Anais do seminário da pós-draduação em gestão de serviços de saúde

Anais do seminário da pós-draduação em gestão de serviços de saúde. e-book...Belo Horizonte(MG) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de MInas Gerais, 2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

AN532 Anais do seminário da pós-draduação em gestão de serviços de saúde. e-book...Belo Horizonte(MG) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de MInas Gerais, 2025

Disponível em www.even3.com.br/anais/vi-seminario-da-pos-graduacao-em-gestao-de-servicos-de-saude-591849

ISBN: 978-65-272-2031-2

1. Medicina e saúde

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de MInas Gerais

CDD - 370

Ficha catalográfica elaborada por **Even3** – Sistema de Gestão de Eventos

CORPO EDITORAL

COORDENAÇÃO GERAL

MIRELA CASTRO SANTOS CAMARGOS

DOANE MARTINS DA SILVA

COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO

RENATO RODRIGUES DA SILVA

RAFAEL DE JESUS DA PAZ

PRISCILA PIERAZOLI DE ARAÚJO BATISTA

COMISSÃO FOMENTO

KARLA RONA DA SILVA

PRISCILA FARIA DE OLIVEIRA

COMISSÃO CIENTÍFICA

ADRIANE VIEIRA

MARIA CLARA RODRIGUES DE PAULA

PATRÍCIA LOURDES SILVA

KIMBERLY BRAZ BATISTA

JOANILSON SANTOS GUIMARÃES

COMISSÃO DE PROGRAMACÃO

DOANE MARTINS DA SILVA

DANYELLA MOREIRA DOMINGUES

COMISSÃO DE APOIO

KARLA RONA DA SILVA

MERY NATALI SILVA ABREU

CAMILLA STEPHANE OLIVEIRA SILVA

ANALU DESIRRÊ MACHADO DA SILVA

PATRÍCIA AGUIAR DE OLIVEIRA SOARES

MARIA VALDIRENE MARTINS

ANA CLARA FERNANDES

ARTHUR VITOR MELO DE OLIVEIRA

EDUARDA LARISSA DOS SANTOS REIS

FLÁVIA DAS GRAÇAS CAMPOS SÉRGIO

ISABELA OLIVEIRA SILVA

JHENIFER THAMYRES SANTOS LIMA BARBOZA

JOANA MOTTA ARAÚJO ROESBERG

JOYCE MIRANDA

JÚLIA MATOS MARTINS

SOFIA HANNA BARBOSA FERREIRA

ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: BARREIRAS E POSSIBILIDADES DE INCLUSÃO

Clévia Damares Nunes Silva; Graduanda; Curso de Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Adriane Vieira; Doutora; Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Karla Rona da Silva – Doutora; Docente do Mestrado Profissional em Gestão dos Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Patrícia Lourdes Silva – Doutora; Docente do curso de Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo analisar as barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência no acesso aos serviços de saúde públicos e privados, bem como as possibilidades de inclusão. O método utilizado foi a revisão integrativa de literatura. Os 14 estudos analisados apontam graves barreiras de acessibilidade para pessoas com deficiência nos serviços de saúde. Destacam-se inadequações físicas e arquitetônicas, como ausência de banheiros adaptados e sinalização inadequada. No aspecto organizacional, evidenciam-se falhas nos fluxos de atendimento, transporte e falta de profissionais capacitados. As barreiras atitudinais incluem preconceitos, despreparo técnico e formação insuficiente, gerando experiências de exclusão. Apesar de existir um arcabouço legal robusto, como a NBR 9050 e a LBI, sua aplicação é limitada por entraves políticos e estruturais, comprometendo a efetivação dos direitos das PcD. Conclui-se que a superação desse quadro exige uma transformação estrutural e intersetorial, que envolva desde adequações físicas até a formação ética, técnica e inclusiva dos profissionais, com participação ativa das PcD na construção de políticas públicas mais justas e eficazes.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência; Acessibilidade; Barreiras; Inclusão, serviços de saúde.

AGRADECIMENTOS: agradecemos a Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo financiamento da pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

A acessibilidade e a inclusão das pessoas com deficiência (PcD) no sistema de saúde constituem pilares fundamentais para a promoção da equidade social e para a efetivação dos direitos humanos e constitucionais. Este estudo propõe uma abordagem abrangente do tema, articulando aspectos teóricos, normativos e práticos com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) (Brasil, 2015).

Compreender a deficiência apenas como uma condição biológica é reducionista. A CIF, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004, propõe uma abordagem biopsicossocial, ao reconhecer que a deficiência resulta da interação entre fatores biológicos, ambientais e sociais (Farias; Buchalla, 2005). Nesse sentido, a LBI, sancionada em 2015, reforça esse paradigma ao estabelecer diretrizes que orientam políticas públicas inclusivas no Brasil (Brasil, 2015).

Diversas barreiras de acessibilidade ainda dificultam o acesso das PcD aos serviços de saúde. Segundo Castro *et al.* (2011), essas barreiras se manifestam em diferentes esferas: arquitetônicas, comunicacionais, atitudinais e socioeconômicas. Enfrentar tais desafios exige não apenas a eliminação desses obstáculos, mas também a promoção de uma cultura de inclusão

e empoderamento (Clemente *et al.*, 2022). Para Uchôa (2019), a infraestrutura acessível e o treinamento contínuo dos profissionais de saúde são elementos cruciais para assegurar um cuidado humanizado e inclusivo.

Apesar dos avanços legais, como a LBI e a adesão à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), ainda persistem formas de exclusão nos serviços de saúde. A deficiência, seja física, sensorial, intelectual ou múltipla, é intensificada pelas limitações impostas pelo ambiente. Por muito tempo, políticas públicas trataram as PcD com um viés assistencialista, reforçando estigmas e desigualdades. A mudança de paradigma representada pela LBI exige a garantia de acessibilidade universal, tanto em serviços públicos quanto privados (Brasil, 2015; Santos *et al.*, 2024).

Entretanto, persistem desafios estruturais e culturais. A escassez de recursos no setor público, associada ao custo elevado e à falta de preparo no setor privado, compromete a efetivação de um atendimento inclusivo. Mais do que adaptações físicas, a acessibilidade plena demanda uma transformação cultural baseada em respeito, empatia e capacitação das equipes de saúde. A construção de uma sociedade inclusiva requer garantir que todos tenham acesso digno e igualitário à saúde (Hilgert *et al.*, 2019; Santos *et al*., 2024).

Nesse processo, é fundamental fortalecer a articulação entre os setores público e privado, reconhecendo as potencialidades de cada um. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem papel estratégico ao ofertar ações de reabilitação e tecnologias assistivas (Brasil, 2023). Por outro lado, o setor privado pode contribuir com a inovação tecnológica e com práticas organizacionais que favoreçam a inclusão (Clemente *et al.*, 2024).

Autores como Santos *et al*. (2024) e Castro e Lopes (2010) ressaltam que a superação das barreiras envolve ações concretas como a instalação de rampas e elevadores funcionais, disponibilização de intérpretes de Libras, combate ao preconceito institucionalizado e promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde.

Importa, por fim, destacar que o avanço em direção a um sistema verdadeiramente inclusivo depende da participação ativa das PcD na elaboração, implementação e avaliação das políticas públicas (Brasil, 2015). A perspectiva futura aponta para a integração entre legislação, tecnologia e educação, como caminho para transformar os serviços de saúde em espaços acolhedores, acessíveis e inclusivos (Agarwal *et al.*, 2019). Assim, o fortalecimento de um sistema de saúde equânime passa pela valorização da diversidade humana em todas as suas formas.

O objetivo deste trabalho foi analisar as barreiras e os facilitadores ao acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde públicos e privados no Brasil, com foco na inclusão e no acolhimento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Contextualização e Conceitos

A compreensão das noções de deficiência e acessibilidade é essencial para garantir a inclusão social e a efetivação dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil (BRASIL, 2015). Nesse contexto, dois marcos normativos e conceituais se destacam: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), instituída pela Lei nº 13.146/2015.

A CIF, publicada pela OMS em 2004, propõe uma abordagem biopsicossocial, integrando dimensões biológicas, psicológicas e sociais na análise das condições de saúde e seu impacto na vida das pessoas. Essa perspectiva amplia o entendimento tradicional ao considerar que a deficiência não se restringe a alterações corporais, mas inclui dificuldades nas atividades

diárias e limitações na participação social. Ademais, enfatiza a importância dos fatores contextuais — ambientais e pessoais — na modulação dessas limitações, apontando que as barreiras enfrentadas não se originam exclusivamente no corpo da pessoa, mas emergem da interação com o meio em que está inserida (Farias; Buchalla, 2005).

Complementarmente, a LBI estabelece um marco legal robusto ao incorporar os princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas. Promulgada em julho de 2015, a legislação assegura valores como igualdade de oportunidades, autonomia, participação plena e não discriminação, reforçando o compromisso do Estado brasileiro com a cidadania das pessoas com deficiência (Brasil, 2015).

A definição legal considera como pessoa com deficiência aquela que possui impedimentos de longo prazo — sejam eles físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais — e que, ao interagir com barreiras diversas, encontra dificuldades para exercer seus direitos em condições de igualdade com os demais (Brasil, 2015).

Recentemente, em junho de 2024, a Câmara dos Deputados aprovou uma proposta que institui o uso obrigatório da CIF como parâmetro para a avaliação da deficiência no território nacional (BRASIL, 2024). Essa medida representa um avanço significativo na integração entre as diretrizes internacionais e as políticas públicas nacionais, favorecendo uma abordagem mais abrangente, padronizada e inclusiva. Desse modo, a CIF e a LBI se complementam ao oferecer subsídios técnicos e jurídicos para o aprimoramento das políticas públicas e para a efetivação dos direitos fundamentais das pessoas com deficiência.

2.2 Acessibilidade no Sistema de Saúde

Garantir que pessoas com deficiência tenham acesso pleno e em igualdade de condições aos seus direitos fundamentais é um princípio essencial para a construção de uma sociedade mais justa. Essa garantia depende tanto do setor público, especialmente do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto do setor privado, além de exigir investimentos em infraestrutura acessível e qualificação de profissionais (Souza; Santos; Rodrigues, 2022).

A Lei Federal nº 10.048/2000 assegura atendimento prioritário a pessoas com deficiência, idosos, gestantes, lactantes e pessoas com crianças de colo em órgãos públicos. No entanto, no ambiente hospitalar, essa prioridade pode levantar questões éticas, já que a gravidade do quadro clínico nem sempre corresponde à condição de deficiência (Castro e Lopes., 2010).

O SUS desempenha papel central na inclusão das pessoas com deficiência por meio de ações e programas intersetoriais, como o Programa Viver sem Limite, que busca integrar políticas públicas nas áreas de saúde, educação, acessibilidade e inclusão social (Brasil, 2015). Esse programa contempla iniciativas como reabilitação, distribuição de tecnologias assistivas e adaptações nos ambientes físicos.

As barreiras arquitetônicas também precisam ser enfrentadas. As urbanísticas referem-se à ausência de rampas, pavimentação inadequada ou ausência de piso tátil em espaços públicos. Já nas edificações, os obstáculos podem incluir a falta de corrimãos, banheiros adaptados ou a presença de escadas sem elevadores acessíveis. Entretanto, muitos desafios persistem. A escassez de profissionais especializados, as longas filas para atendimentos e a desigualdade de acesso em diferentes regiões do país comprometem a efetividade das políticas inclusivas. No que se refere ao uso dos serviços de saúde, observa-se um padrão desigual: pessoas em condições socioeconômicas mais favorecidas tendem a buscar mais serviços preventivos, enquanto aquelas em situação de vulnerabilidade recorrem aos serviços quando já adoecidas (Neri *et al.*, 2002).

Embora o setor privado apresente maior flexibilidade e capacidade de inovação, ainda enfrenta obstáculos relacionados à acessibilidade. Barreiras físicas e comportamentais muitas

vezes dificultam o acolhimento adequado a pessoas com deficiência. Por outro lado, o setor privado também possui potencial para liderar inovações, como o uso de plataformas digitais acessíveis, equipamentos adaptados e capacitação contínua das equipes. A legislação nacional impõe exigências claras de acessibilidade, estimulando a adaptação de serviços e espaços. Nesse sentido, ações como o treinamento de profissionais e parcerias com organizações especializadas são oportunidades estratégicas para promover avanços (Souza; Santos; Rodrigues, 2022).

Ter uma infraestrutura acessível é uma condição básica para garantir inclusão. Isso envolve desde a instalação de rampas e banheiros adaptados até a presença de elevadores, sinalização acessível e equipamentos compatíveis com as necessidades específicas das pessoas com deficiência. Adicionalmente, a comunicação inclusiva também é fundamental: intérpretes de libras, materiais em braille e recursos de acessibilidade digital ampliam o alcance das ações. Nesse processo, os profissionais de saúde assumem papel estratégico. A formação inicial e a capacitação continuada devem contemplar temas como diversidade, humanização do cuidado e o uso de tecnologias assistivas. Sem esse preparo, mesmo as melhores estruturas físicas podem falhar na prestação de um atendimento verdadeiramente inclusivo (Vieira *et al.*, 2023).

A construção de um sistema de saúde inclusivo é condição indispensável para a efetivação dos direitos sociais. O SUS tem avançado com programas específicos como o Viver sem Limite, que promove a autonomia das pessoas com deficiência por meio de políticas intersetoriais. No campo da saúde, isso se traduz na ampliação da oferta de órteses, próteses, serviços de reabilitação e capacitação de profissionais (Assunção, 2020).

Contudo, as desigualdades regionais, a limitação de recursos e a carência de equipamentos especializados ainda dificultam o alcance dessas metas. Conforme Assunção (2020), é necessário consolidar e expandir as políticas existentes, investindo em estrutura física, tecnologias e qualificação.

A criação de ambientes realmente acessíveis depende da articulação entre diversos fatores: infraestrutura adequada, tecnologia assistiva, treinamento profissional e atitudes inclusivas. A presença de mobiliário adaptado, equipamentos adequados e formação continuada com foco na diversidade são pilares para um atendimento ético, humano e eficiente (Goulart *et al.*, 2010).

2.3 Principais Barreiras Enfrentadas

Ao discutir os obstáculos enfrentados por pessoas com deficiência no acesso aos serviços de saúde, é indispensável reconhecer as múltiplas formas de exclusão que ainda persistem. Essas barreiras comprometem diretamente a experiência, a dignidade e os direitos desses indivíduos, além de limitar o acesso equitativo a serviços essenciais.

Um dos principais desafios está relacionado às barreiras arquitetônicas, frequentemente presentes em unidades de saúde. De acordo com Vieira *et al.* (2023), aspectos como demora no atendimento, ausência de rampas, elevadores, cadeiras de rodas, sanitários adaptados e dificuldade de estacionamento impactam significativamente a qualidade do acolhimento. A carência de estruturas adequadas pode desencorajar a busca por cuidados de saúde, resultando na piora de condições que poderiam ser evitadas ou tratadas precocemente (Bernardes *et al.*, 2009).

Outro entrave importante são as barreiras atitudinais, que se manifestam por meio de preconceitos, estigmas e comportamentos discriminatórios por parte de profissionais e da sociedade. Muitos pacientes com deficiência enfrentam posturas paternalistas, que questionam sua autonomia ou capacidade de compreender e participar ativamente de seu tratamento (Uchôa *et al.*, 2019).

Nossa sociedade, incluindo servidores públicos e profissionais da saúde, ainda carrega o capacitismo estrutural, baseado na crença de que pessoas com deficiência são incapazes, improdutivas ou um fardo. Tal percepção revela a urgência de formação e sensibilização dos profissionais para o atendimento humanizado e respeitoso (Oliveira; Silva, 2021).

Diversas dificuldades também foram identificadas por Clemente *et al.* (2022), entre elas: ausência de capacitação dos profissionais, falhas no funcionamento do sistema de saúde, barreiras físicas, escassez de recursos e tecnologias assistivas, além de limitações linguísticas — que dificultam ainda mais o acesso adequado aos serviços por parte das pessoas com deficiência.

As desigualdades econômicas e sociais aprofundam ainda mais essas dificuldades. Indivíduos em situação de pobreza, especialmente aqueles residentes em áreas remotas ou periféricas, enfrentam dificuldades de deslocamento, acesso a medicamentos e atendimento especializado. Essa realidade se torna ainda mais crítica para pessoas com deficiência, que necessitam de suporte específico nem sempre disponível na rede de serviços (Uchôa *et al.*, 2019).

A relação com a diversidade, por sua vez, é atravessada por construções sociais e culturais que envolvem estigmas e preconceitos. Como argumentam Othero *et al.* (2009), essas concepções derivam tanto de processos históricos e coletivos quanto de vivências pessoais, valores morais e percepções subjetivas sobre a diferença.

Esses aspectos revelam a complexidade da inclusão de pessoas com deficiência no sistema de saúde. A superação dessas barreiras exige ações integradas, que vão desde o aperfeiçoamento da infraestrutura até a promoção de uma cultura institucional acolhedora, equitativa e verdadeiramente inclusiva.

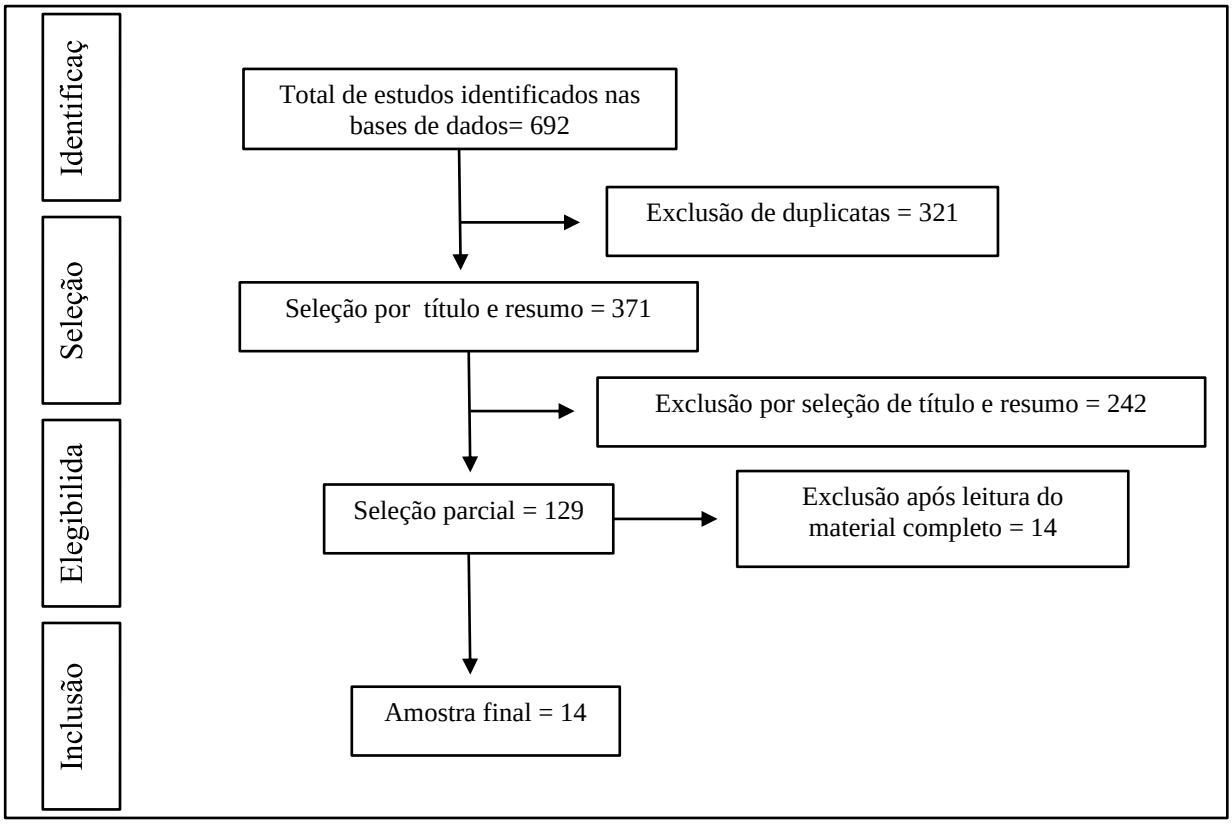
3 METODOLOGIA

A presente revisão integrativa foi elaborada com base nas seis etapas metodológicas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), as quais asseguram organização, clareza e rigor científico ao processo de revisão. Foram adotados como critérios de inclusão os artigos publicados entre os anos de 2005 e 2025, disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês.

A busca bibliográfica foi conduzida por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com destaque para as bases PubMed e SciELO. Os descritores utilizados na estratégia de busca incluíram: *acessibilidade em saúde*, *pessoas com deficiência*, *inclusão no sistema de saúde*, *barreiras de acesso*, *qualidade de vida*, *profissionais de saúde* e *políticas públicas de inclusão*.

Todo o processo metodológico seguiu as diretrizes do modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), assegurando transparência, reprodutibilidade e qualidade em todas as etapas da revisão (Mckenzie *et al.*, 2023), conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos



Fonte: elaborado pelas autoras.

Após a remoção das duplicatas, das 692 publicações inicialmente identificadas, foram excluídas 321 por repetição. Em seguida, com base na leitura dos títulos e resumos, 242 artigos foram descartados por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Restaram, então, 129 textos para leitura parcial, dos quais, após análise completa, 14 estudos atenderam aos critérios estabelecidos e compuseram a amostra final da revisão.

A seguir apresenta-se a anáse dos resultados utilizando-se como técnica a análise de conteúdo do tipo categorial temática: Acessibilidade Física e Arquitetônica, Acessibilidade Organizacional e de Processos, Percepções e Aspectos Sociais/Atitudinais, e Análise de Políticas e Legislação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observando os objetivos (Quadro 1), podemos notar que os trabalhos compartilham um interesse central na acessibilidade e no acesso das pessoas com deficiência (PcD) aos serviços de saúde, mas abordam essa questão sob diferentes perspectivas e níveis do sistema de saúde.

