direta na qualidade dos serviços prestados à população na rede de reabilitação do sistema único de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação; Serviços de Reabilitação; Fluxo de trabalho; Gestão da Qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Brasília, 2012.** Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>.

FISCHBORN, Aline Fernanda; CADONÁ, Marco André. Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pressupostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 227-237, 2018.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREITAS, Márcia Araújo Sabino de; ARAÚJO, Maria Rizeide Negreiros de. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, p. 15-33, 2018.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p.758-764, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre a deficiência/World Report on Disability. **Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência.** São Paulo, 2012. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf>.

RIBEIRO, Carla Trevisan Martins et al. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 28, p. 43-48, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Rehabilitation in health systems: guide for action.** Geneva: World Health Organization, 2019. 72p. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>>.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO: AUTOLIDERANÇA BASEADA NAS PRÁTICAS DE MINDFULNESS

Patrícia Aguiar de Oliveira Soares; Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde; UFMG

Adriane Vieira; Doutora; Docente do Mestrado Profissional em Gestão dos Serviços de Saúde
UFMG

Carla Aparecida Spagnol; Doutora; Docente do Mestrado Profissional em Gestão dos
Serviços de Saúde UFMG

Karla Rona da Silva; Doutora; Docente do Mestrado Profissional em Gestão dos Serviços de
Saúde UFMG

Vanessa de Almeida; Doutora; Docente do Mestrado Profissional em Gestão dos Serviços de
Saúde UFMG

RESUMO

Introdução: O curso de extensão Autoliderança Baseada Nas Práticas de Mindfulness nasceu a partir de conversas informais com profissionais da saúde que se sentem estressados e incapazes de tomar decisões assertivas no seu dia a dia, principalmente em relação ao descanso. **Objetivo geral:** Ensinar técnicas para o desenvolvimento de autoliderança através das práticas de *Mindfulness*. **Objetivos Específicos:** Reconhecer estados de estresses e ensinar a importância da pausa; oportunizar a diminuição do estresse pessoal; melhorar a qualidade de atenção; melhorar a assertividade na tomada de decisões. **Referencial Teórico:** Ficou evidenciado no estudo de Galom, Navarro e Gonçalves (2022), que a Pandemia do COVID-19 agravou uma histórica, crônica e precária condição de trabalho em saúde, marcada pelo aumento da sobrecarga laboral, falta de equipamentos de proteção individual e de recursos materiais para a assistência, escassez de profissionais e desvalorização. Essa demanda evidenciou-se gravemente após a Pandemia, pela alteração abrupta da forma de trabalho, alguns profissionais passaram para o formato ‘à distância’ e os que atuaram na linha de frente sentiram-se sobrecarregados de trabalho, sendo diretamente prestando assistência e na vigilância à alteração constante de protocolos do serviço. Esse cenário, de abrupta adaptação e auto índice de estresse trouxe sérias consequências a saúde física e mental dos trabalhadores com intensas reações emocionais e comportamentais como o medo, tédio, solidão, ansiedade, insônia e/ou raiva (TEIXEIRA *et al.*, 2020) escancarando a necessidade de desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento e melhoria da qualidade de vida no trabalho e fora dele. A autoliderança é um conceito que vem ganhando força nos últimos anos, principalmente no mundo dos negócios, baseia-se na ideia de que os indivíduos têm o poder de assumir o controle de suas próprias vidas e tomar decisões que levarão a resultados positivos. Em sua essência, é sobre apropriar-se do autodesenvolvimento e sucesso. Trata-se de reconhecer que o indivíduo tem o poder de desenvolver a autoconsciência e ser capaz de auto regulá-lo frente as rotineiras dificuldades de tomada de decisões (MANZ; SIMS JR., 1991). Para o desenvolvimento da autoconsciência, existem programas baseados na prática de *Mindfulness* (Atenção Plena), que é conceituada por Jon Kabat-Zinn (2017, p. 10), como “a consciência que surge ao prestar atenção intencionalmente no momento presente, sem julgamento (...) é uma forma complementar de inteligência (...)”. Esse programa oportunizará o maior compromisso e