Quadro 1 - Apresentação das informações dos trabalhos selecionados incluídos na revisão integrativa: métodos, objetivos, amostra e resultados

Nº	Autor(es)	Periódico	Ano	Objetivo
1	VAZ, D. V.; GARCÊZ, R. L.; SILVA	Ciência & Saúde coletiva	2025	Identificar as concepções de deficiência articuladas por estudantes e profissionais da saúde e relacioná-las às principais perspectivas explicativas da deficiência.
2	MIRANDA, G. M. D. et al.	Saúde e Sociedade	2024	Avaliar a acessibilidade de pessoas com deficiência e restrição de mobilidade permanente ao SUS em João Pessoa (PB).
3	MOTA, P. H. S; BOUSQUAT, A.	Saúde Sociedade	2023	Analisar a implementação e os condicionantes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) em uma região de saúde, sob o olhar das dimensões política, organização e estrutura.
4	FARIAS, T. M. et al.	Ciência & Sáude coletiva	2023	Analisar o acesso das Pessoas com Deficiência (PcD) aos serviços de atenção especializada na cidade do Recife-PE, Brasil.
5	ARAÚJO, Y. F. L. et al.	Cogitare Enfermagem	2022	Avaliar a acessibilidade da Pessoa com Deficiência física à estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em um município de médio porte do Nordeste brasileiro (Campina Grande-PB).
6	SANTOS, M. L.	Epidemiologia e Serviços de Saúde	2020	Analisar os resultados do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS) referentes às barreiras arquitetônicas e de comunicação na Atenção Básica em Saúde (ABS) em todo o território brasileiro.
7	MARQUES, J. F. et al.	Revista Gaúcha de Enfermagem	2018	Avaliar a acessibilidade física da área da recepção de unidades de atenção primária à saúde e a sua correlação com a capacidade de acolhimento.
8	MISSEL; COSTA; SANFELICE	Trabalho, Educação e Saúde	2017	Investigar as percepções e atuações de profissionais da área da saúde que trabalham em instituições de reabilitação com pessoas portadoras de deficiência física.
9	AZEVEDO, T. R. et al.	Enfermería Global	2015	Verificar as instalações físicas de hospitais públicos no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, com vista para melhorias ao acesso de pessoas com deficiência.
10	PAGLIUCA, L. M. F. et al.	Revista da Escola de Enfermagem USP	2015	Analisar a repercussão de políticas públicas inclusivas na óptica das pessoas com deficiência (auditiva, visual e física).
11	AMARAL, F. L. J. S. et al..	Ciência & Saúde Coletiva	2012	Avaliar a acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de João Pessoa, Paraíba.
12	CASTRO, S. S. et al.	Revista de Saúde Pública	2011	Analisar as dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde vivenciadas por pessoas com determinados tipos de deficiência (visual, auditiva ou física).

13	CUNHA, A. B. O.; VIEIRA, L. M.	Cadernos de Saúde Pública	2010	Analisar a implantação de ações voltadas para a melhoria da acessibilidade à atenção básica em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema.
14	VASCONCELOS, L. R. et al.	Escola Anna Nery	2006	Mapear as barreiras arquitetônicas de acesso aos serviços básicos de saúde para pessoas com limitação física. Busca verificar as condições arquitetônicas de acesso segundo as normas da NBR 9050.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Vários estudos têm como objetivo principal avaliar ou mapear as barreiras físicas em diferentes ambientes de saúde, como UBS, hospitais, ou áreas específicas como a recepção de UAPS. Estes trabalhos frequentemente utilizam normas técnicas (como a NBR 9050) como referência para a avaliação. Enquanto uma parte significativa dos trabalhos busca identificar e quantificar as barreiras físicas que dificultam a entrada e circulação em unidades de saúde, outros se aprofundam na análise dos processos e políticas que influenciam o acesso e a continuidade do cuidado, e outros ainda exploram as visões e atitudes dos profissionais e usuários em relação à inclusão e às políticas públicas. Os objetivos se diferenciam também pelo nível do sistema de saúde estudado (atenção básica, especializada, hospitalar, ou o sistema como um todo) e pela abrangência geográfica (municipais, regionais, nacionais, ou revisões de literatura).

Essa diversidade de objetivos reflete a complexidade da questão da acessibilidade e do acesso à saúde para pessoas com deficiência, que envolve desde a estrutura física dos edifícios até a forma como a deficiência é compreendida e como os serviços são organizados e prestados.

Ao comparar os métodos utilizados (Quadro 2) nota-se uma diversidade de abordagens e técnicas, adequadas aos objetivos específicos de cada estudo, tais como: abordagem quantitativa, qualitativa e mista.

Quadro 2 - Apresentação das informações dos trabalhos selecionados incluídos na revisão integrativa: métodos, objetivos, amostra e resultados

Nº	**Método**	**Amostra e Técnicas**
1	Qualitativo	Entrevistas individuais e mistas (estruturadas e semiestruturadas) com30 estudantes e profissionais em formação ou em exercício, de 14 profissões distintas da área da saúde.
2	Qualitativo, estudo descritivo de campo	Entrevistas com 16 profissionais e gestores de Unidades de Atenção Primária à Saúde em três cidades brasileiras: Brasília (DF), Arcoverde (PE) e Santos (SP).
3	Estudo de caso	Realizado na região de saúde de São José do Rio Preto, São Paulo. A amostra para coleta de dados incluiu entrevistas com 37 atores-chave da gestão, prestadores de serviços e representantes da sociedade.
4	Estudo de caso	Cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. Análise de dados de sistemas de informação de 2009 a 2019. Amostra intencional e heterogênea de 9 participantes para entrevistas: 4 profissionais de saúde, 4 PcD usuárias/cuidadores, 1 gestor.
5	Quantitativo	80 UBS municipais de Campina Grande - Paraíba, Brasil. Utilizou-se instrumento de coleta adaptado, conforme Norma Técnica Brasileira 9050:2015. Os dados foram coletados a partir da técnica de observação sistemática, e para isto, utilizou-se fita métrica inelástica para medição, graduada em centímetros. Para o registro das imagens, utilizaram-se as câmeras fotográficas de smartphones, seguindo o padrão da NBR 9050:2015.

6	Estudo transversal	Utiliza dados do primeiro Censo Nacional de 38.812 UBS, em 5.511 municípios brasileiros, coletados entre maio e outubro de 2012.
7	Quantitativo	A amostra do estudo foi de 157 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), sendo 92 unidades localizadas na zona urbana e 65 na zona rural dos municípios que compõem a região do Maciço de Baturité, localizada no Estado do Ceará, Brasil. Utilizou-se trenas manuais, câmeras filmadoras e instrumento do tipo *check-list* denominado Registro de Acessibilidade Física às Unidades de Saúde, elaborado a partir da Norma Brasileira 9050 (NBR 9050) da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)
8	Qualitativo	O campo de estudo município de Porto Alegre- Rio Grande do Sul, em duas instituições de reabilitação. Participaram da pesquisa profissionais da área da saúde: um médico, um fisioterapeuta e um fonoaudiólogo de cada instituição. Também foram realizadas observações das atuações desses profissionais em atendimentos a pacientes com deficiência física, cuja descrição se fez por meio de um diário de campo.
9	Estudo quantitativo.	Foi realizado um estudo em quatro hospitais públicos de João Pessoa, PB. Os dados foram coletados por meio de observação sistemática, utilizando-se um questionário estruturado pela pesquisadora, com base nas informações contidas na ABNT NBR 9050.
10	Estudo quantitativo.	40 sujeitos de cada tipo de deficiência, totalizando 120 sujeitos vinculados a 4 associações de PcD do estado do Ceará. O instrumento foi um questionário estruturado, contemplando perfil sociodemográfico e, políticas públicas que contribuíram para a inclusão da PcD.
11	Estudo qualitativo e quantitativo	Amostra intencional de 25 indivíduos com algum tipo de deficiência (visual, auditiva ou física). A identificação das pessoas entrevistadas foi obtida de uma listagem maior, com 414 sujeitos com deficiências, provenientes do total de pessoas entrevistadas pelo Inquérito de Saúde e Condições de Vida no Município de São Paulo (ISA - Capital) - 2003.
12	Estudo de caso	4 UBS em um município do Estado da Bahia 55 entrevistas semiestruturadas: quatro gestores do nível central, cinco trabalhadores de saúde, sete médicos, cinco enfermeiros, seis auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e 22 usuários.
13	Estudo de caso	55 entrevistas semiestruturadas, observação das rotinas de atendimento e análise documental (Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão).
14	Estudo quantitativo.	A amostra geográfica intencional foi constituída por uma cidade de médio porte do Ceará, 12 UBS em município de médio porte. Coleta de dados por formulário do tipo cheque-lista, elaborado a partir da NBR 9050 da ABNT, discriminando as condições ideais de acesso estabelecidas na lei para permitir a mobilidade das pessoas portadoras de deficiência física nos serviços selecionados.

Fonte: elaborado pelas autoras.

A localização dos estudos varia, incluindo municípios específicos na Paraíba (João Pessoa, Campina Grande), Ceará (Maciço de Baturité, estado do Ceará para associações de PcD), Bahia, São Paulo (capital, região de São José do Rio Preto), e Recife (PE). Um estudo utilizou dados de todo o Brasil (Censo Nacional das UBS).

A população estudada também difere, envolvendo: pessoas com deficiência (pcd) e/ou restrição de mobilidade; profissionais de saúde; gestores e *stakeholders*; estrutura física de UBS, hospitais, ou instituições de reabilitação.

A escolha da metodologia está diretamente ligada ao que o pesquisador deseja investigar. Para medir barreiras físicas e a conformidade com normas, prevalecem estudos quantitativos/descritivos com observação, checklists e NBR 9050 como referência (Araújo *et al.*, 2022; Azevedo *et al.*, 2015; Marques *et al.*, 2018; Santos, 2020; Vasconcelos *et al.*, 2006). Para compreender as experiências e percepções dos usuários ou profissionais, utilizam-se abordagens qualitativas com entrevistas (Castro *et al.*, 2011, Missel; Costa; Sanfelice, 2017,

Pagliuca *et al.*, 2015; Vaz; Garcêz; Silva, 2025). Para analisar a organização dos serviços ou a implementação de políticas e redes, estudos de caso, análise documental e entrevistas com stakeholders (gestores, profissionais, usuários) são mais adequados (Cunha; Vieira, 2010; Farias *et al.* 2023; Mota; Bousquat, 2023). A maioria dos estudos sobre acessibilidade física foca em unidades básicas de saúde (UBS/USF/UAPS) ou hospitais, utilizando a NBR 9050 como principal parâmetro técnico de avaliação. Estudos que exploram a dimensão humana e social da acessibilidade e inclusão tendem a usar entrevistas e análises qualitativas. Essa diversidade reflete a necessidade de múltiplas perspectivas para abordar a complexa questão da acessibilidade e do acesso à saúde para pessoas com deficiência no Brasil.

Com base na análise dos resumos detalhados dos artigos fornecidos e na nossa conversa, é possível realizar uma comparação aprofundada dos resultados encontrados pelos diferentes estudos, agrupando-os pelas categorias temáticas que identificamos. Essa abordagem comparativa evidencia padrões recorrentes e desafios persistentes na acessibilidade aos serviços de saúde para Pessoas com Deficiência (PcD) no Brasil. Vamos comparar os resultados principais de acordo com as categorias temáticas a seguir.

4.1 Acessibilidade Física e Arquitetônica

Diversos estudos (Araújo *et al.*, 2022; Azevedo *et al.*, 2015; Marques *et al.*, 2018; Santos, 2020; Vasconcelos *et al.*, 2006) focaram na avaliação das condições físicas e arquitetônicas de unidades de saúde, utilizando predominantemente a NBR 9050 como parâmetro, e os resultados são consistentemente negativos, apontando para a falta de adequação na maioria dos ambientes investigados.

As condições das calçadas e ruas no percurso até as unidades de saúde são frequentemente inadequadas, com buracos, desnivelamentos e obstáculos que dificultam o trânsito seguro. A sinalização é deficiente ou ausente, incluindo a falta de faixas para pedestres acessíveis, semáforos com recursos sonoros e rebaixamento de meio-fio. O estacionamento privativo demarcado para PcD é raro ou inexistente nas proximidades ou nas próprias unidades. O percurso da residência ao serviço é, por si só, uma barreira significativa.

A presença de rampas de acesso é comum em muitas unidades, mas frequentemente não atendem às normas técnicas quanto à inclinação ou à presença de corrimãos em ambos os lados. Escadas, quando presentes, muitas vezes não possuem corrimãos adequados. As portas nem sempre possuem a largura mínima exigida para a passagem de cadeiras de rodas. O uso do Símbolo Internacional de Acesso (SIA) para identificar áreas acessíveis é muito baixo.

Embora as áreas de circulação possam ter a largura mínima requerida, frequentemente apresentam obstáculos como lixeiras, bebedouros e mobiliário. Pisos irregulares, escorregadios ou com desnivelamentos, que aumentam o risco de quedas, são um problema comum. Corrimãos internos são inadequados ou ausentes. Elevadores podem existir, mas não necessariamente atendem aos critérios de acessibilidade ou localização.

O mobiliário nas áreas de recepção e espera é, em grande parte, inacessível. Balcões, mesas, bebedouros e telefones públicos frequentemente estão instalados em alturas inadequadas para usuários de cadeira de rodas. Assentos adequados são extremamente raros. O espaço para acomodar cadeiras de rodas em salas de espera é limitado.

Este é um dos pontos mais críticos. Banheiros adaptados são insuficientes ou inexistentes na maioria das unidades. Mesmo quando presentes, falta sinalização adequada, espaço para manobra de cadeira de rodas, barras de apoio (horizontais ou verticais) e torneiras de fácil acionamento. A falta de banheiros acessíveis compromete a independência, intimidade e privacidade das PcD.

Em suma, os estudos convergem ao demonstrar um alto índice de inadequação física e arquitetônica nas unidades de saúde (UBS, UAPS, hospitais) em diversas regiões do Brasil,

evidenciando um descumprimento generalizado das normas de acessibilidade, como a NBR 9050. Essa falta de acessibilidade física é uma barreira fundamental para o acesso e uso dos serviços de saúde.

4.2 Acessibilidade Organizacional e de Processos

Esta categoria aborda como a organização dos serviços de saúde afeta o acesso. Os estudos que a exploraram revelam dificuldades significativas relacionadas a fluxos, gestão e recursos.

Problemas para marcar consultas, horários restritos, longas filas e tempos de espera prolongados para atendimento ou procedimentos especializados são barreiras recorrentes. Isso compromete a obtenção de cuidado oportuno e pode impactar negativamente o prognóstico.

O custo e a disponibilidade de transporte adequado para chegar aos serviços de saúde são apontados como grandes dificuldades para as PcD. Frequentemente, as PcD dependem de terceiros para se deslocar, o que limita sua autonomia.

A fragilidade ou ausência de sistemas de referência e contra-referência adequados dificulta o encaminhamento entre os níveis de atenção e a continuidade do cuidado. A garantia de acompanhamento longitudinal, essencial para muitas PcD, não é assegurada na rede.

Há insuficiência de recursos materiais, equipamentos (como OPM) e, principalmente, profissionais qualificados para atender a diversidade de necessidades das PcD. A fragilidade na regulação assistencial e a gestão de vagas podem transformar o sistema em um mecanismo de restrição ao acesso, sendo suscetível a outras formas de acesso não equitativas, como a regulação clientelística.

Os estudos de Cunha e Vieira (2010) e Farias *et al.* (2023) investigaram essas barreiras organizacionais mais a fundo, mostrando que os problemas de acesso persistem apesar das políticas e da ampliação da oferta, estando intimamente ligados ao modo de organização dos serviços e à insuficiência de recursos e protocolos claros. O estudo de Castro *et al.* (2011) reforçam as dificuldades vivenciadas pelos usuários em relação a transporte, espera, recursos e instalações inadequadas. Missel, Costa e Sanfelice (2017) também citam o acesso inadequado e tardio ao SUS e a burocracia como obstáculos à reabilitação. Mota e Bousquat (2023) apontam que a fragilidade na organização e a insuficiência de recursos são desafios na implementação de redes de cuidado, reforçando que o acesso é limitado pela falta de regulação clara e recursos estruturais adequados.

4.3 Percepções, Experiências e Aspectos Sociais/Atitudinais

Esta categoria aborda a dimensão humana da acessibilidade, incluindo como as PcD e os profissionais vivenciam e percebem o tema, além dos fatores sociais.

As PcD relatam dificuldades significativas no acesso e uso dos serviços de saúde, enfrentando barreiras no transporte, no tempo de espera e nas instalações físicas. Há um sentimento de insatisfação em relação à efetividade das políticas públicas inclusivas, pois muitas não se concretizam na prática. No entanto, alguns indivíduos relataram não ter encontrado problemas, indicando que a experiência pode variar.

Os estudos revelam que as concepções de deficiência entre profissionais de saúde são multifacetadas, coexistindo perspectivas médicas (foco no problema corporal, cura) e sociais (foco nas barreiras ambientais e sociais), mas com a visão médica ainda parecendo hegemônica em alguns aspectos. Elementos morais ou religiosos também influenciam essas concepções. Há uma desconexão frequente entre o discurso dos profissionais, que reconhecem a importância do contexto social, e sua prática, que pode ser mais tecnicista e focar no ‘corpo-objeto’. A humanização do cuidado, entendida como a consideração dos aspectos sociais, éticos e

emocionais do indivíduo, é vista como essencial, mas enfrenta desafios na prática e na formação.

Profissionais e estudos apontam para uma lacuna na formação acadêmica em relação à inclusão social, humanização, e ao manejo das necessidades complexas das PcD. A formação é percebida como excessivamente tecnicista e biomédica, não preparando adequadamente para uma prática ampliada e humanizada. A falta de qualificação profissional contribui para um 'vazio assistencial', onde os profissionais não conseguem compreender ou responder às especificidades das PcD.

O contexto socioeconômico (renda, escolaridade) tem uma relação íntima com a acessibilidade ao sistema de saúde. Barreiras atitudinais da sociedade e dos próprios profissionais de saúde, como preconceito ou falta de preparo, são citadas como dificuldades que impedem a inclusão plena e um atendimento adequado. A inclusão social depende de múltiplos setores interconectados.

Os estudos de Amaral *et al.* (2012), Castro *et al.* (2011), Missel, Costa e Sanfelice (2017), Pagliuca *et al.* (2015), Vaz, Garcêz e Silva (2025) convergem ao destacar a importância das experiências subjetivas, das percepções e dos fatores sociais na determinação da acessibilidade e inclusão. Eles evidenciam que, além das barreiras físicas e organizacionais, os aspectos atitudinais, a formação dos profissionais e o contexto social do indivíduo são cruciais para garantir o direito à saúde e a um cuidado verdadeiramente humanizado e inclusivo.

4.4 Análise de Políticas e Legislação

Muitos estudos utilizam normas e políticas como referência ou objeto de análise, e seus resultados frequentemente comparam o que a lei preconiza com a realidade encontrada (Farias *et al.*, 2023; Mota; Bousquat, 2023; Pagliuca *et al.*, 2015, Santos, 2020; Vasconcelos *et al.*, 2006, Amaral *et al.*, 2012; Azevedo *et al.*, 2015; Vaz; Garcêz; Silva, 2025).

Há um reconhecimento geral de que o Brasil possui uma legislação avançada em acessibilidade e direitos da PcD (como LBI, NBR 9050, políticas de saúde específicas). Algumas políticas são percebidas como importantes pelas PcD, como o passe livre e a Convenção sobre os Direitos das PcD.

Apesar da existência da legislação, os resultados dos estudos demonstram um amplo descumprimento das normas técnicas e o desrespeito aos direitos previstos em lei na prática diária dos serviços de saúde. A falta de efetividade e eficácia das políticas públicas é uma barreira significativa.

A implementação das políticas de saúde para PcD enfrenta desafios complexos nas dimensões política, organizacional e estrutural. Fatores como a falta de priorização política e econômica, o subfinanciamento do SUS, a dificuldade de governabilidade municipal, a fragilidade na regulação e a falta de planejamento alinhado às necessidades reais da população PcD contribuem para que as políticas não se concretizem plenamente.

As próprias PcD percebem que as leis existentes não são totalmente efetivadas, especialmente nos setores de saúde e educação, onde enfrentam dificuldades de acesso e tratamento inadequado. A efetivação dos direitos depende não apenas da lei, mas da reestruturação física, mudança de comportamento social e capacitação profissional.

Os estudos, sejam de avaliação direta da acessibilidade física (utilizando normas como checklist), análise de políticas ou percepção sobre elas, convergem ao indicar que, embora o arcabouço legal seja um avanço importante, sua aplicabilidade na prática é limitada, constituindo uma barreira central para a garantia do acesso equitativo e integral à saúde para as PcD.

5 CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa teve como objetivo analisar as evidências disponíveis na literatura científica acerca das barreiras de acessibilidade enfrentadas por pessoas com deficiência no acesso aos serviços de saúde. Os resultados revelaram um cenário desafiador, em que a exclusão ocorre de maneira multidimensional (física, organizacional, social e política), comprometendo o princípio da equidade e o direito constitucional à saúde.

No eixo da acessibilidade física e arquitetônica**,** os estudos convergem ao evidenciar inadequações estruturais nas unidades de saúde, como a ausência de sanitários adaptados, obstáculos nas vias públicas e falhas no mobiliário e sinalização. Tais condições ferem diretamente as normativas técnicas vigentes, como a NBR 9050, e impõem sérias limitações à autonomia e segurança das PcD.

Do ponto de vista organizacional e dos processos assistenciais**,** foram identificadas fragilidades nos fluxos de atendimento, longos tempos de espera, dificuldades de transporte, falta de integração entre os níveis de atenção e ausência de profissionais e recursos especializados. Tais deficiências revelam um sistema ainda estruturado sob lógicas excludentes e marcado por desigualdades regionais.

A dimensão social, atitudinal e formativa também se destacou nos achados, com relatos de capacitismo, despreparo profissional, lacunas na formação acadêmica e a persistência de concepções biomédicas que desconsideram os determinantes sociais da deficiência. As barreiras atitudinais, tanto por parte dos profissionais quanto da sociedade, contribuem para experiências de desumanização, invisibilidade e exclusão no cuidado em saúde.

Por fim, a análise das políticas públicas e da legislação vigente revelou a existência de um arcabouço normativo avançado, mas de efetivação limitada. A distância entre o que a lei assegura e a prática cotidiana dos serviços indica uma lacuna crítica na implementação, frequentemente atravessada por entraves políticos, organizacionais e orçamentários.

Esses achados apontam que a acessibilidade à saúde para pessoas com deficiência no Brasil não depende apenas de infraestrutura física ou de políticas isoladas, mas de uma mudança sistêmica e intersetorial que envolva formação profissional, sensibilização social, financiamento adequado, gestão pública comprometida e participação ativa das PcD nos processos decisórios.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a restrição das buscas a artigos disponíveis nas bases PubMed e SciELO, o que pode ter excluído outros estudos relevantes em bases internacionais. A inclusão apenas de publicações em português e inglês também limita a representatividade global dos achados.

Além disso, a diversidade metodológica dos estudos selecionados dificultou comparações diretas entre os resultados, e a ausência de padronização nos instrumentos avaliativos utilizados limitou a mensuração objetiva da acessibilidade nos contextos analisados. A subjetividade na categorização temática, ainda que conduzida com critério, constitui outro fator a ser considerado.

Diante dos resultados e limitações identificados, recomenda-se que futuras pesquisas invistam em estudos empíricos mais robustos e multicêntricos, capazes de avaliar a implementação de políticas públicas sob diferentes contextos regionais e populacionais. Abordagens mistas e interseccionais, que considerem marcadores como tipo de deficiência, raça, gênero e faixa etária, poderão enriquecer as análises e contribuir para estratégias mais equitativas.

Também se fazem necessárias investigações que utilizem instrumentos padronizados de avaliação de acessibilidade**,** bem como estudos que analisem a formação dos profissionais de saúde quanto à inclusão e aos direitos das PcD. O monitoramento de indicadores de acessibilidade e a avaliação participativa de políticas públicas são áreas estratégicas para a

produção de conhecimento que dialogue com a gestão e promova transformações concretas no sistema de saúde.

Por fim, pesquisas que valorizem as vozes das pessoas com deficiência e de seus cuidadores são fundamentais para garantir que as práticas de saúde estejam alinhadas às necessidades reais dessa população, promovendo um cuidado verdadeiramente humanizado, inclusivo e emancipador.

REFERÊNCIAS

AGARWAL, S. M.; AGARWAL, Y. Accessibility information in New Delhi for "Ease n Access" Android-based app for persons with disability: an observational study. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, v. 14, n. 7, p. 645-662, 2019. DOI: 10.1080/17483107.2018.1471743. Acesso em: 30 jul. 2025.

AMARAL, F. L. J. dos S. et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Ciência da Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1833-1840, 2012.Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700022. Acesso em: 30 jul. 2025.

ARAÚJO, Y. F. L. et al. Acessibilidade da pessoa com deficiência física às Unidades Básicas de Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e75651, 2022.

ASSUNÇÃO, M. L. B. Atendimento em saúde à pessoa com deficiência e a formação inicial do profissional de saúde: o que há entre nós? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, e0181, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0181. Acesso em: 30 jul. 2025.

AZEVEDO, T. R. et al. Acessibilidade física de pessoas com deficiência em hospitais públicos. **Enfermería Global**, n. 37, p. 319-327, Enero 2015.Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_administracion3.pdf. 30 jul. 2025.

BERNARDES, L. C. G. *et al*. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 14, n. 1, p. 31-38, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100008. Acesso em: 30 jul. 2025.

BRASIL. **Lei n° 13.146, de 6 de julho de 2015**. Dispõe sobre a inclusão da pessoa com deficiência e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

CASTRO, S. S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 99-105, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000048. Acesso em: 30 jul. 2025.

CASTRO, S. S. de; LOPES, M. J. M. A. A inclusão social da pessoa com deficiência: um desafio para o Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1149-1156, dez. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000048. Acesso em: 30 jul. 2025.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725–737, abr. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400015 . Acesso em: 30 jul. 2025.

CLEMENTE, K. A. P. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, p. 1-10, 2022. Disponível em: https://rsp.fsp.usp.br/artigo/barreiras-ao-acesso-das-pessoas-com-deficiencia-aos-servicos-de-saude-uma-revisao-de-escopo/. Acesso em: 30 jul. 2025.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/grJnXGSLJSrbRhm7ykGcCYQ/abstract/?lang=pt. 30 jul. 2025.

FARIAS, T. M. O. O estreito acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde em uma capital nordestina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1539–1548, maio 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023285.15172022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.15172022. Acesso em: 30 jul. 2025.

GOULART, B. N. G Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 147-152, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031. Acesso em: 30 jul. 2025.

HILGERT, A. C.; SLOB, E. M. G. B. Acessibilidade de pessoas com deficiência aos serviços de saúde pública. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 1, n. 4, p. 05-27, 2019. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/acessibilidade-de-pessoas. Acesso em: 30 jul. 2025.

MACKENZIE, J. E. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, e112, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.112. Acesso em: 30 jul. 2025.

MARQUES, J. F. et al. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e2017-0009, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/LJTRRCcRQKwjDnN7dXbmhHD/?lang=pt. Acesso em: 30 jul. 2025.

MENDES, K. D. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 1020-1027, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018. Acesso em: 30 jul. 2025.

MIRANDA, G. M. D. et al. O acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: a percepção de profissionais e gestores da atenção primária à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 33, p. e230582pt, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/WFs5TNf98MyzHrdkcQNMDdj/. Acesso em: 30 jul. 2025.

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, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/HSSNKfb8rrF7tvNcSq8vvRP/?lang=pt. Acesso em: 30 jul. 2025.

MOTA, P. H. S; BOUSQUAT, A. Desafios para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma região de saúde: um olhar a partir das dimensões política, organização e estrutura. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e220608pt, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220608pt . Acesso em: 30 jul. 2025.
NERI, M. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. supl., p. 77–87, 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700009. Acesso em: 30 jul. 2025.

OLIVEIRA, M. S.; SILVA, M. C. L. O aprofundamento do capacitismo na pandemia. **RTPS-Revista Trabalho, Política e Sociedade**, v. 6, n. 10, p. 259-272, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução e revisão Amélia Leitão. Lisboa: OMS, 2004. Disponível em: https://iparadigma.org.br/biblioteca/inclusao-economica-cif-classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude/. Acesso em: 30 jul. 2025.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 13, n. 28, pp. 177-188, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100015. Acesso em: 30 jul. 2025.

PAGLIUCA, L. M. F. *et al.* Repercussão de políticas públicas inclusivas segundo análise das pessoas com deficiência. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 498-504, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/CvbJ6ZxgYC6nNvxM6PXmC5F/?format=html&lang=pt. Acesso em: 30 jul. 2025.

SANTOS, M. L. de M. dos. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, 2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. e00022219, 2020. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200022. Acesso em: 30 jul. 2025.

SANTOS, S. A. *et al.* Acessibilidade para pessoas com deficiência: faces e interfaces do cuidado em saúde. **Revista Sustinere**, v. 12, p. 2-7, 2024. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/sustinere/article/view/80206. Acesso em: 30 jul. 2025.

SOUZA, M. C. C.; SILVA, G., S.; RODRIGUES, L. S. A inclusão da pessoa com deficiência em cargos de liderança: um panorama do serviço público federal. **Revista Interface Tecnológica**, v. 19, n. 2, p. 444-455, 2022.

UCHÔA, S. M. **Barreiras de acesso dificultam a acessibilidade aos serviços de saúde:** um relato. In: 8º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE (8º CBCSHS), 2019, [local do evento]. Disponível em: https://proceedings.science/8o-cbcshs/trabalhos/barreiras-de-acesso-dificultam-a-acessibilidade-aos-servicos-de-saude-um-relato?lang=pt-br. Acesso em: 30 jul. 2025.

VASCONCELOS, L. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 10, p. 494-500, 2006. DOI: 10.1590/S1414-81452006000300019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300019. Acesso em: 30 jul. 2025.

VAZ, D. V.; GARCÊZ, R. L.; SILVA, H. A. Concepções de deficiência de profissionais de saúde em formação e em exercício: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e09662023, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025302.09662023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232025302.09662023. Acesso em: 30 jul. 2025.

VIEIRA, D. A.; SILVA, L. F. da; MACHADO, M. E. D; BRANDÃO, E. da S.; CHAGAS, H. M. A. Estratégias de comunicação dos profissionais de saúde com pessoas com deficiência auditiva: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, e84359, 2023. DOI: 10.1590/ce.v28i0.84359. Disponível em: https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.84359. Acesso em: 30 jul. 2025.

ANÁLISE DOS EFEITOS DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES DE UMA OPERADORA DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO EM MINAS GERAIS

Filomena Magda Fernandes Foureaux; Mestre; Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Adriane Vieira; Doutora; Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: O planejamento estratégico orienta o trabalho institucional e favorece o desenvolvimento profissional. A educação permanente (EP), como ação de aprendizagem no trabalho, promove reflexão crítica e aquisição de competências, distinguindo-se da educação continuada por seu caráter processual e contextualizado. Esta pesquisa, realizada em uma operadora de saúde suplementar de Minas Gerais, analisou os efeitos da EP no desenvolvimento dos trabalhadores entre 2022 e 2023, com base na aprendizagem significativa. Foram descritas as compreensões dos conceitos, o levantamento de necessidades e a construção dos Planos de Desenvolvimento Individual (PDI). O estudo de caso utilizou entrevistas e análise de conteúdo. Como resultado, observou-se que a EP contribuiu para maior segurança, resolutividade e desempenho no cuidado em saúde, com valorização do protagonismo dos trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde suplementar, Desenvolvimento profissional, Educação permanente. Aprendizagem significativa.

1 INTRODUÇÃO

Nos anos 1970, jovens sanitaristas passaram a implementar, no Brasil, a Atenção Integral à Saúde, integrando ações preventivas e curativas e qualificando os serviços municipais. Esse movimento contou com forte participação popular, especialmente de grupos socialmente vulneráveis, o que promoveu sua politização e o engajamento na formulação da assistência em saúde (Santos, 2013).

As experiências municipais rapidamente se articularam em âmbito nacional, pressionando os governos por mais investimentos no setor. A crescente participação de trabalhadores da saúde e da sociedade civil resultou na formulação de políticas públicas que culminaram na criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), uma iniciativa do Ministério da Previdência e Assistência Social voltada à universalização, equidade, integralidade, descentralização e organização por distritos sanitários (Giovanella; Escorel; Lobato, 2012). Destacam-se nesse processo a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), entre 1986 e 1987, e a promulgação da Constituição Federal de 1988, marcos fundamentais para a consolidação do sistema de saúde (Lemos, 2023).

Nesse contexto, propôs-se uma nova concepção de saúde, fundamentada nos determinantes sociais da doença, em oposição à abordagem linear e biologicista da história natural da enfermidade (Garbois; Sodré; Dalbello-Araújo, 2017). A mobilização política dos trabalhadores da saúde ampliou-se com sua atuação em fóruns deliberativos, resultando na "Constituição Cidadã" de 1988, que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. A partir dessa concepção, saúde passou a depender de condições dignas de vida, como moradia, alimentação, educação, lazer, proteção social e meio ambiente saudável (Lemos, 2023).

Em 1990, com a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado na universalidade, igualdade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e controle social. A norma passou a regular as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabeleceu diretrizes para a qualificação permanente dos profissionais (Brasil, 1990).

Com o fortalecimento do SUS, a formação dos trabalhadores ganhou destaque. Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no âmbito Ministério da Saúde, que ficou responsável por formular políticas para gestão, qualificação e regulação da força de trabalho. Em 2004, a Portaria nº 198/GM instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), consolidada em 2007 a partir das deliberações da 3ª Conferência Nacional do Trabalho e da Educação na Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite (Brasil, 2007).

A PNEPS representa a articulação entre saúde e educação, com foco na formação crítica dos trabalhadores e na capacidade de resposta dos serviços às necessidades da população. Suas ações devem ser orientadas pelas demandas locais e pela transformação das práticas de trabalho. Como destaca Merhy et al. (2006), a construção do conhecimento deve partir da realidade do território, com estratégias dialogadas de enfrentamento dos problemas.

A Educação Permanente (EP) é definida como um processo contínuo de aprendizagem no próprio local de trabalho, pautado na problematização da prática, com potencial transformador do fazer profissional (Brasil, 2018a). Diferencia-se da educação continuada, que ocorre em períodos definidos e segue metodologia tradicional voltada à aquisição sequencial de conhecimentos técnicos (Brasil, 2018b).

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma operadora de autogestão em saúde suplementar, modelo em que a própria empresa administra o plano assistencial sem fins lucrativos. A Saúde Suplementar, por sua vez, compreende as atividades reguladas pelo Estado relativas a planos privados (Brasil, 2012), regida pela Lei nº 9.656/1998 e supervisionada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) desde 2000. O setor engloba operadoras de autogestão, cooperativas, seguradoras e instituições filantrópicas. (Brasil, 1998; Brasil, 2000)

As autogestões podem ser patrocinadas ou não. As patrocinadas contam com o respaldo financeiro de instituições públicas ou privadas, enquanto as não patrocinadas assumem os riscos com recursos próprios (Brasil, 2009; ANS, 2016).

A Educação Permanente, nesse contexto, favorece a construção crítica do conhecimento e a qualificação do cuidado em saúde (Silva et al., 2017). O programa de EP da operadora, foco deste estudo, está ancorado na PNEPS e orientado por seu planejamento estratégico e políticas de recursos humanos.

O problema de pesquisa que norteia o estudo é: Quais foram os efeitos do Programa de Educação Permanente no desenvolvimento dos trabalhadores, entre janeiro de 2022 e dezembro de 2023?

O objetivo geral foi analisar tais efeitos junto aos trabalhadores e gestores da assistência em Minas Gerais, com base em entrevistas semiestruturadas e instrumentos institucionais como o Plano de Desenvolvimento Individual, elaborado em conjunto com a gestão, respeitando o horário de trabalho e os princípios da aprendizagem significativa.

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de compreender os impactos da Educação Permanente em Saúde (EP) no desenvolvimento dos trabalhadores em uma operadora de autogestão da saúde suplementar, contexto ainda pouco explorado na literatura. Considerando os desafios enfrentados pelos serviços de saúde quanto à qualificação profissional contínua, à resolutividade das ações assistenciais e à efetividade do cuidado, investigar os efeitos da EP torna-se estratégico para fortalecer práticas mais integrais, colaborativas e centradas nas necessidades reais da população. Além disso, ao analisar as experiências formativas à luz das diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em

Saúde (PNEPS), este estudo contribui para a consolidação de processos educativos comprometidos com a transformação do trabalho e com a melhoria dos serviços, especialmente em um setor como a saúde suplementar, marcado por grande diversidade organizacional e crescente demanda por qualidade e eficiência.

2 REFERECIAL TEÓRICO

2.1 A Saúde Suplementar

A origem do sistema de saúde brasileiro remonta à década de 1920, estruturado em duas frentes: campanhas sanitárias de prevenção, voltadas à população em geral, e assistência médica curativa prestada a trabalhadores do mercado formal, por meio de serviços oferecidos por empresas e instituições (Possas, 1981).

A Constituição de 1934 foi a primeira a reconhecer direitos sociais, atribuindo ao Estado a competência para intervir e regular contratos no campo da produção (Roquete, 2002). Já na década de 1960, empresas como Volkswagen, Acesita e Companhia Siderúrgica de Volta Redonda passaram a contratar grupos médicos privados, em resposta à precariedade dos serviços previdenciários (Roquete, 2002).

Nesse contexto, surgiu a assistência médica suplementar, inicialmente chamada de "medicina empresarial", com base em convênios firmados entre o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) e a Previdência Social, como forma de ampliar o acesso dos trabalhadores à assistência (Roquete, 2002). Esse arranjo marcou o início da atuação estatal nesse modelo.

Quatro principais modalidades empresariais de assistência suplementar se desenvolveram no Brasil: medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e seguro-saúde. A medicina de grupo surgiu nos anos 1960, ofertando planos coletivos com livre acesso à rede própria ou credenciada. A adesão podia ser opcional, com divisão de custos entre empregador e empregado, ou compulsória, quando integralmente financiada pela empresa.

Na década de 1970, surgiram os planos próprios de empresas, impulsionados pela previdência complementar. Dividem-se em dois tipos: autogestão (administração direta pelas instituições) e cogestão (administração terceirizada) (Roquete, 2002).

O seguro-saúde caracteriza-se pela intermediação de seguradoras que cobrem despesas médicas mediante contrato, sem prestar os serviços diretamente. Já as cooperativas médicas propõem um modelo de gestão democrática, com propriedade coletiva e atendimento personalizado, em contraposição à medicina de grupo baseada em ambulatórios e médicos assalariados (Roquete, 2002).

A partir da década de 1980, a saúde suplementar expandiu-se rapidamente. Entre os fatores que explicam esse crescimento estão a crise dos serviços públicos, o aumento da classe média, o fortalecimento do emprego formal e a distância entre o modelo idealizado do SUS e sua implantação real (Roquete, 2002). O interesse de múltiplos atores – operadoras, empresas, sindicatos, usuários e o próprio Estado – impulsionou essa expansão.

Antes da Reforma Sanitária, a assistência à saúde era dividida entre o Ministério da Saúde, responsável pelas ações preventivas, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, que atendia os trabalhadores formais. A partir dessa reforma, propôs-se a universalização do atendimento e a unificação da responsabilidade sanitária entre União, estados e municípios.

Em resposta à crise do sistema previdenciário e de saúde, o governo criou o Conselho Consultivo de Administração de Saúde do Sistema Previdenciário Social (CONASP), que estimulou a reorganização dos serviços por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS). A

proposta previa descentralização, regionalização, hierarquização e atenção integral à saúde da população.

Em 1987, com o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), o Ministério da Previdência e o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) buscaram garantir acesso universal à saúde. Paralelamente, o Estado incentivava a saúde suplementar por meio de incentivos fiscais, como a dedução de despesas médicas no Imposto de Renda. Com a criação do SUS no final da década de 1980, a assistência passou a ser regida pela Lei nº 8.080/90, que instituiu o comando único em cada esfera de governo. A Lei nº 8.142/90 estabeleceu mecanismos de financiamento, participação social e requisitos para o repasse de recursos, como a criação dos Conselhos e Fundos Municipais de Saúde.

A característica central da saúde suplementar é a natureza mercantil e contratual de suas relações, com base na compra e venda de serviços (Roquete, 2002). Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei nº 9.961, com a finalidade de regular o setor, proteger os interesses dos consumidores e promover o desenvolvimento do sistema suplementar de saúde (Brasil, 2024).

2.2 Gestão de Pessoas

O planejamento estratégico institucional orienta as ações para alcançar resultados, sendo a valorização e o desenvolvimento dos trabalhadores um de seus objetivos centrais. A área de gestão de pessoas é responsável por apoiar esses desafios, promovendo alinhamento entre competências e metas organizacionais.

Segundo Ribeiro (2017), a gestão de pessoas visa administrar as relações entre a organização e seus colaboradores, tratados como parceiros estratégicos. As principais atividades envolvem desenvolvimento, comunicação eficaz, motivação, retenção de talentos e desempenho. Para Chiavenato (2020), essa gestão se organiza em cinco subsistemas interligados:

1. Provisão: recrutamento e seleção de talentos, internos ou externos.
2. Aplicação (onboarding): integração do trabalhador à instituição e sua cultura.
3. Manutenção: acompanhamento contínuo, feedbacks e reconhecimento.
4. Monitoramento: gestão do desempenho para garantir o alcance das metas.
5. Desenvolvimento: capacitação com planejamento adequado para qualificação eficaz.

Este estudo foca no subsistema de desenvolvimento profissional, que compreende ações formais (como programas estruturados) e informais (experiências cotidianas) de aprendizagem (Coelho; Mourão, 2011). A operadora investigada estruturou um Programa de Educação Permanente com base no Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), elaborado entre gestor e trabalhador. As atividades formativas ocorrem no horário de trabalho, com infraestrutura protegida.

Em um cenário de transformações globais e tecnológicas, o desenvolvimento de pessoas é essencial para gerar inovação, produtividade e sustentabilidade. Investir na capacitação fortalece a competitividade institucional e realiza benefícios mútuos – organizacionais e individuais (Ribeiro, 2017; Madruga, 2018).

2.3 Educação Corporativa e Educação Permanente na Saúde: Principais Conceitos

A educação corporativa, concebida como estratégia de desenvolvimento contínuo das pessoas com foco no desempenho institucional, estrutura-se como um processo planejado que utiliza diferentes modalidades educacionais para o desenvolvimento de competências, sem distinção entre cargos ou grupos (Madruga, 2018). Nesse contexto, a Educação Permanente (EP) configura-se como uma de suas práticas formativas, centrada nos problemas do cotidiano

do trabalho e voltada à construção compartilhada de saberes aplicáveis ao serviço de saúde (Adamy et al., 2018).