participação dos profissionais na melhoria do próprio estresse e bem-estar, aprendendo através das práticas, como cuidar de si, através da consciência de momento a momento sem julgamentos. É uma abordagem sistemática para o desenvolvimento de novos tipos de intencionalidade, autonomia e sabedoria, baseado na capacidade interna de prestar atenção de maneira específica (JON KABAT-ZINN, 2017). **Método:** O curso presencial foi ministrado por Monitora que é instrutora com formação em mindfulness pelo *Mindfulness Trainings International* (MTI). O local de realização foi a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. O mesmo foi aprovado pelo Centro de Extensão Universitária (CENEX). Ele foi programado para acontecer em 8 semanas consecutivas, de 10 de maio de 2023 à 28 de junho de 2023 às 16:00, sendo 01 (um) encontro semanal, de no máximo 3 horas de duração com estrutura curricular baseada no Protocolo do Curso de *Mindfulness* ministrado MTI e validado pela USP Ribeirão Preto (GIMENEZ, 2019) demonstrada no Quadro 1 do Anexo 1. Além das práticas, todos os participantes foram incentivados a compartilhar com a turma suas impressões e sensações após o ensino e prática das técnicas executadas em cada sessão e as que foram praticadas durante a semana individualmente. Todas as técnicas formais e informais foram disponibilizadas em áudios por meio do *Whatsapp*. Foi realizada avaliação do curso através de *Google Form* específico, contendo descrição de pontos de desenvolvimento pessoal pelos participantes. Foram oferecidas 20 vagas para o curso, preenchidas em 24 horas do primeiro dia de inscrições. Apenas 10 participantes terminaram o curso, todos os que desistiram justificaram que o horário era incompatível com suas demais atividades. **Resultados e Discussões:** Os feedbacks apresentados pelos participantes do curso envolveram a autopercepção dos seus sentimentos, que foram positivos, destacando-se os seguintes aspectos: 1) o compartilhamento e o aprendizado com os demais alunos e instrutora - os participantes destacaram que o curso foi uma oportunidade de compartilhar experiências e aprender com os outros, o que contribuiu para o seu crescimento pessoal e profissional; 2) autoconhecimento - os participantes relataram que o curso os ajudou a se conhecerem melhor, a identificar suas emoções e a desenvolver estratégias para lidar com elas de forma mais saudável; 3) a diversidade de exercícios - os participantes elogiaram a diversidade de exercícios apresentados no curso, que foram considerados eficazes para promover o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal; 4) a possibilidade de aplicar as práticas no dia a dia - os participantes relataram que as práticas apresentadas no curso são fáceis de serem aplicadas no dia a dia, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida. As experiências apresentadas mostram que as práticas de *mindfulness* trouxeram benefícios para os participantes, como: 1) aumento da atenção e concentração - eles relataram que passaram a prestar mais atenção ao que estão fazendo e às pessoas ao seu redor, e que isso os ajudou a melhorar seu desempenho no trabalho e nas relações interpessoais; 2) diminuição do estresse e da ansiedade - eles relataram que passaram a sentir menos estresse e ansiedade, e que isso os ajudou a viver o presente de forma mais plena e houve melhora da autocompaixão; 3) eles relataram que passaram a se aceitar e se respeitar mais, e que isso os ajudou a lidar melhor com as emoções negativas. **Conclusões:** O curso de autoliderança baseada nas práticas de *mindfulness* foi uma experiência positiva e enriquecedora para os participantes. O curso foi baseado na ideia de que os indivíduos têm o poder de assumir o controle de suas próprias vidas e tomar decisões que levarão a resultados positivos. Para isso, as práticas de *mindfulness* foram utilizadas para promover o autoconhecimento, a autoconsciência e a autorregulação. As experiências apresentadas mostraram que o ensino das práticas de *mindfulness* trouxeram diversos benefícios para a vida dos participantes, tanto no âmbito pessoal quanto no profissional, melhorando a atenção, concentração, lidar com o estresse e a ansiedade, e desenvolver maior autoconhecimento. Algumas recomendações são válidas: por ser um curso de baixo custo, poderia ser oferecido de forma fixa, como por exemplo nos cursos de graduação, em horários mais flexíveis, para atender a uma maior demanda de participantes; e as práticas poderiam ser integradas às

atividades cotidianas dos participantes, para que os benefícios sejam mantidos no longo prazo. Sugere-se incentivar a implementação de programas como este em outros contextos. Pesquisas futuras poderiam avaliar os efeitos de longo prazo das práticas de *mindfulness* na saúde e no bem-estar dos participantes.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde Mental. Profissionais de Saúde. Autoliderança. Mindfulness.

REFERÊNCIAS

GALOM, T.; NAVARRO, V. L.; GONÇALVES, M. A. S. Percepções de profissionais de enfermagem sobre suas condições de trabalho e saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 47, n. 2, p. 1-9, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369/15821PT2022v47ecov2>>. Acesso em: 2 set. 2023.