A EP distingue-se da educação continuada, tradicionalmente baseada em atividades formais, com tempo definido e aquisição sequencial de conteúdos. Enquanto esta segue a lógica da transmissão de conhecimento, a EP valoriza a aprendizagem significativa, integrando saberes prévios dos profissionais a novos conteúdos, com base em metodologias ativas como a problematização (Silva, 2017). Tal abordagem é respaldada pelas premissas de Paulo Freire (1996), que defende o respeito à experiência do educando, o uso do diálogo como método e a autonomia como objetivo do processo educativo (Mancia et al., 2004).

Historicamente, o conceito de educação permanente surgiu na França em 1955, sendo posteriormente difundido pela UNESCO nos anos 1960, a partir da teoria do capital humano, que relacionava qualificação profissional à produtividade econômica (Lemos, 2016a). No Brasil, a ideia foi introduzida em 1966 por Pierre Furter e, no campo da saúde, ganhou força com a influência de organismos internacionais como a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), que propuseram a Educação Permanente em Saúde (EPS) como alternativa para qualificar os trabalhadores e melhorar os processos assistenciais (Smaha, 2011).

Nas décadas de 1970 e 1980, o Brasil iniciou uma série de transformações educacionais na saúde, inicialmente com foco tecnicista e, progressivamente, voltadas à problematização do trabalho e ao fortalecimento do SUS. Nesse período, destacam-se marcos como o acordo entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a OPAS (1973), que resultou na criação do Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde (PPREPS), e a Conferência de Alma-Ata (1978), que consolidou a Atenção Primária como base dos sistemas de saúde (Alves-Pires; Paiva, 2006).

Com o avanço da Reforma Sanitária e a criação do SUS, a EPS passou a ser reconhecida como instrumento estratégico para a transformação das práticas de saúde, alinhada aos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Lemos (2023) ressalta que essa política educacional está ancorada em disputas políticas e ideológicas, contrapondo-se à concepção mercantil da saúde. Diversos programas, como o PROFAE (Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), PSF (Programa de Saúde da Família), PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), VER-SUS (Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde), Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e Telessaúde Brasil Redes, foram instituídos com o intuito de qualificar a formação e adequá-la às necessidades dos serviços (Silva et al., 2019).

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, marcou a institucionalização da política nacional de formação em saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), formalizada pela Portaria nº 198/GM em 2004, passou a orientar as estratégias de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. A condução inicial se deu por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), posteriormente substituídos pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR), responsáveis por pactuar, regionalmente, os planos de ação educativa.

A PNEPS propõe uma pedagogia centrada na prática, com metodologias ativas e resolutivas, valorizando o trabalho como espaço de produção de conhecimento e transformação (Brasil, 2004; Lemos, 2023). Seus compromissos envolvem a formação multiprofissional, institucionalizada no processo de trabalho, com foco em problemas reais, articulação entre ensino, serviço e comunidade e o uso de espaços coletivos para promover aprendizagem significativa (Oliveira et al., 2011; Borges, 2023).

A distinção entre Educação Permanente e Educação Continuada torna-se, portanto, fundamental. A educação continuada compreende ações pontuais e técnicas voltadas à

atualização de conteúdos, sem necessariamente dialogar com o contexto de atuação. Já a Educação Permanente parte da problematização das práticas, promovendo mudanças no modo de cuidar e trabalhar. Enquanto a primeira opera na lógica da pedagogia transmissiva, a segunda se ancora na pedagogia crítica e participativa (Merhy; Feuerwerker; Ceccim, 2006).

Apesar dessa distinção, estudos apontam a persistente confusão entre os dois conceitos, muitas vezes utilizados de forma intercambiável na prática dos serviços. Ferreira et al. (2019) identificam que tal sobreposição decorre da herança de uma formação profissional fragmentada e da predominância de modelos hegemônicos de educação na saúde.

A EP, quando efetivamente implementada, contribui para o fortalecimento da Atenção Primária, promove corresponsabilização entre profissionais generalistas e especialistas (matriciamento), favorece o planejamento coletivo e qualifica o cuidado prestado com foco na integralidade, humanização e resolutividade (Amaral et al., 2017; Lopes; Labegaline, 2019).

Programas como UNA-SUS (Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde), Comunidades de Prática, VER-SUS, PET-Saúde, Pró-Saúde e Telessaúde têm ampliado o alcance da PNEPS, articulando ensino, serviço e gestão, e reconhecendo a EPS como política estruturante da qualificação dos trabalhadores da saúde e da própria organização do SUS (Dolny et al., 2019; Brasil, 2004; Lemos, 2023).

Por fim, a PNEPS reafirma o papel da educação no trabalho como meio para promover transformações nas práticas, desenvolver competências críticas e construir soluções sintonizadas com as reais necessidades dos territórios e da população usuária do SUS e em outros serviços de saúde também onde a EP é praticada.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é compreendida como um processo pedagógico centrado na análise crítica do cotidiano de trabalho, que valoriza a aprendizagem significativa e a construção coletiva de soluções pelos próprios profissionais (Ferreira et al., 2019). Parte-se da realidade vivida para transformar os modelos de atenção e qualificar o cuidado, por meio da problematização e do diálogo. Nesse sentido, a abordagem freireana sustenta a EPS como processo dialógico e crítico, no qual a reflexão sobre a prática permite a ressignificação dos saberes (Ferreira et al., 2019).

Adamy et al. (2018) reforçam que a educação em saúde deve ser contínua e integrada ao cotidiano, com foco na melhoria da assistência. Para isso, é necessário planejamento, uso de ferramentas pedagógicas ativas, participação dos trabalhadores e avaliação das mudanças implementadas (Vilela, 2017). A fim de qualificar o cuidado e transformar os processos de trabalho, políticas públicas como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Humanização (PNH) atuam de forma complementar. Enquanto a PNEPS promove o desenvolvimento profissional por meio de metodologias problematizadoras, a PNH estabelece diretrizes como acolhimento e classificação de risco para garantir práticas mais humanizadas (Lopes; Labegaline, 2019).

A EPS foi incorporada ao SUS como estratégia para fortalecer o protagonismo dos trabalhadores e usuários na produção do cuidado, sendo reconhecida, desde a década de 1980, como referencial pedagógico transformador, com foco na qualidade da assistência e na mudança das práticas de saúde (Ferreira et al., 2019).

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso único (Yin, 2005)**,** realizado em uma operadora de autogestão em saúde suplementar de Minas Gerais, com abordagem descritiva e qualitativa. Essa estratégia permitiu analisar os efeitos das ações de Educação Permanente (EP) no desenvolvimento dos trabalhadores entre janeiro de 2022 e dezembro de 2023.

A instituição conta com 115 trabalhadores em cinco municípios mineiros. A amostra foi intencional**,** composta por 27 trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo 19 os efetivamente entrevistados, pois 8 se desligaram da organização. Os critérios de inclusão

foram: atuação há pelo menos dois anos na instituição e participação nas equipes da ESF. Trabalhadores administrativos ou recém-admitidos foram excluídos.

Utilizou-se a entrevista semiestruturada**,** guiada por roteiro com perguntas abertas. As entrevistas, com média de 30 minutos, foram gravadas mediante consentimento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e realizadas presencialmente ou por videochamada (Teams), respeitando o sigilo dos participantes.

Aplicou-se a análise de conteúdo categorial temática, conforme Franco (2008), permitindo a identificação de sentidos e significados nas falas. A análise baseou-se em leitura flutuante, categorização por temas e subtemas e interpretação contextualizada.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da UFMG e da instituição (CAAE: 74058123.3.0000.5149), conforme Resolução nº 466/2012. Os participantes foram informados sobre os objetivos, anonimato e direito à desistência. As entrevistas foram transcritas e arquivadas, com previsão de descarte após cinco anos. A pesquisa contou com carta de anuência institucional**.**

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Apresentação do Caso

O estudo foi realizado em uma operadora de autogestão patrocinada de Minas Gerais, vinculada a uma instituição financeira de grande porte. A operadora, com cerca de 50 mil beneficiários, reorganizou seus serviços com base na Atenção Primária à Saúde (APS), adotando a Estratégia Saúde da Família (ESF) desde 2003 e investindo na formação de suas equipes.

A estrutura organizacional da operadora abrange áreas como negociação com prestadores, atendimento aos participantes, assistência à saúde, saúde ocupacional (com o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO), regulação médica e serviços administrativos. A sede, em Brasília, define diretrizes institucionais para as regionais.

Entre os setores estratégicos, destaca-se a Divisão de Capital Humano, responsável pelo desenvolvimento profissional e retenção de talentos. A qualificação dos trabalhadores é vista como elemento central para a sustentabilidade e o desempenho institucional. A reorganização do sistema de saúde da instituição exigiu investimentos em formação e desenvolvimento de competências das equipes para viabilizar as transformações no modelo assistencial. Desde 2005, com apoio do Instituto Innovare, foram iniciadas ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), com foco na qualificação dos trabalhadores, culminando na construção do Programa EDUPS — sigla adotada para diferenciar da EPS (Exame Periódico de Saúde).

Entre 2005 e 2013, a instituição promoveu formações introdutórias e oficinas para disseminação dos princípios da EPS e da Atenção Primária à Saúde. Em 2011, foi proposto o Plano de Educação Permanente Institucional, e, em 2013, realizou-se a primeira oficina de formação de facilitadores do EDUPS, ancorada nos princípios da PNEPS.

O EDUPS tem como objetivo geral transformar as práticas profissionais com base nas necessidades de saúde da população assistida. Seus objetivos específicos incluem a qualificação da APS, atualização contínua dos profissionais, estímulo à aprendizagem autodirigida, autossustentabilidade institucional e alinhamento às diretrizes da Operadora. A formação ocorre em serviço, baseada na realidade cotidiana de trabalho.

Em Minas Gerais, a partir de 2019, foi identificado o uso indiscriminado do termo "EDUPS" para qualquer ação educativa. Isso motivou a revisão e organização do processo educativo, promovendo distinções conceituais entre educação permanente, continuada e corporativa. Para tanto, foram elaborados o fluxo da educação permanente e o Ciclo do EDUPS, com etapas sistematizadas: levantamento de necessidades, validação pelo gestor, construção do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) e avaliação das ações.

Para estruturar o processo, criou-se o Núcleo de Educação Permanente (NEP) com representantes das áreas estratégicas e coordenação do analista de educação. Em 2020, gestores e trabalhadores foram capacitados com base na PNEPS e na NR interna do EDUPS, diferenciando conceitos, estratégias de aprendizagem (ex: discussão entre pares, estudo dirigido, matriciamento) e mecanismos de avaliação.

Foram elaborados dois formulários essenciais: Levantamento de Necessidades de Aprendizagem e Avaliação das Ações de Aprendizagem, integrando o fluxo do programa. As ações coletivas são registradas em três instrumentos: PDI individual, Plano de Desenvolvimento Profissional por área e Plano Local de Treinamento da Unidade. O Comitê de Administração da Unidade também pode propor ações educativas, garantindo alinhamento entre as necessidades dos trabalhadores e as diretrizes estratégicas da instituição.

4.2 O Programa de Educação Permanente Institucional

A análise de conteúdo das entrevistas resultou em quatro categorias, sendo a primeira referente ao conhecimento dos trabalhadores sobre o Programa de Educação Permanente Institucional (EDUPS), suas diretrizes e objetivos. O programa tem como base a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), estruturada pelo Ministério da Saúde em 2004, com diretrizes publicadas em 2007. A PNEPS orienta o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS por meio da reflexão sobre a prática, identificação de necessidades e realização de ações formativas, como reuniões clínicas, matriciamento, cursos e estudos dirigidos.

A aprendizagem em EPS transforma as práticas profissionais e a organização do trabalho, promovendo a humanização e a qualificação do cuidado, além do método pedagógico, sendo um processo de questionamento e transformação da realidade (Carvalho; Merhy; Sousa, 2019; Cavalcanti; Guizard, 2018).

A Operadora estudada adotou a valorização dos trabalhadores como objetivo estratégico, e estruturou o EDUPS para contribuir com o desenvolvimento pessoal e profissional por meio de atividades de aprendizagem incorporadas à rotina. Tais ações geram motivação, entregas qualificadas e maior satisfação para trabalhadores, pacientes e a própria instituição. O programa é voltado a todos os trabalhadores da Operadora, e os efeitos foram analisados com base em entrevistas com 19 profissionais da saúde em Minas Gerais, onde a estruturação do EDUPS foi concluída em 2021.

As atividades do Programa são realizadas no contexto laboral, com foco na [re]significação do trabalho a partir das experiências individuais e coletivas dos profissionais, conforme defendem Veiga et al. (2020). Os entrevistados relataram conhecer o programa, identificando suas etapas, como o levantamento de necessidades de aprendizagem no início do ano, feito com base em reflexão crítica, seguido de discussão com o gestor e definição do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI). P13 exemplifica: “É isso que a gente faz todo ano para avaliar as nossas lacunas de aprendizagem, nossas necessidades de capacitação”.

Os trabalhadores destacaram o EDUPS como uma oportunidade de aprimoramento profissional, como nas falas de P18 (“[...] é um programa de desenvolvimento das nossas habilidades”) e P2 (“traz a oportunidade para o colaborador de aprimorar [...] suas vulnerabilidades”). Relatos como o de P9 demonstram que o programa favorece o compartilhamento e a troca entre colegas.

O ciclo formativo é contínuo e estruturado: após a realização da ação de aprendizagem, o trabalhador avalia se alcançou o objetivo. Se sim, a ação é encerrada; se não, reinicia-se o processo. P3 reforça a sistematicidade: “[...] nós somos levados a pensar sobre o nosso processo

de educação permanente [...] para prestar um atendimento melhor". Para P4, trata-se de uma oportunidade contínua de qualificação.

A Operadora protege tempo na jornada de trabalho para capacitações (30 horas anuais), conforme relatado por P7. As atividades são registradas em sistema institucional, compondo o currículo profissional de cada trabalhador. P8 confirma: "Já tem algum tempo [...] a gente sempre teve, nessa instituição, uma oportunidade de estudo".

P17 reconhece a amplitude do programa: "[...] aprimorar nosso conhecimento técnico voltado para a nossa atuação [...] em outras áreas que vão fazer diferença para nossa equipe".

A comunicação institucional foi essencial para garantir que os trabalhadores compreendessem os objetivos, etapas e conceitos do programa. Foram realizadas reuniões, envio de e-mails explicativos e criação de materiais de apoio, com base em princípios como os descritos por Silva e tal. (2019), que defendem que a comunicação eficaz melhora processos, reduz conflitos e fortalece o clima organizacional.

Por fim, em 2021 foi criado o Núcleo de Educação Permanente, com representantes de todas as áreas da Operadora, capacitados para apoiar a implementação e o fortalecimento do programa em suas respectivas áreas. A próxima categoria aborda os conceitos de educação permanente e continuada, conforme a compreensão dos trabalhadores.

4.3 Conceitos importantes – Educação Permanente e Educação Continuada

Segundo Silva et al. (2017), a EP é uma das formas mais eficazes de qualificar trabalhadores da saúde, por promover reflexão sobre a prática e estratégias de aprendizagem adequadas às demandas reais do trabalho.

A análise das entrevistas com os participantes evidenciou que a EP foi compreendida como um processo de aprendizagem contínua e contextualizada. P6 definiu-a como algo construído "no dia a dia, por meio das dificuldades apresentadas no seu atendimento diário", o que reflete a ideia de formação vinculada à prática, como propõem Silva et al. (2017) e Santos et al. (2021). Outros relatos, como o de P3, ressaltaram a EP como processo transformador e ressignificador da prática profissional. P2 e P14 ainda destacaram sua relação com atualização técnica e o desejo interno de melhoria contínua.

Essa compreensão foi reforçada por P1: "A educação continuada faz parte do currículo profissional", e por P5, que a identificou com eventos como "congressos, palestras e webinars".

Puggina et al. (2015) e Mendes et al. (2021) também apontam que a EC nem sempre está conectada às necessidades reais do trabalho.

Alguns trabalhadores mostraram confusão entre os conceitos, como demonstram as falas de P7 e P3, que reconhecem dificuldade em distinguir EP e EC. A literatura sugere que essa confusão pode decorrer de um modelo tradicional de ensino que não valoriza o pensamento crítico-reflexivo.

Por fim, a necessidade de discussão conceitual aprofundada com os membros do Núcleo de Educação Permanente é destacada, visando consolidar a cultura de EP na instituição e favorecer a construção de estratégias formativas coerentes com a prática em saúde.

4.4 O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI)

O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) é concebido como uma ferramenta de autodesenvolvimento profissional e de alinhamento com os objetivos institucionais. Segundo Madruga (2018), ele permite tanto o aperfeiçoamento dos trabalhadores quanto o suporte institucional ao seu crescimento. O Programa da Operadora orienta que o PDI seja construído conjuntamente entre trabalhador e gestor, com base nas necessidades de aprendizagem identificadas no cotidiano, alinhando-se ao planejamento estratégico da organização.

A elaboração do PDI estimula a reflexão sobre lacunas de conhecimento, habilidades e competências, promovendo uma cultura de aprendizagem contínua. O gestor tem papel fundamental na viabilização das ações, oferecendo suporte como materiais, tecnologias, espaço e tempo protegido.

As falas dos participantes refletem esse processo. P18 afirmou que identifica suas necessidades a partir dos atendimentos: "[...] identifico os assuntos que às vezes não tenho conhecimento ou preciso melhorar". P6 mencionou o uso de formulário padronizado para registro das demandas, enquanto P4 relatou como incluiu atualização em vacinas após o surgimento da COVID-19.

A realização das atividades do PDI varia. P4 e P9 afirmaram executar grande parte das ações planejadas, destacando preferências metodológicas e apoio do grupo para viabilizar as capacitações. P3 reforçou o compromisso pessoal com o desenvolvimento profissional: "É um compromisso comigo".

O envolvimento e o desejo de transformação são fundamentais para o êxito da educação permanente, como defende Sarreta et al. (2022). No entanto, a realidade dos serviços assistenciais interfere na execução dos PDIs. P17 relatou que, apesar de realizar a maioria das atividades, a prioridade do serviço é o atendimento imediato ao paciente, o que limita o tempo para capacitação.

A pandemia de COVID-19 também impactou esse processo, como expressou P15: "Eu parei o que estava fazendo à época para pesquisar a urgência do momento".

A etapa final do ciclo do PDI é a avaliação das ações de aprendizagem. Embora a maioria dos trabalhadores tenha relatado realizar avaliações informais, como o feedback dos pacientes (P19), a avaliação formal ainda é pouco sistematizada, especialmente quando não há acompanhamento direto do gestor ou do Núcleo de Educação Permanente (P5).

Em síntese, embora o PDI seja compreendido e valorizado, sua implementação plena ainda enfrenta desafios relacionados à carga de trabalho, disponibilidade de tempo e ausência de avaliação sistemática. A próxima seção abordará os efeitos percebidos dessas ações no desenvolvimento profissional.

4.5 Efeitos da Educação Permanente no Desenvolvimento dos Trabalhadores

Os trabalhadores entrevistados reconheceram os efeitos positivos das ações do Programa de Educação Permanente em seu desenvolvimento profissional. A maioria destacou a oportunidade de aprendizado como um diferencial da Operadora em comparação a experiências anteriores. Para P8, "é bem diferente da grande maioria das empresas pelas quais eu passei", e P6 complementou: "aqui é um ambiente ímpar, em relação à educação".

Diversas experiências foram compartilhadas, evidenciando melhorias na prática profissional. P7 relatou maior facilidade no manejo de casos após estudo prévio, além de ter atuado como multiplicador de conhecimento. P4 citou o aprimoramento técnico ao aprender a usar o material gelcro por meio de vídeos. P5 destacou sua trajetória de desenvolvimento e a evolução de colegas, afirmando: "Hoje, a gente faz melhor do que fazia".

A capacitação também teve impacto na qualificação do atendimento ao paciente, como apontado por P14, que se sente mais preparado para orientar o paciente criticamente. Já P18 e P2 enfatizaram a humanização da assistência, afirmando que a capacitação permite oferecer cuidado mais qualificado, o que reforça o propósito institucional. Puggina et al. (2015) confirmam que ações de educação permanente elevam a qualidade dos cuidados e fortalecem a atuação segura do trabalhador. Para P15, esse efeito se traduz em autoconfiança: "a gente percebe que está conduzindo bem o caso, sentindo segurança e autoconfiança".

A educação permanente, além de fortalecer a formação pessoal e profissional, impacta o trabalho em equipe e os resultados em saúde, especialmente no contexto da atenção primária.

O investimento no desenvolvimento individual e grupal repercute diretamente na qualidade da assistência prestada.

Por fim, os trabalhadores também sugeriram aperfeiçoamentos para o Programa, que serão apresentados à gestão regional e nacional, com o objetivo de fortalecer ainda mais a política de educação permanente institucional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização de um Programa de Educação Permanente se apresenta como estratégia transformadora na formação e capacitação dos trabalhadores da saúde. A pesquisa demonstrou que, embora alguns trabalhadores saibam distinguir com clareza os conceitos de educação permanente e continuada, muitos ainda apresentam dúvidas. Isso indica a necessidade de aprofundamento contínuo desse debate na Operadora.

O levantamento de necessidades de aprendizagem está consolidado, sendo realizado anualmente por todos os trabalhadores por meio de um formulário padronizado. Essa etapa é essencial para a construção do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), que ocorre, sempre que possível, em diálogo com os gestores, permitindo alinhar as demandas individuais às estratégias institucionais.

Embora nem todos consigam realizar essa discussão com o gestor, os PDIs são elaborados e executados conforme as possibilidades de cada profissional. A meta institucional de 30 horas anuais de capacitação por trabalhador é orientada pelo PDI, que também pode ser atualizado ao longo do ano com base em novas demandas institucionais ou eventos como a pandemia da COVID-19.

O principal desafio identificado foi a gestão do tempo, especialmente devido à rotina intensa dos atendimentos sem agendamento na atenção primária. Mesmo com previsão de horário protegido, a priorização do cuidado ao paciente e as capacitações com prazos definidos pela sede da Operadora impactam a execução do plano local de aprendizagem.

Apesar das limitações, os trabalhadores reconhecem o Programa como diferencial, apontando ganhos como maior segurança, resolutividade clínica, melhoria do desempenho em equipe e qualificação do cuidado. A construção do ciclo da educação permanente, com apoio do Núcleo de Educação Permanente, valorizou a prática profissional e promoveu desenvolvimento individual e institucional.

A pesquisa também apontou que a experiência da Operadora configura uma inovação na saúde suplementar de autogestão, com foco na atenção primária, e pode servir como referência para outras instituições. O produto resultante foi a elaboração de uma cartilha institucional sobre a experiência, contendo histórico, fluxos e estratégias do Programa.

Conclui-se que a educação permanente é uma ferramenta potente para qualificação do trabalho em saúde, centrada no protagonismo do trabalhador, com foco na realidade do serviço e nas demandas dos pacientes. A inclusão sistemática dessa estratégia por outras instituições públicas ou privadas pode gerar impactos positivos no cuidado, na equipe e nos resultados organizacionais.

REFERÊNCIAS

ADAMY, Edlamar Kátia et al. Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Santa Catarina, v. 8, p. 2, 2018. Disponível em: www.seer.ufsj.edu.br/recom/issue/view/149. Acesso em: 21 jul 2025.

ALVES-PIRES, Fernando; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **História da cooperação técnica OPAS-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988),** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.

AMARAL, Carlos Eduardo Menezes et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. **Interface**, v. 22, n.66), 2017. Disponível em: DOI: 10.1590/1807-57622017.0473. Acesso em 30 jul., 2025.

BORGES, Carla Luciane dos Santos. **Educação permanente em saúde**: revisitando a trajetória e os desafios atuais para a interface formação, atenção, gestão e participação. Curitiba: Appris, 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/constituição.htm. Acesso em: 23 abr. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de informação da Saúde Suplementar:** beneficiários, operadoras e planos. Ano I, n. I, mar. 2016. Rio de Janeiro: ANS, Ano 09, n. 2 jun. 2016. Acesso em 13 mar. 2023. Disponível em: http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periódicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Histórico da Saúde Suplementar.** Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/quem-somos-1/historico Acesso em: 1 de mai. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático:** gestão do trabalho e da educação na saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Glossário temático:** Saúde Suplementar**,** 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.122 p.

BRASIL. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: http://ww.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1.9656.htm Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ ccivil_03/leis/1.9961.htm Acesso em: 11 mar. 2023.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: MS, 1990. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/ Acesso em: 23 abr. 2023.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.996/2007, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html Acesso em: 13 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198/2004**, 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. Disponível em: www.saude.gov.br/sgtes Acesso em: 28 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília: **Diário Oficial da União,** 24 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 674 do Conselho Nacional de Saúde**, de 25 de outubro de 2022. Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no sistema CEP/CONEP. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2022/2469-resolucao-n-674-de-06-de-maio-de-2022 Acesso em: 8 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1 ed. Ver. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Unidas – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. **Autogestão em saúde no Brasil 1980-2005**: história da organização e consolidação do setor. São Paulo: Unidas, 2005. 94p.

CARVALHO, Monica Sampaio; MERHY, Emerson Elias; SOUSA, Maria Fátima de. Repensando as políticas de saúde no Brasil: educação permanente em saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface**, Botucatu, v. 23, e190211, 2019.

CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes; GUIZARDI, Francine Lube. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção Pan-Americana da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-122, 2018.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos**: o capital humano das organizações. Editora Atlas: São Paulo, 2020.

COELHO-JUNIOR, Francisco Antônio; MOURÃO, Luciana. Suporte à aprendizagem informal no trabalho: uma proposta de articulação conceitual. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 12, n. 6, p. 224-253, 2011.

DOLNY, Luise Ludke *et al*. Serviços de telessaúde como apoio à educação permanente na atenção básica à saúde: uma proposta de modelo avaliativo. **Interface**, v. 23, n. 1, p. 1-18, jan. 2019.

FERREIRA, Lorena; BARBOSA, Júlia Saraiva de Almeida; ESPOSTI, Carolina Dutra Degli; CRUZ, Marly Marques da. Educação permanente em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239. jan.-mar. 2019.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília: Liber Livro, 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José de Carvalho de; CARVALHO, Antônio Ivo de. P**olíticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

LEMOS, Cristiane Lemos Simão. **Educação permanente em saúde no Brasil**: contribuição para a compreensão e crítica**.** Coleção Saúde em Debate, São Paulo: Hucitec, 2023.

LOPES, Maria Teresa Soares Rezende; LABEGALINI, Célia Maria Gomes; SILVA, Maria Elisabeth Kleba; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, n. 1, e1161, 2019.

MADRUGA, Roberto. **Treinamento e desenvolvimento com foco em educação corporativa**. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem na saúde. **Rev. Bras. Enf.**, v. 57, n. 5, p. 23-32, 2004.

MENDES, Giovanna Nascimento; GUIMARÃES, Gabriel Lucas Pereira; PAULA, Emily Jhully Correia de; TAVARES, Paula Paulina Costa. Educação continuada e permanente na atenção primária de saúde: uma necessidade multiprofissional. Dossiê temático ensino/educação em saúde, **Cenas Educacionais**, v. 4, n. e12113, p. 1-13, 2021.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; IM, Ricardo Burg. Educación Permanente em Salud: uma estratégia para intervenir em la micropolítica del trabajo em salud. **Salud Coletiva**, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

OLIVEIRA, Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de; FERREIRA, Emiliane Cunha; RUFINO, Neide Angélica; SANTOS, Maria da Soledade Simeão dos. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichan**, v. 11, n. 1, p. 48-65, 2011.

POSSAS, Cristina. **Saúde e trabalho**: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

PUGGINA, Cindi Costa; AMESTOY, Simone Carvalho; FERNANDES, Helen Nicoletti; CARVALHO, Lisa Antunes; BÁO, Ana Cristina Pretto; ALVES, Franciane de Oliveira. Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. **Espaço para a Saúde,** v. 16, n. 4, p. 87-97, 2015.

RIBEIRO, Antônio de Lima. **Gestão de Pessoas**. Saraiva, 2017.

ROQUETE, Fátima. **Impactos da regulamentação estatal na gestão organizacional: o caso de uma cooperativa médica Unimed no Estado de Minas Gerais**. 2002. Dissertação Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, Política Pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte, o Direito Sanitário, a Governabilidade e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SANTOS, Renata Lopes do Nascimento et al. Potencialidade da educação permanente na prevenção da infecção pelo COVID-19 em trabalhadores de saúde: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e6465, 2021. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6465/427. Acesso em: 30 jun. 2025.

SARRETA, Fernanda de Oliveira et al. Educação permanente de trabalhadores da saúde em tempos de pandemia. **Educação para Profissões da Saúde,** v. 16, n. 3, 2022.

SILVA, Kênia Lara da; FRANÇA, Bruna Dias; MARQUES, Rita de Cássia; MATOS, Juliana Alves de Matos. Análise dos discursos referentes à educação permanente em saúde no Brasil (1970 a 2005). **Trab. Educ. Saúde,** 2019, v. 17, n. 2.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; SODER, Rafael Marcelo; PETRY, Letícia; OLIVEIRA, Isabel Cristine. Educação Permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**agem, n. 38, v. 1, 2017.

SMAHA, Índia Nara. **Educação permanente em saúde:** caminho em construção na 20ª Regional de Saúde. 2011. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Londrina, 2011.

VEIGA, Nathália Henriques *et al*. Educação permanente em saúde do trabalhador: realidade em uma unidade de atenção secundária. **Advances in Nursing and Health**, Londrina, v. 2, n. 1, p. 48-58, jan. 2020.

VILELA, Renata Prado Bereta; CASTILHO, Valéria; JERICÓ, Marli de Carvalho; FARIA, Josimerci Ittavo Lamana. **Educação permanente: tecnologia para a prevenção do erro de**

medicação. CuidArte Enfermagem, v. 11, n. 2, p. 203-208, 2017. Disponível em: http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v2/203.pdf Acesso em: 15 jul. 202.

YIN, Robert Kuo-zuir. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Bookman, Porto Alegre, 2005.

ANÁLISE NA EFICIÊNCIA E SEGURANÇA ASSISTENCIAL A PARTIR DA MUDANÇA DO PERFIL DE POPULAÇÃO ASSISTIDA E DA INTRODUÇÃO DA METODOLOGIA DRG BRASIL EM UM HOSPITAL GERAL DE GRANDE PORTE

Vanessa Soares Martins; Mestre; Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Mery Natali Silva Abreu, Doutora; Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Adriane Vieira; Doutora; Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Renato Couto; Doutor; Grupo IAG Saúde

Márcia Mascarenhas Alemão; Doutora; Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: A saúde é um dever do Estado, e gerir os recursos públicos e privados de forma eficiente para oferecer serviços de qualidade constitui um grande desafio. O objetivo geral desse estudo foi analisar os impactos da implantação do modelo 100% SUS no Hospital da Baleia sobre a qualidade assistencial e a eficiência hospitalar, por meio da análise das condições adquiridas graves e dos principais indicadores operacionais e clínicos no período de setembro de 2023 a dezembro de 2024. Este estudo utilizou abordagem quantitativa de tendência temporal com dados secundários do DRG Brasil, analisando (in)eficiência operacional por meio da relação entre permanência realizada e prevista. A pesquisa foi realizada no Hospital da Baleia, instituição filantrópica de grande porte vinculada ao SUS. O DRG foi implementado no contexto do programa Valora Minas, visando otimizar recursos, monitorar indicadores de desempenho e aprimorar a qualidade assistencial. Os resultados apontam que a adoção do modelo 100% SUS no Hospital da Baleia produziu impactos positivos no acesso e na equidade, refletidos no aumento do número de altas e na elevação da complexidade assistencial. Entretanto, persistem desafios relacionados ao tempo de permanência hospitalar e à eficiência operacional, influenciados por fatores estruturais e sociais que ainda demandam atenção.

PALAVRAS CHAVES: Grupo de diagnósticos relacionados; Sistema único de saúde; e Gestão hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um dever do Estado, e os serviços devem ser ofertados com qualidade à população (SILVA, 2022). O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) provém da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, conforme os parâmetros definidos pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Complementar nº 141/2012, que estabelece percentuais mínimos de investimento na saúde (Roschel et al., 2018). Entretanto, administrar esses recursos representa um desafio para o governo, diante da fragmentação dos serviços e da insuficiência do financiamento público, que compromete a integralidade da atenção e a qualidade assistencial (CONASS, s.d.).

Diante desse contexto, torna-se fundamental compreender o perfil dos usuários do SUS e os custos assistenciais, de modo a subsidiar estratégias de gestão mais eficientes (Reis; Nascimento, 2021). Entre as ferramentas de gestão voltadas à mensuração da qualidade e eficiência hospitalar, destaca-se a metodologia *Diagnosis Related Groups* (DRG), desenvolvida na Universidade de Yale na década de 1960. O DRG agrupa pacientes de acordo com características clínicas e consumo de recursos, permitindo o monitoramento de custos e resultados assistenciais (Faria; Ribeiro, 2017; Reusch, 2015). Essa metodologia utiliza

técnicas estatísticas e inteligência artificial para analisar o perfil das internações e a variabilidade da prática médica, contribuindo para maior transparência e eficiência na gestão hospitalar (Quintanilha, 2019; Filho, 2014).

Após sua adoção nos Estados Unidos, o DRG foi incorporado em diversos países e, no Brasil, tem se mostrado promissor para aprimorar a gestão e sustentabilidade dos sistemas de saúde (Roschel et al., 2018). Em Minas Gerais, o Governo Estadual instituiu, por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.673/2021, o projeto OtimizaSUS, que estimula a aplicação do DRG nos hospitais públicos e filantrópicos, buscando ampliar o acesso qualificado, otimizar recursos e fortalecer o trabalho do terceiro setor. Nesse cenário, questiona-se de que forma a metodologia DRG pode contribuir para mensurar a qualidade assistencial em hospitais de grande porte vinculados ao SUS.

O objetivo geral desse estudo foi O objetivo geral desse estudo foi analisar os impactos da implantação do modelo 100% SUS no Hospital da Baleia sobre a qualidade assistencial e a eficiência hospitalar, por meio da análise das condições adquiridas graves e dos principais indicadores operacionais e clínicos no período de setembro de 2023 a dezembro de 2024.

A metodologia DRG configura-se como uma ferramenta de gestão baseada em evidências, que possibilita classificar pacientes segundo diagnósticos e necessidades clínicas semelhantes, facilitando a revisão de custos, a mensuração da complexidade assistencial e a análise de resultados hospitalares. Dessa forma, permite identificar falhas estruturais e de processos**,** além de orientar melhorias contínuas na eficiência operacional e na qualidade assistencial**.** Instituições que investem em tecnologias como o DRG tendem a alcançar maior transparência, racionalidade no uso de recursos e segurança do paciente**,** consolidando práticas mais sustentáveis e centradas em valor.

Assim, a realização desta pesquisa contribui para a expansão do conhecimento sobre o uso do DRG no contexto do SUS, fornecendo subsídios técnicos e científicos para gestores e formuladores de políticas públicas. A análise proposta reforça a importância de adotar metodologias inovadoras capazes de otimizar recursos, reduzir desperdícios e promover uma assistência mais segura, eficiente e equitativa, impactando positivamente a qualidade dos serviços de saúde e os resultados em saúde da população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta a fundamentação teórica da pesquisa, estruturada em três seções: Sistema Único de Saúde (SUS); Gestão Hospitalar e seus Aspectos Críticos; e *Diagnosis Related Groups* (DRG), Inovações Tecnológicas e Impacto na Qualidade de Processos.

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado das conquistas do movimento da Reforma Sanitária, consolidado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990, que asseguram a saúde como direito de todos e dever do Estado (Carvalho, 2013). Essas leis estruturam o SUS como um conjunto articulado de ações e serviços executados por instituições públicas nas esferas federal, estadual e municipal, com a participação complementar da iniciativa privada (Bandeira; Bandeira, 2021).

A partir de 2011, o Decreto nº 7.508/2011 fortaleceu o processo de regionalização e descentralização, promovendo maior articulação entre as instâncias federativas e os níveis de atenção (Carrapato; Correia; Garcia, 2017). Com o avanço tecnológico e o envelhecimento populacional, o setor terciário de atenção à saúde tornou-se mais complexo, exigindo novas

ferramentas de gestão e inovação (Farias; Araújo, 2017). O aumento de internações, a escassez de recursos e a sobrecarga dos serviços de saúde reforçaram a importância de metodologias de controle de custos e de melhoria da qualidade assistencial (Machado; Martins; Martins, 2013).

2.2 Gestão hospitalar e seus aspectos críticos

A gestão hospitalar é essencial para a organização, coordenação e eficiência dos serviços de saúde. Envolve diferentes áreas do conhecimento — como administração, direito, economia e ciências sociais — e requer planejamento estratégico, liderança e controle de processos (Ceretta; Seibert; Callegaro, 2023). Conforme Santos et al. (2020), essa abordagem multidisciplinar é indispensável para compreender a complexidade do sistema e orientar intervenções eficazes no âmbito hospitalar.

Os desafios da gestão incluem a limitação orçamentária, a distribuição desigual de recursos e a carência de profissionais qualificados (Lima et al., 2007). Tais fragilidades demandam gestão baseada em evidências, priorização de processos e qualificação de equipes, de modo a reduzir filas de espera e melhorar o desempenho assistencial (Fernandes; Bordin, 2022). O número de leitos hospitalares no Brasil tem se mantido estável nas últimas décadas, enquanto os custos das internações aumentam, destacando a importância do uso racional dos recursos e do fortalecimento da atenção primária e domiciliar (SANTOS et al., 2020; REUSCH, 2015).

Nesse contexto, destaca-se o papel do terceiro setor, que, ao lado do Estado, contribui para o equilíbrio entre eficiência econômica e qualidade assistencial (Parente; Parente, 2019). A entrega de valor em saúde exige mensuração de resultados clínicos, análise de indicadores e adoção de ferramentas de avaliação, como a metodologia DRG, que permite monitorar desfechos e promover melhorias contínuas (Reis; Nascimento, 2021).

2.3 Inovações Tecnológicas, DRG e impacto na qualidade de processos

A incorporação de inovações tecnológicas na saúde tem impulsionado a gestão hospitalar, com a criação de políticas específicas desde 2006 e a atuação de órgãos como a CONITEC, responsável pela avaliação e incorporação de tecnologias no SUS (Santos; Pinto, 2021). Nesse cenário, destaca-se a metodologia DRG, desenvolvida na Universidade de Yale na década de 1960 por Fetter e Thompson. Inicialmente voltada à gestão de custos hospitalares nos Estados Unidos, a ferramenta foi posteriormente adaptada a diferentes sistemas de saúde, incluindo o Brasil (Oliveira, 2021).

O DRG classifica pacientes com base em diagnósticos, procedimentos e grau de complexidade, agrupando casos semelhantes em categorias chamadas Grandes Categorias Diagnósticas (GCD). Essa metodologia permite correlacionar o consumo de recursos com a gravidade dos casos, identificar variações na prática médica e promover maior transparência nos custos hospitalares (Faria; Ribeiro, 2017; Reusch, 2015; Quintanilha, 2019). Além disso, possibilita comparações entre instituições, contribuindo para a mensuração da eficiência, a redução da variabilidade e o aprimoramento da qualidade assistencial (FILHO, 2014).

No Brasil, experiências como a de Belo Horizonte, onde a metodologia foi implantada em hospitais públicos vinculados ao SUS, demonstram o potencial do DRG para otimizar recursos e apoiar decisões de gestão com base em indicadores clínico-financeiros (Ocké-Reis, 2023). Ao integrar informações assistenciais e econômicas, o DRG reforça a busca por eficiência e sustentabilidade nos serviços públicos de saúde, contribuindo para um modelo de gestão orientado por valor.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

O método adotado nesta pesquisa é o estudo quantitativo de tendência temporal, utilizando dados secundários fornecidos pelo DRGBrasil. Trata-se de uma abordagem estatística que investiga como uma ou mais variáveis se comportam ao longo do tempo, com o objetivo principal de identificar padrões, tendências, ciclos, variações sazonais e mudanças abruptas que possam estar associadas a eventos, intervenções ou outros fatores externos (Velasco,2023).

Sendo as variáveis estudadas:

- **(**In)eficiência operacional de utilização do custo fixo (em percentual): razão entre a permanência realizada e permanência prevista, ambas com medidas em dias. Sendo definida por:

  - Permanência realizada (em dia): o que corresponde ao número total de dias que um paciente permanece internado no hospital, desde a sua admissão até a alta hospitalar e;
  - Permanência prevista (em dia): que indica o tempo estimado de internação considerado adequado para um determinado grupo de diagnóstico, com base em bancos de dados estatísticos nacional do DRG Brasil. Essa estimativa leva em conta o perfil clínico do paciente, a complexidade do caso, os procedimentos realizados e os padrões assistenciais consolidados, ou seja: (In)eficiência = Permanência Prevista dividido/Permanência realizada X 100

A pesquisa foi realizada em um hospital de grande porte, filantrópico e sem fins lucrativos, vinculado integralmente ao SUS e localizado em Minas Gerais. Fundado em 1944 pela Fundação Benjamin Guimarães, o Hospital da Baleia (HB) nasceu com o propósito de combater a tuberculose e, ao longo de sua trajetória, consolidou-se como referência em atenção hospitalar de média e alta complexidade. Com uma atuação pautada na beneficência e na equidade, a instituição destina integralmente seus recursos à manutenção e ao aprimoramento de suas atividades assistenciais. Desde junho de 2024, passou a atender exclusivamente pacientes do SUS, oferecendo 210 leitos regulados e 29 especialidades médicas, o que reforça seu compromisso com o acesso universal à saúde e a qualidade dos serviços prestados.

A adoção da metodologia DRG no HB ocorreu no contexto do programa estadual Valora Minas, que visa aprimorar a atenção hospitalar por meio de indicadores de desempenho e incentivos financeiros. Integrado ao programa desde 2021, o hospital implementou o DRG de forma planejada, com o objetivo de otimizar a gestão de recursos, aprimorar a qualidade assistencial e fortalecer a governança clínica. O processo envolveu a capacitação de profissionais, a estruturação de fluxos de análise de dados e a utilização dos resultados para monitorar indicadores como tempo de permanência e taxa de complicações. A consolidação dessa metodologia permitiu ao HB alinhar metas institucionais com desempenho clínico, ampliar a transparência na gestão, garantir sustentabilidade financeira e fomentar a melhoria contínua do cuidado e da segurança do paciente.