GIMENEZ, L.B.H. **Intervenção baseada em Mindfulness para redução do estresse percebido, depressão e ansiedade em trabalhadores de uma universidade pública: ensaio clínico randomizado**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/T.22.2019.tde-10092019-163920>>. Acesso em: 2 set. 2023.

KABAT–ZINN, J. **Viver a catástrofe total: como utilizar a sabedoria do corpo e da mente para enfrentar o estresse, a dor e a doença**. São Paulo: Palas Athena, 2017.

MANZ, C. C.; SIMS, H. P. Jr. **Superleadership: beyond the myth of heroic leadership**. *Organizational Dynamics*, v. 19, p. 18-35, 1991.

TEIXEIRA, C. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>> . Acesso em: 2 set. 2023.

Anexo 1
Quadro 1 – Cronograma do curso

Encontros	Conteúdo
1º Encontro (Será aplicado um questionário de nível de estresse)	Mudar é fácil - Contextualização da prática de Mindfulness e explicação sobre o desenvolvimento do curso que possui objetivo de ensino das técnicas e não formação de instrutores. Práticas de respiração e visualização Ensino da utilização de diário Partilha com o grupo
2º Encontro	Respirar é natural - Partilha da prática em casa: desafios e conquistas. Prática sentado
3º Encontro	Mantendo o corpo consciente - Partilha da prática em casa: desafios e conquistas. Prática Movimento Consciente - Flexibilidade Prática Corpo Consciente (deitado) Cada uma deve levar um tapete ou canga ou toalha para deitar-se no chão. Se Houver colchonete, será fornecido.
4º Encontro	Simplesmente Ser - Partilha da prática em casa: desafios e conquistas. Prática Movimento Consciente - Voar

	Prática Andando Consciente.
5° Encontro	Momento a momento - Partilha da prática em casa: desafios e conquistas. Prática Sons e pensamentos Filme: O poder Além da vida
6° Encontro	Acolhendo as emoções - Partilha da prática em casa: desafios e conquistas. Prática da Bondade Amorosa Prática de escuta compassiva
7° Encontro	Vivendo Calmamente - Partilha da prática em casa: desafios e conquistas. Apresentar as nove atitudes Mindfulness Prática Movimento Consciente – Flexibilidade Prática Sentado Respiração Consciente Vídeo “Jon Kabat Zinn”
8° Encontro	Cultivando a Paz e a autoliderança - Partilha da prática em casa: desafios e conquistas. Prática Corpo Consciente Prática de visualização Apresentar literatura. Reaplicação de questionário nível de estresse Aplicação de avaliação do curso.

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Gimenez, 2019.

Apêndice 1

Quadro 1 – Autopercepção do curso

Participante	Quais foram os pontos mais importantes do curso?
01	A autopercepção de sentimentos.
02	Sem dúvida o compartilhamento e o aprendizado com os demais alunos e professora.
03	Autoconhecimento, troca de experiências e crescimento como pessoa.
04	A diversidade de exercícios; o planejamento do curso; os benefícios possibilitados.
05	Trabalhar as práticas que podem ser replicadas individualmente no dia a dia, no trabalho, contribuindo com a expansão da plenitude.
06	Autoconhecimento, autoliderança, conexão com meu interior.
07	O direcionamento das atividades, a simpatia da facilitadora e o relacionamento com as pessoas.
08	As atividades do dia do curso e as práticas para serem realizadas em casa e no dia a dia.
09	Aprender a concentrar no momento, ter calma e autoconfiança.
10	A simplicidade das técnicas que são facilmente aplicadas. O envolvimento e disponibilidade da instrutora que nos acolheu de forma muito humana e com um cuidado contagiante.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Apêndice 2

Quadro 2 - Feedback sobre o curso

Participante	Compartilhe um pequeno relato de experiência.
01	Estou realizando minhas atividades e relações de trabalho de forma mais branda, pensando antes de falar e agir.
02	Consegui perceber o meu corpo por completo, até a pele.
03	O curso foi de grande valia para a busca pelo autoconhecimento que venho buscando.