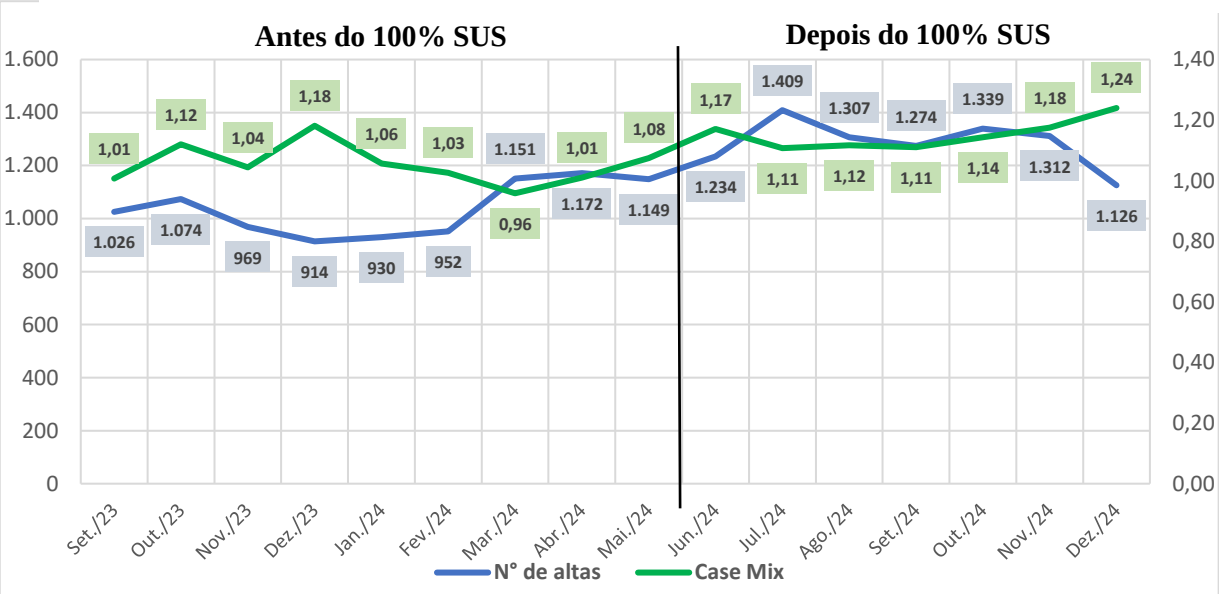
O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG), conforme parecer consubstanciado sob o número CAAE 83655624.7.0000.5149.

RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1 Indicadores gerais da instituição

Entre setembro de 2023 e dezembro de 2024, foram codificadas 18.336 altas hospitalares na plataforma DRG referentes ao Hospital da Baleia, com média de 1.146 altas mensais. O Gráfico 1 apresenta a relação entre o número de altas e o *case mix* institucional antes e após a implantação do modelo 100% SUS.

Gráfico 1 – Relação entre número de altas e case mix institucional



Fonte: Plataforma DRG.

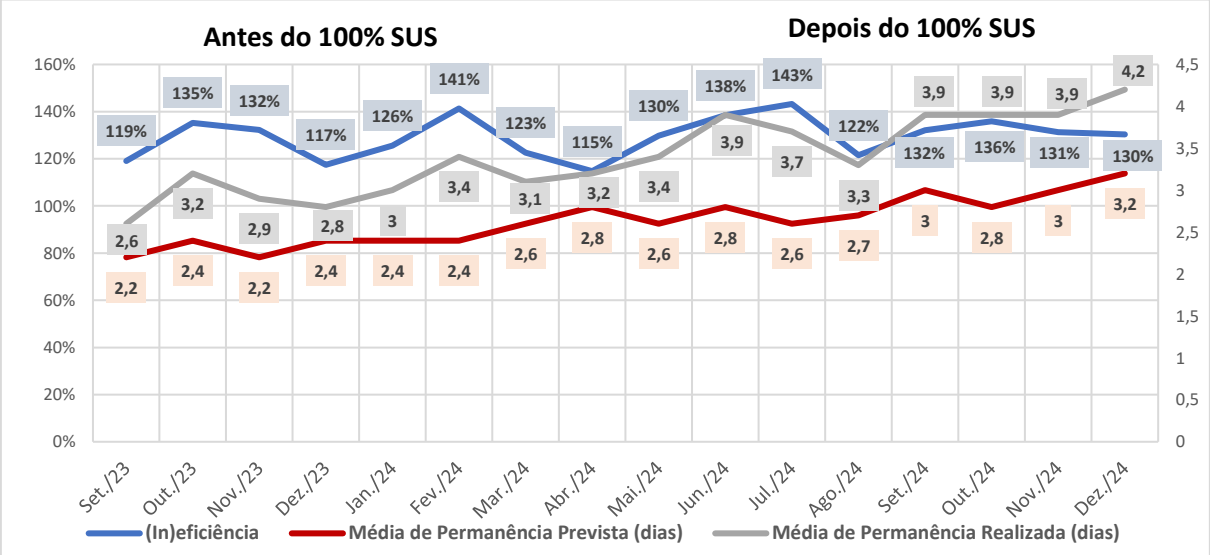
No período de setembro/23 a maio/24, observou-se menor número de altas, com destaque para dezembro/23 (914) e abril/24 (1.172). Após junho/24, houve aumento expressivo, atingindo 1.409 altas em julho/24 e pequena redução nos meses seguintes. Essa variação de 22% demonstra ampliação significativa da demanda após a mudança do perfil de atendimento.

O *case mix* (complexidade assistencial) variou entre 0,96 e 1,18 antes do 100% SUS, crescendo continuamente até 1,24 em dezembro/24 — um aumento de 10,7%. Tal crescimento indica maior complexidade dos casos atendidos, exigindo cuidados especializados e impactando positivamente o financiamento hospitalar via DRG/SUS.

De acordo com Li (2023) e Folguera (2024), o *case mix* reflete tanto a complexidade clínica quanto a compensação financeira obtida pela instituição. Assim, a elevação desse indicador sugere aumento do valor médio pago por internação e maior estabilidade da receita hospitalar. O crescimento do número de altas, sem redução no giro de leitos, reforça a ampliação da capacidade de atendimento sem perda de qualidade assistencial.

O Gráfico 2 apresenta a relação entre a média de permanência prevista (MPP), a média de permanência realizada (MPR) e a (in)eficiência hospitalar.

Gráfico 2 – Relação entre taxa de (in)eficiência e médias de diárias realizadas e previstas

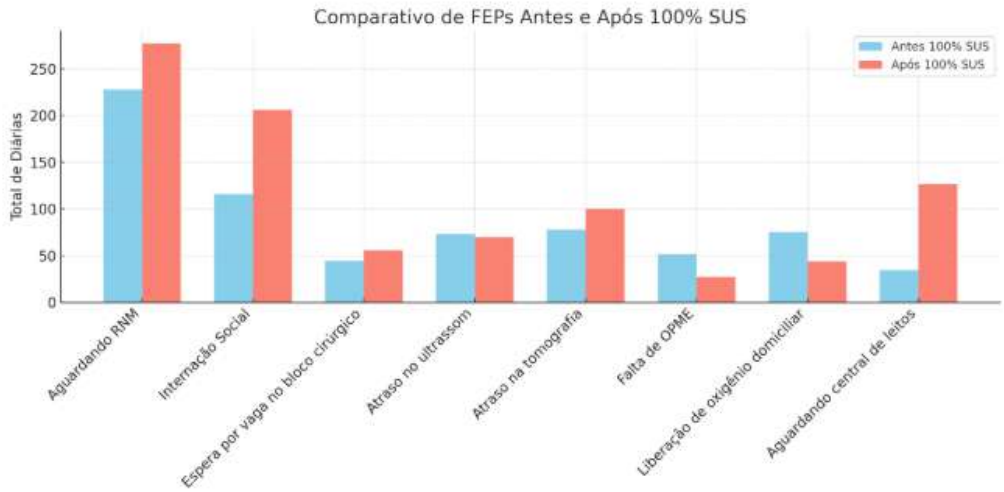


Fonte: Plataforma DRG.

Antes do 100% SUS, a MPP variava entre 2,2 e 2,8 dias, enquanto a MPR situava-se entre 2,6 e 3,4 dias, com ineficiência média entre 115% e 141%. Após junho/24, a MPP aumentou para 2,6–3,2 dias e a MPR para 3,3–4,2 dias. Embora a ineficiência tenha se mantido acima de 100%, observou-se tendência de redução, encerrando 2024 em 130%. O aumento do tempo médio de permanência relaciona-se diretamente ao crescimento da complexidade assistencial, não apenas a falhas nos fluxos hospitalares.

As Falhas de Estrutura de Processos (FEPs) ajudam a compreender as causas da ineficiência hospitalar. O Gráfico 3 apresenta o comparativo antes e depois da adoção do modelo 100% SUS.

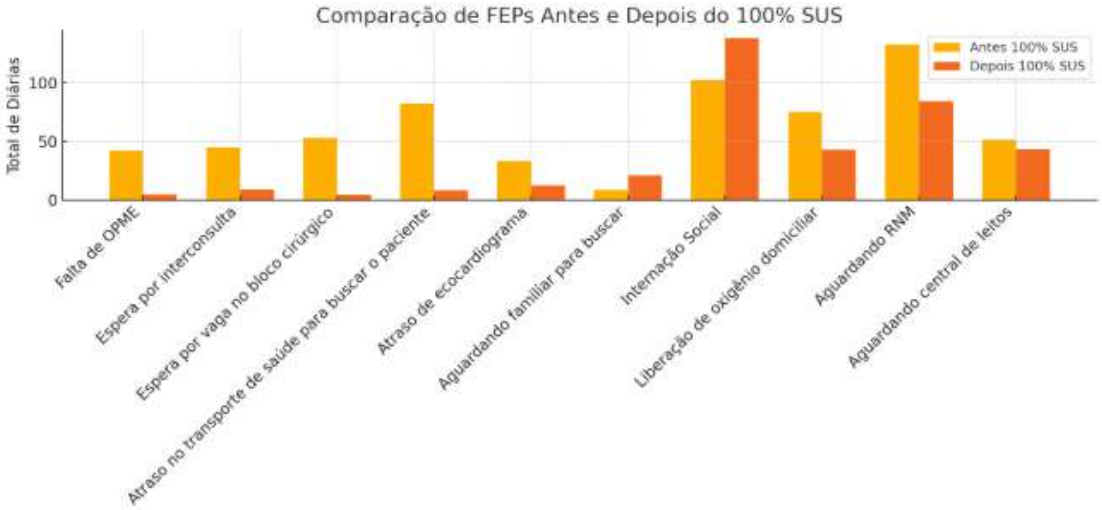
Gráfico 3 – Comparativo de FEP's antes e após 100% SUS



Fonte: Plataforma DRG.

Após a mudança, algumas FEPs aumentaram, como "internação social" e "aguardando realização de ressonância magnética (RNM)", evidenciando gargalos em áreas de suporte diagnóstico e desospitalização. O Gráfico 4 demonstra a variação percentual das diárias por tipo de FEP.

Gráfico 4 – Comparação de FEP's antes e depois do 100% SUS



Fonte: Plataforma DRG.

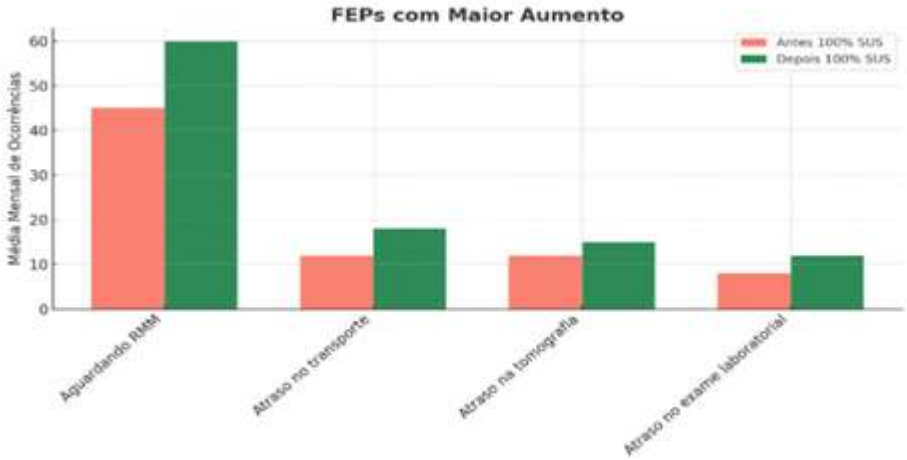
No cenário pré-100% SUS, as FEPs mais relevantes em ocupação de leitos foram:

- Aguardando RNM: 132,8 diárias;
- Internação social: 102,7 diárias;
- Atraso no transporte de saúde: 82,4 diárias;
- Liberação de oxigênio domiciliar: 75,2 diárias;
- Espera por vaga no bloco cirúrgico: 53,0 diárias.

Após o 100% SUS, observou-se redução expressiva em várias FEPs, como "espera por vaga no bloco cirúrgico" (–92%), mas aumento em "aguardando familiar para buscar" (+146,5%) e "internação social" (+34,7%). Esses dados indicam ganhos de eficiência interna, mas também revelam desafios sociais e logísticos na alta hospitalar.

O Gráfico 5 mostra as FEPs com maior crescimento no número de diárias, destacando atrasos em exames de imagem e transporte, provavelmente associados ao aumento da demanda sem expansão proporcional da capacidade instalada.

Gráfico 5 – FEP's com maior aumento de diárias após o 100% SUS



Fonte: Plataforma DRG.

A análise integrada demonstra aumento simultâneo de volume, complexidade e permanência média, conforme sintetizado na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos indicadores antes e após o hospital se tornar 100% SUS

Indicadores	Antes do 100% SUS	Depois do 100% SUS
N° de altas	Volume menor de altas	Aumento acrescente
Case Mix (complexidade)	Média em torno de 1,08	Aumento contínuo até 1,24
Média de Permanência Prevista (MPP)	Baixa (2,2 a 2,6 dias)	Crescendo junto com o Case Mix
Média de Permanência Realizada (MPR)	2,6 a 3,4 dias	3,1 a 4,2 dias
(In)eficiência	Alta e instável (até 141%)	Ainda alta

Fonte: Plataforma DRG.

Esses resultados evidenciam que, após a transição para o 100% SUS, o hospital passou a atender mais pacientes e de maior complexidade, com tendência de estabilização gradual da eficiência operacional. Entretanto, a ampliação da demanda e a maior gravidade dos casos contribuíram para o aumento da média de permanência hospitalar.

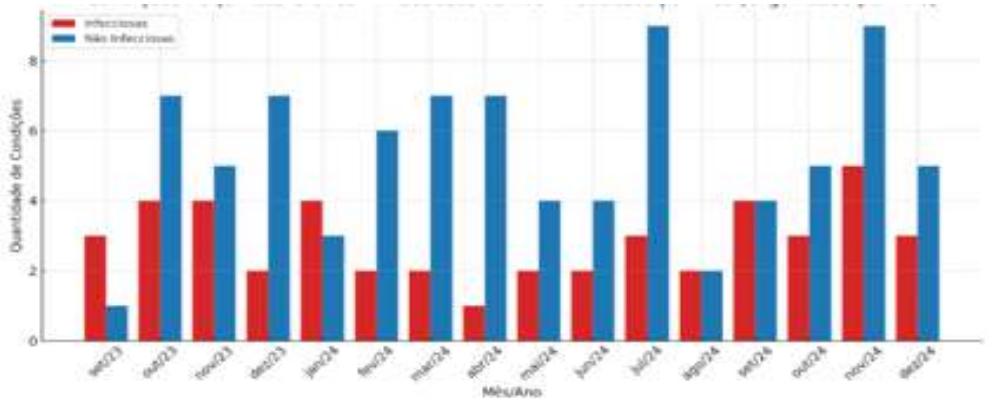
Segundo Ocké-Reis (2023), períodos de alta ineficiência associados a menor complexidade refletem limitações estruturais e organizacionais. Fatores externos, como vulnerabilidade social e ausência de rede de apoio, também prolongam internações. Assim, a elevação da MPR, ainda que esperada, revela necessidade de aprimorar o planejamento de alta, fortalecer a atenção domiciliar e integrar as redes de cuidado pós-hospitalar.

Além disso, Santos (2023) ressalta que combater a ineficiência exige ações concretas de mensuração de desperdícios e racionalização de recursos, não apenas recomendações genéricas de “redução de custos”. Logo, o enfrentamento das FEPs, aliado à integração entre gestão assistencial e política pública, é essencial para consolidar os avanços alcançados.

4.2 Condições Adquiridas Graves

O Gráfico 6 apresenta as condições adquiridas graves (CAGs) ou eventos adversos graves detectados pelo DRG, evidenciando flutuações e picos ao longo do período analisado, especialmente nos meses de julho e novembro de 2024, quando houve aumento geral das notificações. O menor número de eventos infecciosos em abril de 2024 pode estar relacionado à subnotificação, indicando a necessidade de revisar os processos de vigilância.

Gráfico 6 – Comparação das condições adquiridas graves infecciosas e não infecciosas



Fonte: Plataforma DRG.

As condições não infecciosas predominaram em todos os períodos, representando a maior carga de eventos adversos, com destaque para insuficiências orgânicas agudas (respiratória e renal), paradas cardiorrespiratórias com ressuscitação bem-sucedida e úlceras por pressão em graus 3 e 4. Já as condições infecciosas foram mais expressivas em setembro/23 e junho/24, com destaque para sepse e infecções associadas a dispositivos, sugerindo falhas na adesão aos protocolos de assepsia e higienização das mãos. A ausência de registros em fevereiro/24 pode refletir melhorias pontuais ou falhas no processo de notificação.

Esses achados indicam desafios relevantes para a segurança do paciente, especialmente quanto à prevenção de complicações decorrentes da imobilidade, da realização de procedimentos invasivos e da vigilância clínica. O aumento das condições não infecciosas sugere necessidade de reforçar práticas de cuidado contínuo, capacitação permanente das equipes e fortalecimento da cultura de segurança institucional.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024), cerca de 1 em cada 10 pacientes sofre algum evento adverso relacionado à assistência à saúde, resultando em mais de 3 milhões de mortes por ano, sendo 50% evitáveis. Nos países de baixa e média renda, 4 em cada 100 pacientes morrem por danos assistenciais. A segurança do paciente, portanto, é um pilar fundamental da qualidade assistencial e deve envolver medidas de identificação precoce, monitoramento e mitigação de riscos (Nazário, 2021).

Entre os eventos adversos mais frequentes, destacam-se erros de medicação, falhas em procedimentos cirúrgicos, infecções associadas aos cuidados de saúde, erros diagnósticos, quedas, úlceras por pressão, transfusões inadequadas e eventos tromboembólicos. Esses eventos, além de comprometerem a saúde dos pacientes, geram impactos econômicos expressivos, podendo reduzir o crescimento global (Faria, 2023).

As infecções relacionadas à assistência figuram entre as principais causas de óbito evitável, e metade delas pode ser prevenida por meio de medidas profiláticas eficazes, como higienização adequada das mãos, uso racional de dispositivos invasivos e vigilância ativa de antimicrobianos (Faria, 2023).

Pesquisas internacionais demonstram que até 10% das internações hospitalares resultam em algum tipo de evento adverso, sendo 32% classificados como graves (Barbosa, 2021). A autora distingue duas abordagens para compreender os eventos adversos: (1) falhas individuais, relacionadas à negligência ou erro humano, e (2) falhas sistêmicas, vinculadas à estrutura, à organização e às condições de trabalho. Nazário (2021) complementa que a qualidade assistencial depende da identificação e análise das falhas sistêmicas, com foco na melhoria de processos, e não na responsabilização pessoal.

CONSIDERAÇOES FINAIS

Em síntese, a adoção do modelo 100% SUS no Hospital da Baleia produziu impactos positivos no acesso e na equidade, refletidos no aumento do número de altas e na elevação da complexidade assistencial. Entretanto, persistem desafios relacionados ao tempo de permanência hospitalar e à eficiência operacional, influenciados por fatores estruturais e sociais que ainda demandam atenção.

Observa-se que o case mix passou de 1,08 para 1,24, indicando um acréscimo na complexidade dos casos atendidos. O número de altas hospitalares cresceu aproximadamente 22%, enquanto a média de permanência do paciente (MPP) e a média de permanência real (MPR) apresentaram um aumento médio de 0,6 dia. A ineficiência hospitalar mostrou leve redução, demonstrando tendência de controle, e as falhas de estrutura e processos (FEPs) de natureza administrativa diminuíram, ainda que as de origem social e diagnóstica tenham aumentado.

De forma geral, conclui-se que a instituição avançou na reorganização administrativa e ampliou sua resolutividade clínica. Contudo, ainda são necessários investimentos em atenção primária à saúde, suporte social e articulação intersetorial, de modo a consolidar os ganhos de eficiência e garantir a sustentabilidade financeira do modelo 100% SUS.

Quanto às condições adquiridas graves, a análise evidencia que, apesar dos avanços no controle das infecções, ainda há predomínio de condições não infecciosas, muitas delas potencialmente evitáveis. Nesse contexto, torna-se essencial o fortalecimento de estratégias voltadas à prevenção multifatorial e contínua, à capacitação permanente das equipes, à adesão rigorosa aos protocolos assistenciais, ao fortalecimento da cultura de segurança institucional e ao monitoramento sistemático dos indicadores clínicos.

A adoção dessas medidas é fundamental para reduzir danos, aprimorar a eficiência hospitalar e consolidar um modelo assistencial centrado na segurança, qualidade e integralidade do cuidado.

O estudo realizado no Hospital da Baleia apresenta contribuições relevantes para o Sistema Único de Saúde, especialmente no contexto da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade assistencial. Ao analisar o impacto da adoção do modelo cem por cento SUS, o estudo evidencia que a instituição conseguiu aumentar significativamente o número de altas hospitalares e a complexidade dos casos atendidos, demonstrando maior resolutividade clínica e capacidade de atendimento de pacientes com perfis mais desafiadores. Além disso, a análise dos indicadores assistenciais e operacionais, incluindo case mix, média de permanência e falhas de estrutura e processos, fornece subsídios importantes para a gestão hospitalar, permitindo identificar áreas de melhoria, otimizar fluxos assistenciais e reduzir desperdícios de recursos públicos.

Outra contribuição relevante refere-se à segurança do paciente, pois a investigação das condições adquiridas graves — infecciosas e não infecciosas — aponta para a necessidade de estratégias preventivas e monitoramento contínuo, fortalecendo a cultura de segurança e promovendo cuidados mais seguros e eficazes para os usuários do SUS. O estudo também fornece dados que podem subsidiar políticas públicas, planejamento de recursos e decisões estratégicas de financiamento, mostrando como o modelo DRG/SUS pode ser utilizado para orientar investimentos e garantir a sustentabilidade financeira das instituições. Dessa forma, a pesquisa contribui para o aprimoramento da gestão hospitalar, para a redução de desigualdades no acesso à saúde e para a consolidação de práticas assistenciais mais seguras e eficientes no âmbito do SUS.

Embora o presente estudo apresente uma análise abrangente sobre os impactos da implantação do modelo cem por cento SUS no Hospital da Baleia, observa-se uma limitação importante relacionada à ausência de uma abordagem qualitativa que contemple as percepções dos profissionais de saúde e dos pacientes quanto às mudanças ocorridas no processo assistencial e na segurança do cuidado. Além disso, a utilização exclusiva de dados secundários — provenientes de sistemas administrativos e da plataforma DRG — restringe a compreensão mais aprofundada das causas subjacentes aos eventos adversos e às variações observadas nos indicadores operacionais.

Recomenda-se que futuras investigações incorporem metodologias qualitativas e mistas, como entrevistas e grupos focais, a fim de explorar as percepções de gestores, profissionais e usuários sobre as mudanças estruturais, os desafios operacionais e os efeitos percebidos na qualidade assistencial. Além disso, é importante que sejam realizados estudos comparativos entre hospitais públicos e filantrópicos que também adotaram o modelo cem por cento SUS, de modo a identificar fatores críticos de sucesso e boas práticas que possam ser replicadas em outras instituições.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, I. E. B. *et al*. Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6454-e6454, 2021.

BOWEN, D. E.; YOUNGDAHL, W. E. "Lean" service: in defense of a production-line approach. **International journal of service industry management**, v. 9, n. 3, p. 207-225, 1998.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 149, n. 10, p. 1-3, 16 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 24 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 24 set. 2025.

BRASIL. Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG n. 7.826, de 5 de novembro de 2021. Divulga o elenco de hospitais, tipologia e o respectivo valor de incentivo financeiro anual para o Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas, e dá outras providências. Belo Horizonte, 5 nov. 2021. Disponível em: [site da SES/MG]. Acesso em: 24 jun. 2025.

BRASIL. Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG nº 8.405, de 27 de outubro de 2022. Define o valor do repasse anual, a partir da competência de novembro de 2022, dos módulos Valor em Saúde e Hospitais Plataforma da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas, e dá outras providências. Belo Horizonte, 27 out. 2022. Disponível em: [inserir URL do PDF ou da página oficial]. Acesso em: 24 set. 2025.

BRASIL. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.673, de 10 de dezembro de 2021.

DA SILVA, I. N. S. *et al*. A implantação do sistema diagnosis-related group: um relato de experiência das auditorias de codificação nos hospitais. **Revista de Administração em Saúde**, v. 24, n. 95, 2024.

FARIA, L. R. et al. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: incidência, características e fatores associados. **Revista SOBECC**, *[S. l.]*, v. 28, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202328890890. Acesso em: 24 set. 2025.

FOLGUERA, J. et al. Retrospective analysis of hospitalization costs using two payment systems: the diagnosis related groups (DRG) and the Queralt system, a newly developed case-mix tool for hospitalized patients. **Health Economics Review**, v. 14, n. 1, p. 45, 2024.

LI, X. *et al*. Comparison of diagnosis-related group based reimbursement and case-mix index within hospitalized patients before and after modified malnutrition diagnosis. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, v. 32, n. 3, p. 356, 2023.

NAZÁRIO, S. S. *et al*. Fatores facilitadores e dificultadores da notificação de eventos adversos: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE001245, 2021.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio (org.). SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde. Brasília, DF: Ipea: CONASS; OPAS, 2023. p. 83-108. Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12125/1/Cap3_eficiencia_e_ineficiencia_nos_sistemas.pdf. Acesso em: 24 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre segurança do paciente**. Genebra: OMS, 2024. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/saude/Noticia/Relatorio-Global-de-Seguranca-do-Paciente-OMS-2024. Acesso em: 24 set. 2025.

SANTOS, M. A. B. Eficiência e ineficiência nos sistemas de saúde: a perspectiva internacional do debate. In: OCKÉ-REIS, Carlos Octávio (org.). **SUS:** avaliação da eficiência do gasto público em saúde. Brasília, DF: Ipea: CONASS; OPAS, 2023. p. 83-108. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12125/1/Cap3_eficiencia_e_ineficiencia_nos_sistemas.pdf. Acesso em: 24 set. 2025.

VELASCO, W. **Análise de tendências em saúde: conceitos e técnicas**. Brasília: ConectaSUS. 07 jul. 2023. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/09/1510708/analise-de-tendencias-em-saude-conceitos-e-tecnicas.pdf

COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DO GESTOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE SOB A ÓTICA DE SUA FORMAÇÃO: PESQUISA COM EGRESSOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Nathália Letícia Vaz de Melo; Graduada em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Renato Rodrigues da Silva Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: A gestão de Serviços de Saúde é fundamental para o funcionamento e a eficiência do sistema de saúde, contudo ainda há escassez de profissionais qualificados e com formação adequada para o exercício dessa função. Este estudo teve como objetivo identificar a percepção de egressos do curso de Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais sobre as competências e habilidades desenvolvidas durante sua formação, analisando se estas foram suficientes para atender às exigências do mercado de trabalho e quais outras deveriam ser aprimoradas ao longo da graduação. A pesquisa, de abordagem qualitativa, foi realizada com 139 egressos que responderam a uma entrevista sobre suas percepções em relação às competências desenvolvidas no curso. Verificou-se que 29,5% dos participantes consideraram necessária a inclusão de outras competências além das oferecidas pelo Projeto Pedagógico do Curso, destacando-se a gestão de pessoas e equipes, bem como a prática profissional em áreas essenciais. Conclui-se que o curso de Gestão de Serviços de Saúde é essencial para o aprimoramento da gestão de recursos na saúde pública e suplementar; entretanto, evidencia-se a necessidade de fortalecer o desenvolvimento de competências comportamentais e de atividades práticas que aproximem o estudante da realidade profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Competências; Gestão de Serviços de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A gestão organizacional é relevante para qualquer tipo de instituição. Quando bem executada, garante a sobrevivência e o crescimento sustentável, uma vez que um de seus objetivos é otimizar o funcionamento interno da empresa, aproveitando ao máximo os recursos disponíveis e promovendo inovação, de modo a garantir a vantagem competitiva e a sustentabilidade da empresa (Cancian; Cavalcante; Pinho, 2023).

Na área da saúde não é diferente: a gestão se mostra essencial e, ao mesmo tempo, desafiadora diante da complexidade desse setor. A demanda por serviços de saúde cresce a cada ano, a população brasileira está envelhecendo, as pessoas estão mais informadas, os recursos são escassos e, além disso, o hospital é uma instituição que não tem pausas, o trabalho é contínuo e voltado ao cuidado de pessoas em situações delicadas. Dessa forma, a gestão torna-se indispensável para organizar esses processos e garantir qualidade, eficiência e humanização no atendimento (Schenker e Costa, 2019; M'batna *et al.*, 2025,).

Assim, gestão em saúde precisa contemplar diversas dimensões, como a econômica, demográfica, inovação, tendências, sustentabilidade, aprimoramento de processos, certificações, geração de valor, cuidado com o paciente e com os profissionais, melhor aproveitamento dos recursos, gestão de riscos, estratégias, indicadores, entre outros aspectos (UFMG, 2017).

Fica claro que a gestão é multifacetada, o que demanda profissionais com competências específicas. Todavia, há poucas pessoas com formação adequada para exercerem esse cargo

(UFMG, 2017). Na literatura, é amplamente reconhecida a importância da gestão nas instituições de saúde, bem como os problemas decorrentes de sua ausência, má operacionalização e falta de profissionais capacitados para executarem a função (Lorenzetti et al., 2014; Castro et al., 2023).

Sendo assim, frequentemente, a gestão dos serviços de saúde é realizada por enfermeiros, médicos, outros profissionais da área ou até mesmo por pessoas sem formação em saúde (Malaman et al., 2021). Consequentemente, isso pode gerar dificuldades gerenciais, pois a formação desses profissionais, em geral, não os prepara adequadamente para desempenhar o papel de gestor (UFMG, 2017).

Nesse sentido, em 2009, o curso de Gestão de Serviços de Saúde (GSS) começou a ser ofertado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Sua criação decorreu das experiências da instituição com a gestão hospitalar, pois, diante das complexidades dos serviços de saúde, identificou-se a ausência de profissionais com conhecimentos interdisciplinares capazes de atuar na gestão administrativa do setor de saúde (UFMG, 2017). Nesse contexto, a Escola de Enfermagem, a Faculdade de Ciências Econômicas e a Faculdade de Medicina uniram esforços para formar um novo profissional, capaz de combinar conhecimentos das áreas de saúde, administração, economia, contabilidade e demografia (UFMG, 2017).

Porém, para além das competências técnicas, que são os conhecimentos necessários para atuar na função, o gestor precisa ter certas competências comportamentais, sendo essas caracterizadas como as habilidades e os diferenciais desejáveis para esse profissional, como a ética, proatividade, trabalho em equipe, entre outros. (Vieira et al, 2015).

Desde então, há mais de uma década, a UFMG vem formando gestores de serviços de saúde que estão preenchendo as lacunas gerenciais da área. Entretanto, com o amadurecimento desse profissional no mercado de trabalho, surgem questionamentos sobre a adequação das competências técnicas e comportamentais para os desafios da profissão.

Embora existam estudos sobre a gestão em saúde e a formação de gestores, observa-se uma escassez de pesquisas que analisem a percepção dos egressos do curso de Gestão de Serviços de Saúde da UFMG quanto à adequação das competências técnicas e comportamentais desenvolvidas durante a graduação. Nesse sentido, este estudo apresenta caráter inédito ao investigar como esses profissionais avaliam sua formação e quais competências consideram essenciais para o exercício da função.

Assim, esta pesquisa se justifica pela relevância em compreender a percepção dos gestores de serviços de saúde em relação às competências e habilidades desenvolvidas durante sua formação profissional, visando entender se estas foram suficientes para atender às exigências do mercado de trabalho. Além disso, busca-se identificar quais competências e habilidades os gestores julgam necessárias para serem trabalhadas durante a sua formação.

Ter consciência disso é indispensável, tanto para os futuros gestores quanto para a instituição de ensino, uma vez que poderá auxiliar os alunos do curso no aperfeiçoamento de competências importantes para o mercado de trabalho e servirá como parâmetro para a instituição poder avaliar a relevância do que está sendo ensinado e identificar oportunidades para o desenvolvimento de novas competências e habilidades

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A saúde e a gestão

O significado de saúde passou por modificações ao longo dos anos, hoje entende-se como saúde o conceito adotado, em 1948, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a qual definiu-a como o completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Todavia o seu significado já teve outras concepções, como mágico-religiosa, em que a doença era vista como

um castigo divino, e já foi compreendida como a simples ausência de doenças (Neto et al., 2016).

Apesar do conceito mais amplo adotado pela OMS, essa definição originou diversas críticas por não considerar os aspectos emocionais, espirituais e sociais, e por possuir uma dimensão abstrata e idealista, já que cada indivíduo pode ter uma interpretação diferente sobre o que é saúde e doença. Porém, apesar das discordâncias, essa definição incentivou discussões acerca da sua aplicabilidade e sobre o seu impacto à saúde pública (Scliar, 2007).

Nesse sentido, em 1978, a Conferência de Alma-Ata, representou uma conquista para a saúde pública, pois foi durante esse momento que apontaram a saúde como um direito fundamental, e que os Governos ou Estados são responsáveis pela sua promoção e por garantir o seu acesso equitativo à população (Scliar, 2007; Neto et al., 2016).

Esses eventos tiveram repercussão no Brasil, principalmente na Constituição Federal de 1988, na qual garante que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1990). Tais diretrizes também fundamentam o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que materializa os princípios de universalidade, integralidade e equidade, demandando gestores capazes de operacionalizar políticas complexas e multidisciplinares.(Scliar, 2007).

Na Constituição Federal de 1988, também estão dispostas as bases legais para a organização do sistema de saúde no Brasil, sendo o gestor um dos responsáveis por garantir a sua estrutura e seu funcionamento. Porém, frequentemente, os serviços de saúde são diagnosticados com vulnerabilidades gerenciais, o que consequentemente afeta a qualidade do serviço, evidenciando que a formação inadequada ou insuficiente de gestores pode impactar diretamente a eficiência do sistema de saúde (Cancian; Cavalcante; Pinho, 2023; Brasil, 1990).

O gerenciamento em saúde é desafiador, conforme apontado por Cancian; Cavalcante e Pinho (2023), a gestão é um cargo que "sofre com com insistentes crises: de princípios, financeiras e estruturais". Além do mais, pode-se dizer que a atuação nessa área é complexa devido à sua natureza multidisciplinar, exigindo um perfil específico de profissional (Cancian; Cavalcante; Pinho, 2023).

Sendo assim, para exercer esse cargo, o gestor precisa ser um bom líder, gerenciar mudanças, analisar dados, tomar iniciativa, negociar, planejar ações, estabelecer metas, definir objetivos, gerenciar conflitos, promover empenho coletivo da equipe, trabalhar em equipe, ser ético, gerenciar recursos, organizar, administrar e possuir diversas outras competências (Peres et al., 2021).

Diante do exposto, a gestão em saúde assume um papel importante nas instituições públicas e privadas, já que busca aperfeiçoar o desempenho da instituição por meio da maximização dos recursos humanos, materiais, financeiros e físicos disponíveis. De acordo com Lorenzetti et al. (2014), a boa prática da gestão, prezando pela avaliação sistemática da instituição e da qualidade dos serviços oferecidos, está diretamente ligada ao alcance da eficiência e eficácia na saúde, o que pode resultar em acreditações e certificações de qualidade, algo que é de muito prestígio para qualquer organização, passando credibilidade sobre seus serviços.

Tendo em vista a interdisciplinaridade da gestão, fica claro que o profissional que ocupa esse cargo precisa ter uma formação adequada para que consiga exercer sua função de forma excepcional, contribuindo com o progresso da instituição de saúde. Porém, é frequentemente apontada na literatura sobre a falta de profissionais capacitados para esse cargo.

Constantemente, a gestão em saúde é realizada por profissionais da área assistencial ou por pessoas graduadas em administração. Em ambos contextos o percurso curricular dessas profissões não os prepara adequadamente para exercer o papel de gestor (UFMG, 2017). Concomitante a isso, Malaman et al. (2021) reforça que a gestão é frequentemente exercida por

enfermeiros, médicos, outros profissionais da saúde e até mesmo por pessoas sem formação na área, e chama atenção para a necessidade de capacitação. Porém, não é discutido sobre o gestor de saúde em si, e nem como essa situação aumenta as responsabilidades e a sobrecarga desses profissionais que assumem o cargo de gestão (Paiva et al., 2018). Nesse sentido, Lorenzetti et al. (2014) afirma que:

> No Brasil, ainda prevalece a cultura de que qualquer profissional sabe gerir e que a administração se aprende na prática. Raros são os gestores que passaram por bons programas formativos para apreensão de conhecimentos e habilidades próprias da gestão, como liderar grupos, favorecer a motivação e contribuir para a eficácia e efetividade das organizações e melhoria da qualidade de vida das pessoas no trabalho (Amaral, 2007 apud Lorenzetti et al., 2014, p. 422)

Paiva et al. (2018) aponta que a falta de formação adequada se torna um obstáculo para a gestão em saúde, resultando em problemas, como a carência de um planejamento estratégico claro e objetivo, o que limita a análise situacional e financeira da instituição.

Foi nesse contexto que a Escola de Enfermagem e as Faculdades de Ciências Econômicas e Medicina uniram esforços para formar um profissional capaz de combinar conhecimentos da área da saúde, administração, economia, contabilidade e demografia (UFMG, 2017). Sendo assim, no ano de 2009, a Universidade Federal de Minas Gerais começou a ofertar o curso de Gestão de Serviços de Saúde, com a intenção de atender à demanda do mercado de trabalho e solucionar a lacuna gerencial do sistema de saúde.

2.2 Competências do Gestor de Serviços de Saúde

A definição de competência surgiu no contexto da revolução industrial e da globalização, um momento histórico que ficou marcado pelas transformações nas relações de trabalho.

Com a consolidação do capitalismo pela revolução industrial, onde o lucro tornou-se o princípio fundamental, ter vantagem competitiva sobre outras empresas tornou-se essencial (Kilimnik; Santanna; Luz, 2004). Nesse sentido, profissionais qualificados e dotados de competências tornaram-se cada vez mais valorizados por apresentarem vantagens competitivas à empresa, devido à capacidade de "potencializar os resultados organizacionais, por meio da agregação de valor ao trabalho realizado e, consequentemente, aos seus produtos" (Kilimnik; Santanna; Luz, 2004, p. 11).

Na literatura, existem diversos conceitos que definem competências, dessa forma é possível afirmar que seu significado não é unânime, variando de acordo com quem o interpreta e com a época. Camelo e Angerami (2013) buscaram explicitar esses conceitos através de uma revisão integrativa sobre competência profissional. Após analisarem 23 periódicos sobre teorias foi possível inferir que:

Constatou-se a predominância do uso de conceitos de competência profissional a partir de seus elementos constitutivos, ou seja, de conhecimentos, habilidades e atitudes. A competência profissional envolve experiências, atitudes e valores pessoais usados de maneira adequada em resposta às situações da prática profissional (Camelo e Angerami, 2013, p. 588).

A competência também é definida como a capacidade de tomar iniciativa e assumir responsabilidades frente às circunstâncias que surgem no dia a dia profissional (Brandão, 2018 apud Peres et al., 2021). Dessa forma, ter competências é essencial para se garantir no mercado de trabalho, uma vez que são valorizadas pelas empresas e há uma crescente necessidade por indivíduos competentes (Kilimnik, Santanna e Luz, 2004).

Diante disso, Vieira et al. (2015) buscaram caracterizar as competências necessárias para o gestor de serviços de saúde. Em sua pesquisa, definiu-se que o gestor precisa ter tanto

competência técnicas, que englobam os conhecimentos dominados durante a formação, quanto competência comportamentais, representadas pelas habilidades e atitudes do gestor.

Para caracterizar essas competências, Vieira et al. (2015) mapeou junto com os professores do curso de Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais as competências essenciais para o cargo de gestor. As técnicas foram agrupadas em 5 eixos temáticos, sendo eles: Economia e Demografia; Política, Planejamento e Avaliação em saúde; Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; Administração e Contabilidade; e Metodologias Estruturadoras. Já as competências comportamentais foram: "ética; trabalho em equipe; tomada de decisão; manter-se atualizado; relacionamento interpessoal; comunicação; proatividade; escuta crítica e acolhedora; disciplina; motivação; negociação; flexibilidade; autoconfiança; resiliência; criatividade; e inovação" (Vieira et al., 2015).

Além de definir as competências, o estudo propôs avaliar o grau de importância das competências para os profissionais que ocupavam o cargo de gestão. Com isso, foi possível inferir que todas as competências avaliadas foram consideradas importantes para o cargo. Entre as competências técnicas, ‘Administração e Contabilidade’ e ‘Política, Planejamento e Avaliação em Saúde’ tiveram um maior grau de relevância, reforçando a necessidade de compreensão das políticas sociais e do funcionamento do sistema e dos serviços de saúde por parte do gestor, para que assim consiga tomar decisões assertivas e condizentes com a realidade da instituição (Vieira et al., 2015).

Entre as competências comportamentais, as que obtiveram maiores pontuações foram ética, trabalho em equipe, tomada de decisão, relacionamento interpessoal e manter-se atualizado. Ao comparar o resultado do grau de importância das competências técnicas e comportamentais, foi evidenciado que as comportamentais são mais valorizadas que as técnicas (Vieira et al., 2015).

Ademais, os estudantes de gestão necessitam de autonomia para buscar o desenvolvimento dessas habilidades e competências por meio de atividades complementares, uma vez que a grade curricular nem sempre abrange todos os aspectos necessários para sua formação profissional completa (Oliveira; Santos; Dias, 2016).

Desse modo, é crucial investir no curso para que os profissionais terminem a graduação aptos para enfrentar os desafios do dia a dia de um gestor. Esse investimento não apenas beneficiaria os indivíduos em sua carreira, mas também contribuiria para o fortalecimento do sistema de saúde como um todo, garantindo uma gestão mais eficiente e eficaz a prol da saúde da população.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com delineamento descritivo no qual fator e efeito são avaliados em um mesmo momento (Bonita; Beaglehole; Kjellström, 2010; Gil, 2010). O método de investigação escolhido foi o levantamento do tipo survey, que tem como objetivo estudar as características de um grupo, levantar as opiniões, atitudes e crenças, explorando e analisando dados para criação, formalização e/ou renovação de áreas do conhecimento (Babbie, 2001). Uma vez que o estudo envolveu pessoas, foi submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme legislação vigente e foi devidamente aprovado sob o número CAAE: 88470418000005149.

A população de estudo compreendeu os alunos egressos do curso de Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais. Foram elegíveis como amostra todos os alunos que aceitaram participar da pesquisa e que se graduaram entre os anos de 2013 e o primeiro semestre de 2023, totalizando 139 alunos. O critério de exclusão foi não atender aos requisitos de inclusão.