04	Foi um momento de repensar os caminhos, os sentimentos, as formas de pensar no passado, presente e futuro. De ter mais paciência com os processos e as circunstâncias da vida. Foi muito gratificante, já tenho divulgado para outras pessoas e acredito que possam ser beneficiadas como eu fui. Hoje, levo tudo com mais calma e tranquilidade.
05	A experiência de vivenciar as práticas traz uma oportunidade de reprogramação do nosso fazer o sentir.
06	Foi uma experiência muito enriquecedora de autoconhecimento e descobertas. Hoje sinto que me conheço com mais profundidade, vivendo no aqui e agora. Gratidão!
07	Consegui avançar na compreensão do <i>Mindfulness</i> , e reforçar hábitos positivos, que contribuem para a autocompaixão e o bom relacionamento.
08	Uma experiência da prática do banho, foi ótimo para acalmar a mente.
09	Fazendo o curso senti melhoras no meu dia a dia principalmente na diminuição da ansiedade, aprendendo a ouvir o outro e pensar antes de responder ou tomar qualquer atitude.
10	Esse curso foi um divisor de águas na minha vida. Eu me encontrava em um momento de estresse em que a sensação era a de insuficiência, de que não daria conta, sendo testada e contestada a todo momento. Eu estava à flor da pele, chorava por tudo e a vontade era de sumir. Logo no primeiro dia já senti um alívio tão grande que não quis faltar em nenhum encontro. Hoje eu percebo maior domínio das minhas emoções e um autoconhecimento e autocontrole incríveis. Quando me vejo em uma situação desafiadora me recordo do <i>Mindfulness</i> e consigo rapidamente um equilíbrio e capacidade de escolher e tomar a melhor decisão. A ponto de passar por um dia intenso, cheio de reuniões difíceis e dizer para mim, fiz o meu melhor e ir para casa em paz! Gratidão, por me mostrar um caminho para ser uma pessoa melhor!

Fonte: Elaborado pelos autores.

USO DA ARTETERAPIA COMO RECURSO DE APOIO NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aline Malheiros Pereira; Pós-Graduanda em Enfermagem na Saúde Mental; Universidade Estadual de Londrina;

Stephanye Vithoria Martins da Silva; Enfermeira; Universidade Estadual de Londrina;

RESUMO

INTRODUÇÃO: Foi no ano de 2006 que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi instituída no Sistema único de Saúde (SUS) com o objetivo de promover a segurança, escuta acolhedora, vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio (Brasso, 2020). Nesse sentido, encontra-se a arteterapia regulamentada como Práticas Integrativas e Complementares, nos serviços de saúde do SUS pela Portaria nº 849, de 25/03/2017, em adendo à Portaria nº145, de 13/01/2017 (ROSSETTO, 2022). A arteterapia consiste em um processo de promoção de saúde, por meio de práticas lúdicas e artísticas para atingir o fim de desenvolver para além da coordenação motora, pois, estimulará prioritariamente a criatividade, concentração e resgate de características ligadas a singularidades de cada ser (SANTOS, 2023). Esta, tem sido aplicada aos usuários dos serviços de saúde, no processo de reabilitação de pessoas com transtornos mentais, de modo a favorecer o autoconhecimento e a autorreflexão no processo terapêutico, uma vez que, a arte é uma expressão livre de preceitos e fundamentalmente única a cada paciente (VALLADARES-TORRES, 2023). Nesse âmbito, a terapia com argila é definida como o uso da argila nos processos psicoterápicos que promovem por meio tátil, a descarga de emoções favorecendo a sensação de possuir o controle de seus sentimentos, liberação da tensão e satisfação, corroborando com a comunicação de fatores conscientes ou inconscientes, expressos pelos sentimentos e sensações pessoais. Essa prática terapêutica torna o sujeito protagonista no processo da modelação da argila, valorizando os aspectos físicos, emocionais e espirituais, promovendo um cuidado seguindo o princípio da integralidade, quando sobretudo, guiado pelo profissional de saúde capacitado para guiar a dinâmica (DE MORAIS, 2014). **OBJETIVO:** Desvelar a experiência de duas profissionais da área da enfermagem, na vivência com pacientes com transtornos mentais, que participaram de uma oficina de arteterapia, com uso de argila, em um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS II), no interior do Paraná. **REFERENCIAL TEÓRICO:** A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui-se de serviços de atenção à saúde articulados, com atendimento integral, a fim de acolher usuários e a família, que apresentam sofrimento ou transtorno mental. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) consistem em um serviço da rede, que aplica a estratégia da arteterapia no cuidado terapêutico de saúde mental, sendo respaldado pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). **MÉTODO:** trata-se de um relato de experiência de duas enfermeiras que participaram de um encontro de arteterapia, com o uso de argila, em um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS II), localizado no interior do Paraná, no ano de 2022, e, conduzido pela seguinte questão norteadora: Como ocorre o uso da arteterapia como recurso de apoio na reabilitação psicossocial? Ademais, definiu-se como população desta pesquisa os pacientes com transtornos mentais; o fenômeno de interesse será a arteterapia e o contexto de análise será a reabilitação psicossocial. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A partir da observação da execução da técnica realizada pelos pacientes, foi perceptível que a técnica da modelagem da argila permitiu o processo criativo se desenvolver, desde o planejamento do que executar quando ainda não havia modelagem, até a construção de forma flexível e versátil do produto final da modelagem. Além disso, quando estipulado regras

e/ou dicas ao paciente sobre como desenvolver o exercício, os mesmos se mostraram com posturas positivas pois ocorreu o desenvolvimento do pensar sobre a prática do manejo. Houve ainda a percepção de expressões nas linguagens não verbais no momento da modelagem com expressões faciais e posturas corporais de acordo com o sentimento vivenciado por cada paciente. Ademais, as falas verbais foram também de suma importância pelo seu papel no compartilhamento dos sentimentos, emoções e vontades ligadas ao atributo imaginário. Dessa maneira, notou-se a liberdade da construção de diversos objetos a partir do subconsciente de cada um e a finalização da arte com tinta da cor de preferência. Foi possível identificar que alguns usuários utilizam de técnicas artísticas para compor seus objetos conforme a ideia criativa, pelo uso de palitos, clips, botões, laços e lantejoulas, de forma que expressassem as vivências passadas ligadas a dificuldades, agressividade, isolamento social, medos, angústias, situações de conflitos, de morte, nascimento, bens materiais e conquistas como modo de complemento a arte inicial. **CONCLUSÕES:** A partir desta experiência foi possível perceber que a arteterapia por argila demonstrou eficácia no que diz respeito à canalização dos pensamentos e sentimentos vivenciados por cada paciente, de forma positiva, uma vez que, as variáveis do sofrimento mental em si, representados pelos conflitos e morte, foram plenamente compartilhados seja por meio do compartilhamento verbal junto da arte ou apenas da modelagem como modo de escape, o que prevaleceu a minimização dos fatores negativos ligados ao sofrimento. Além disso, pôde-se compreender a importância da arteterapia, com argila, pela sua eficácia satisfatória ao gerar uma melhor qualidade de vida e humanização de cuidados em saúde mental aos pacientes com sofrimento psíquico, uma vez que, gerou-se uma percepção sensorial do manuseio da argila, além de estímulos no processo criativo, da protagonização no processo elaborativo, na externalização dos sentimentos que estão relacionados ao sofrimento mental como o medo e angústia, mas também no retrato de conquistas, tornando visível que a vida é feita de altos e baixos, e, que ela vale a pena ser vivida.

PALAVRAS-CHAVE: Arteterapia; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Serviços de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

BARROS, Leylaine Christina Nunes de et al. Práticas Integrativas e Complementares na atenção primária à saúde: percepções dos gestores dos serviços. **Escola Anna Nery**, v. 24, p. e20190081, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/bZjwfQhHM7mSBLjDV33NBBp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03/09/2023.

DE MORAIS, Aquiléia Helena et al. Significado da arteterapia com argila para os pacientes psiquiátricos num hospital de dia. **Investir. educ. enferm**, Medellín, v. 1, pág. 128-138, abril de 2014. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03/09/2023.

ROSSETTO, Tânia Mara Mattiello. A Arteterapia na Saúde: um relato de caso na saúde mental. **Práticas Integrativas e Complementares: visão holística e multidisciplinar**, v. 2, p. 13-20, 2022. Disponível em: <<https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/211207108.pdf>>. Acesso em: 03/09/2023.

SANTOS, Elitiele Ortiz dos, PINHO, Leandro Barbosa de; KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação das estratégias de promoção da saúde e prevenção ao uso de drogas na rede psicossocial. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220110, 2023. Disponível

em:<<https://www.scielo.br/j/ean/a/35zQSsChnFnqvzcbYGV3Z4j/#ModalHowcite>>. Acesso em: 03/09/2023.

VALLADARES-TORRES, . C. A.; CÂMARA, V. S. da; LAGO, M. S. K.; ARAÚJO, . H. I. M. de. Arteterapia no processo de reabilitação de usuários de drogas psicoativas por meio do desenho-história. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 15, n. 42, p. 153–179, 2023. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/70958>>. Acesso em: 03/09/2023.