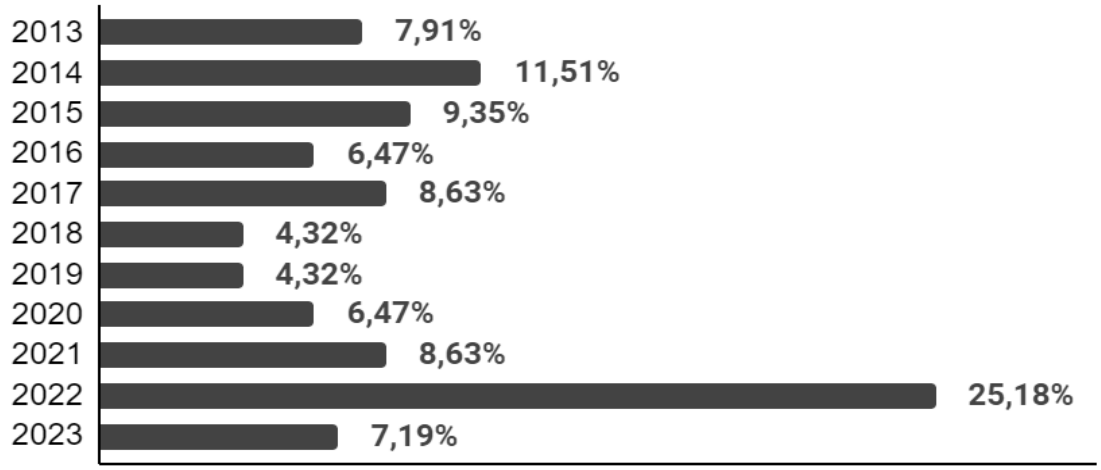
Para a coleta de dados sobre os gestores, foi elaborado um questionário com 28 perguntas contemplando as características sociodemográficas e as competências profissionais. Os questionários online foram enviados aos alunos egressos, primeiramente via e-mail, contendo também o objetivo da pesquisa, sua relevância e potenciais contribuições. O tempo médio para responder ao questionário era de 10 minutos. Após sete dias úteis do envio, os egressos que não responderam ao questionário foram contatados por telefone e convidados a participar do estudo. A partir de então, caso o egresso concordasse em participar do estudo, deveria consentir a participação na pesquisa e responder ao questionário on-line.

Os dados dos questionários foram tabulados em uma planilha e analisados por meio do Microsoft Excel®. Os dados qualitativos, envolviam as respostas sobre as competências necessárias para a gestão para além das previstas no projeto pedagógico do curso. Para sua análise, foram criadas temáticas através das respostas obtidas, em seguida, cada citação sobre as competências e outros fatores considerados nas respostas foram analisados e contabilizados dentro das temáticas.

4 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 139 egressos do curso Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, com idade entre 20 a 40 anos. Cerca de 80% dos participantes eram do sexo feminino. Quanto ao ano de formação, a maioria dos participantes concluíram o curso em 2022 (25,18%), porém houve uma significativa participação de egressos de períodos mais longínquos (Gráfico 1).

Figura 1 - Distribuição dos egressos respondentes segundo ano de formação



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Sobre a realização do estágio na graduação, ao todo 47,2% realizaram estágio não obrigatório e obrigatório durante sua formação, 35,3% fizeram somente o obrigatório e 16,5% somente o estágio não obrigatório.

Sobre as competências previstas no projeto pedagógico do curso, 70,5% acharam que as competências trabalhadas foram suficientes para o cargo ocupado e 29,5% apontaram que outras competências foram necessárias. Cabe ressaltar que as competência propostas no plano de ensino são: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente, coordenação de processos, capacidade crítica, saber analisar a oferta e demanda de serviços de saúde, atuar em ambientes dinâmicos e empregar conhecimentos e instrumentos de gestão disponíveis para atuar no planejamento.

Ao todo 46% dos egressos não realizaram nenhum tipo de atividade complementar ao longo de sua formação, se atendo somente ao cumprimento da matriz curricular do curso. Dessa forma, 54% realizaram uma ou mais atividades, como iniciação científica, pronoturno, extensão, representantes dos alunos junto ao colegiado e representante em diretório acadêmico.

Se pudessem optar novamente, 75,5% dos entrevistados escolheriam fazer o curso de Gestão de Serviços de Saúde outra vez e 89,2% recomendariam o curso para outras pessoas.

A análise qualitativa permitiu compreender outros elementos relacionados às competências. Do total de respondentes (139 egressos), 29,5% (n=41) apontaram que outras competências, além das trabalhadas na graduação em consonância com o Projeto pedagógico do Curso, foram necessárias para o mercado de trabalho. Desse percentual, cerca de 80% (n=34) pontuaram quais foram as competências que consideraram essenciais para sua função, e o que sentiram falta no curso. Cada resposta foi verificada e agrupada por semelhança dentro das temáticas definidas (Tabela 1).

Tabela 1 - Temáticas importantes no ponto de vista dos egressos do curso de Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais em 2022.

Temáticas	Vezes citada	(%)
Gestão de pessoas/equipes	8	12,9%
Prática	7	11,3%
Público	5	8,1%
Análise de dados e indicadores	4	7,4%
Gestão de conflitos	3	4,8%
Gestão de projetos	3	4,8%
Gestão hospitalar	3	4,8%
Gestão de processos	3	4,8%
Saúde suplementar	2	3,2%
Jurídico	2	3,2%
Governança	1	1,6%
Gestão da qualidade	1	1,6%
Disciplinas de tecnologia e IA	1	1,6%
Desenvolvimento pessoal	1	1,6%
Conhecimento em remuneração	1	1,6%
Tabela CBHPM	1	1,6%
Lugar do gestor	1	1,6%
Recursos humanos	1	1,6%
Correlacionar o curso com o terceiro setor	1	1,6%
Relações trabalhistas	1	1,6%
Inglês	1	1,6%
Capacidade de negociação	1	1,6%
Automotivação	1	1,6%
Adaptabilidade	1	1,6%
Capacidade de inovação	1	1,6%
Liderança	1	1,6%
Pensamento criativo	1	1,6%
Conhecimento de novas tecnologias e tendências	1	1,6%

Gestão governamental	1	1,6%
Planejamento	1	1,6%
Estratégia	1	1,6%
Total	62	100,0%

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

5 DISCUSSÃO

A pesquisa com os 139 egressos do curso de Gestão de Serviços de Saúde da UFMG trouxe importantes percepções sobre o perfil e as experiências desse profissional. A faixa etária dos participantes da pesquisa variou entre 20 e 40 anos, sendo a maior parte (80%) do sexo feminino.

A predominância feminina no curso está em consonância com o aumento do número de mulheres que vêm ocupando cargos de liderança. Segundo Tonani (2011), as mulheres se dedicam mais aos estudos, estão melhor preparadas, e são mais transparentes em dinâmicas e entrevistas, o que contribui para sua crescente presença em posições de comando.

Além disso, o estudo incluiu a participação de egressos que se formaram entre os anos de 2013 e o primeiro semestre de 2023. Embora 2022 tenha sido o ano com o maior número de respondentes, a pesquisa também conta com um número significativo de egressos de anos anteriores. Isso permite reflexões tanto de gestores que estão no mercado há mais tempo quanto daqueles que entraram recentemente e cursaram a graduação com uma grade curricular diferente de quem se formou a mais tempo, fornecendo assim diferentes perspectivas.

Ao avaliar a satisfação dos gestores com as competências adquiridas durante sua formação, busca-se entender se as expectativas desses profissionais em relação ao seu desempenho educacional e profissional foram atendidas (Hirsch et al., 2015). Assim, a satisfação dos alunos com o curso é um dado crucial, pois permite analisar a eficiência da instituição e identificar possíveis fraquezas, que podem ser convertidas em oportunidades de melhorias (Soares et al., 2021).

Com isso, a maior parte dos participantes (70,5%) afirmam que as competências trabalhadas no curso foram suficientes para a sua atuação, todavia 29,5% apontaram que outras competências foram necessárias para o mercado de trabalho. Do total de estudantes insatisfeitos, 80% apontaram as competências que foram necessárias após a formação (Tabela 1).

De acordo com a literatura, a gestão de saúde é complexa, e exige do profissional diversas habilidades e conhecimentos de sua e outras áreas (Lorenzetti et al., 2014; Cancian; Cavalcante; Pinho, 2023). Tal afirmação é refletida nas respostas dos participantes, uma vez que diversas competências técnicas e comportamentais foram citadas.

Entre as temáticas citadas, a mais apontada foi a gestão de pessoas e o trabalho e gerenciamento de equipes. De modo geral é imprescindível que o gestor tenha competências interpessoais, ou seja, é preciso saber lidar, de forma eficaz, com as outras pessoas sabendo agir conforme as necessidades da pessoa e da situação (Moscovia, 1981).

Gerenciar envolve várias pessoas, sendo assim para que os resultados esperados sejam alcançados é necessário que os indivíduos estejam alinhados a esses propósitos e trabalhem bem entre si (Lane, 2004). Sendo assim, o gestor tem que ser, acima de tudo, um bom líder, e saber cativar as pessoas que estão ao seu redor para que a produtividade desse grupo seja maior (Moscovia, 1981).

A competência interpessoal é uma habilidade que requer tempo e prática para ser aperfeiçoada. Segundo Moscovia (1981), a capacidade de lidar com relações interpessoais vai envolver uma boa percepção do gestor, para que se possa ter vários ângulos de uma situação,

flexibilidade para agir de maneira não rotineira e diferenciada diante de cada situação, e por fim é preciso ter criatividade, soluções e propostas originais.

Dessa forma, percebe-se que as temáticas, por mais que tratadas de formas separadas uma se relaciona com a outra. Ao discorrer sobre gestão de pessoas e equipes, também se fala sobre a gestão de conflitos, liderança, capacidade criativa, adaptabilidade, desenvolvimento pessoal e sobre a prática.

A prática foi a segunda temática mais citada, sendo necessário destacar que a teoria e a prática se distinguem em algumas situações, dessa forma é importante que o aluno entenda a aplicabilidade dos conceitos estudados em aula (Oliveira, Santos, Dias, 2016).

Apesar de importante, foi apontado pelos entrevistados a falta da prática durante a sua formação, e a importância em se compreender o dia a dia de um gestor, e as funções que estão atreladas a ele. Embora todos os alunos realizem a prática através do estágio, seja ele obrigatório ou não, o gestor de serviços de saúde tem muitas opções em relação ao cargo a ser ocupado, dessa forma é improvável que o estágio supra todas as necessidades que o mercado demandará. As falas dos seguintes entrevistados explicitam essas situações:

"As competências previstas foram boas, mas não o suficiente para a entrada no mercado de trabalho. A teoria foi passada de forma consistente, mas a prática exige muito mais (muito além do que foi exigido nos estágios obrigatórios)." (A64)

"As competências necessárias para exercer a função de gestor vão muito além do projeto pedagógico. São necessárias competências comportamentais que precisam ser desenvolvidas fora da sala de aula. Acredito ser importante utilizar o espaço da Universidade para criar e fomentar espaços para que essas competências (Automotivação, Trabalho em equipe, Capacidade de negociação, Adaptabilidade, etc.) sejam desenvolvidas." (A126)

As frases dos entrevistados chamam atenção para a relevância de se alinhar a teoria com a prática, e além disso, apontam a importância das competências técnicas e comportamentais, com ênfase na última, pois a técnica é o conhecimento teórico, que pode ser conquistado através do estudo, já a comportamental, apesar de poder ser estudada também, demanda do indivíduo as suas habilidades pessoais, tempo, autoconhecimento e aperfeiçoamento (Moscovia, 1981; Vieira et al., 2015).

É importante destacar que ambas competências são indispensáveis para o profissional, no entanto às vezes as competências comportamentais são menos trabalhadas do que as técnicas, e até mesmo "descredibilizadas por pensamentos e ideias céticas" (Morais, 2022, p.36). Além do mais, no processo de contratação as competências comportamentais vêm sendo muito valorizadas, "isto porque as pessoas podem ser muito qualificadas e talentosas tecnicamente, mas ao mesmo tempo estarem possivelmente desprevenidas quanto às suas competências interpessoais" (Morais, 2022, p.36).

Por fim, diversas outras competências foram citadas durante a entrevistas, sendo todas de extrema importância para o gestor. Porém, além da universidade precisar se atentar às demandas do mercado é importante também que o estudante tenha autoconhecimento e autonomia para saber em qual área da gestão de serviços de saúde pretende atuar e com base nisso traçar seu percurso estudantil.

Todavia é importante destacar que 46% dos estudantes de gestão de saúde não realizam nenhum tipo de atividade complementar, mas é preciso considerar que o curso é noturno, no qual a maior parte dos estudantes conciliam os estudos com o trabalho. 48,2% dos entrevistados fizeram estágio não obrigatório e obrigatório, 35,3% fizeram somente estágio obrigatório, e 16,5% somente estágio não obrigatório, sendo assim a maior parte fez um estágio com remuneração (64,7%).

Além da conciliação entre o trabalho e o estudo, são poucas as atividades complementares que são ofertadas durante a noite e que permitem flexibilização para atender aos alunos que trabalham durante a semana.

Portanto, com base na percepção dos egressos, pode-se concluir que o curso de Gestão de Serviços de Saúde oferta aos seus graduandos uma base sólida, porém há oportunidades para se aperfeiçoar. A prática foi uma das questões mais citadas entre os entrevistados, os quais reafirmam que a teoria passada no curso é boa, porém a prática se diferencia em alguns pontos, chamando atenção para a necessidade de se compreender melhor a aplicabilidade do que é estudado e conhecer melhor os desafios do dia a dia de um gestor de saúde.

Também se destaca entre as temáticas, a gestão de pessoas e equipes, o que retoma a questão das competências comportamentais e destaca que o saber liderar e trabalhar em equipe são muito valorizados no mercado de trabalho. Outras competências também foram citadas pelos egressos, e todas são de suma importância para a formação do gestor de saúde.

Espera-se que os resultados desta pesquisa provoquem reflexões tanto nos alunos quanto na universidade e nos professores. A partir dessas reflexões, poderão surgir oportunidades de aprimoramento do curso, visando uma experiência mais enriquecedora e uma formação mais robusta para os estudantes. Além disso, a pesquisa busca proporcionar uma melhor compreensão do que o mercado espera dos futuros gestores de serviços de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso de Gestão de Serviços de Saúde é de fundamental importância para a melhoria da gestão dos recursos tanto na saúde pública quanto na suplementar. Durante a formação, a teoria é transmitida de forma eficaz, porém, existem oportunidades de aprimoramento, especialmente no desenvolvimento de competências comportamentais relacionadas à gestão de pessoas e equipes, assim como na intensificação da prática ao longo do curso. Este artigo pretende suscitar reflexões voltadas ao aperfeiçoamento do profissional que os serviços e sistema de saúde tem demandado.

É uma limitação do presente trabalho trazer a abordagem de um curso específico, no entanto, por se tratar de um curso que guarda certas especificidades, é necessário se debruçar sobre sua organização, proposta e execução com o objetivo de avaliar e propor melhorias e fomentar discussões no ambiente político-institucional da própria Instituição de Ensino Superior e as entidades de saúde.

Pesquisas futuras poderiam investigar mais detalhadamente as barreiras que impedem os estudantes de gestão de serviços de saúde de participarem de atividades complementares durante sua formação. Além disso, outros estudos devem ser realizados com o objetivo de aperfeiçoar o curso e formação do gestor.

REFERÊNCIAS

BONITA R, BEAGLEHOLE R, KJELLSTROM T. **Epidemiologia básica**. 2 ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional, 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4338958/mod_resource/content/3/BONITA%20et%20al%20-%20cap%C3%ADtulo%201.pdf. Acesso em: 21 maio 2024.

CAMELO, Silvia Helena Henriques; ANGERAMI, Emília Luigi Saporiti. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 552-560, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072013000200034. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/tRSmwLZ4rpzSbR5tBp3DhTr/abstract/?lang=pt. Acesso em: 23 maio 2024.

CANCIAN, Mario; CAVALCANTE, Wylma Tenório; PINHO, Silva Teixeira de. Desafios na Gestão Pública no Processo de Gestão em Saúde: Uma Revisão De Literatura. Brazilian **Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 2697–2715, 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n4p2697-2715. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/599. Acesso em: 26 abr. 2024.

CASTRO, Janete Lima de et al. A gestão da pandemia de covid-19 e as suas repercussões para o gestor do SUS. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 32, n. 2, 2023. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902023230491pt. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XQhNWhsnJqyRZ8KBXg35Rtd/abstract/?lang=pt. Acesso em: 21 maio 2024.

BABBIE, Earl. Métodos de pesquisas de survey. Belo Horizonte: **UFMG**, 2001. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/326/o/6_Resumo_Metodos_de_Pesquisas_de_Survey._1_.pdf?1331770834. Acesso em: 21 maio 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 abr. 2024.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2010. 176 p. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 19 jun. 2024.

HIRSCH, Carolina Domingues et al. Fatores preditores e associados à satisfação dos estudantes de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 28, n. 6, p. 566-572, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500093. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/8FXCFR457TkTSxGmzgQvPHw/?lang=pt. Acesso em: 31 jul. 2024.

KILIMNIK, Zélia Miranda; SANTANNA, Anderson de Souza; LUZ, Talita Ribeiro da. Competências profissionais e modernidade organizacional: coerência ou contradição?. **Revista de Administração de Empresas**, [S.L.], v. 44, n. , p. 10-21, dez. 2004. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0034-75902004000500001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rae/a/wtQNKCT8pf7TBQwD7dTMXSJ/?lang=pt. Acesso em: 23 maio 2024.

LANE, Silva. Psicologia social: o homem em movimento. São Paulo: **Brasiliense**, 2004. Disponível em: https://geisamoterani.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/05/o_homem_em_movimento_silvia_lane_wand_codo.pdf. Acesso em: 04 ago. 2024.

LORENZETTI, Jorge et al. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 417-425, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000290013. Disponível

em: https://www.scielo.br/j/tce/a/qJDNdkLvQ9qc6wVRsQRmyyH/abstract/?lang=pt. Acesso em: 21 maio 2024.

MALAMAN, Lia Bissoli et al. Gestão em saúde e as implicações do secretário municipal de saúde no SUS: uma abordagem a partir da análise institucional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 31, n. 4, p. 01-01, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310408. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/vCg89G4pf76XzS3GxV7Jqtk/?lang=pt. Acesso em: 16 maio 2024.

M'BATNA, Alberto João *et al*. Continuidade do cuidado: ações realizadas em hospitais universitários brasileiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 38. 2025. Acta Paulista de Enfermagem. http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2025ao0003391. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/kKDGjmJJKfSKBRCzZYKgQxG/?format=html&lang=pt. Acesso em: 04 out. 2025.

MORAIS, Stéfane Beatriz Nunes de. **Soft Skills**: o impacto das competências comportamentais no mundo contemporâneo. 2022. 41 f. TCC (Graduação) - Curso de Tecnológica em Gestão de Recursos Humanos, Centro Universitário Brasileiro, Recife, 2022. Disponível em: https://www.grupounibra.com/repositorio/RHUMN/2022/soft-skills-o-impacto-das-competencias-comportamentais-no-mundo-contemporaneo--31.pdf. Acesso em: 04 ago. 2024.

MOSCOVIA, Fela. Competência interpessoal no desenvolvimento de gerentes. **Revista de Administração de Empresas**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 17-25, jun. 1981. FapUNIFESP. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rae/a/5vh7nSfHQvPXYy8RvSTt5Ht/#. Acesso em: 02 ago. 2024.

NETO, Daniel Carlos; DENDASCK, Carla; OLIVEIRA, Euzébio de. A evolução histórica da Saúde Pública - **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**- Vol. 1. Ano. 1. Março. 2016, pp : 52-67 ISSN:2448-0959. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/wp-content/uploads/artigo-cientifico/pdf/a-evolucao-historica-da-saude-publica.pdf. Acesso em: 26 abr. 2024.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de; SANTOS, Anelise Schaurich dos; DIAS, Ana Cristina Garcia. Percepções de Estudantes Universitários sobre a Realização de Atividades Extracurriculares na Graduação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 36, n. 4, p. 864-876, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003052015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/5c6gDMHGT6wRYGxQDwrc4HR/abstract/?lang=pt#ModalTutors. Acesso em: 09 maio 2024.

PAIVA, Rosilene Aparecida; RANDOW, Raquel; DINIZ, Luciene Patrícia; GUERRA, Vanessa de Almeida. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, [S.L.], p. 181-184, 2018. GN1 Genesis Network. http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180135. Disponível em: https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2455. Acesso em: 07 abr. 2024.

PERES, Aida Maris et al. Competências requeridas para Gestores que atuam na Atenção à Saúde Pública/Coletiva: scoping review. **Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e**

Desafios | Investigación Cualitativa en Salud, [S.L.], p. 362-373, 10 jul. 2021. Ludomedia. http://dx.doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.362-373. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/353154115_Competencias_requeridas_para_Gestores_que_atuam_na_Atencao_a_Saude_PublicaColetiva_Scoping_Review. Acesso em: 01 maio 2024.

SCHENKER, Miriam; COSTA, Daniella Harth da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 1369-1380, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/fjgYFRhV7s4Tgqvdf5LKBDj/?

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312007000100003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/abstract/?lang=pt. Acesso em: 4 maio 2024.

SOARES, Adriana Benevides et al. A Satisfação de Estudantes Universitários com o Curso de Ensino Superior. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 41, n. 33, p. 1-12, 2021. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003220715. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/C7Mc5LcL96y5ff3MK8FsX3J/#. Acesso em: 31 jul. 2024.

TONANI, Adriana Venturim. **Gestão feminina: um diferencial de liderança, mito ou nova realidade**. VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 12 e 13 de agosto de 2011. Disponível em: https://docplayer.com.br/9809151-Gestao-feminina-um-diferencial-de-lideranca-mito-ou-nova-realidade.html. Acesso em: 04 ago. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). **Bacharelado em Gestão de Serviços de Saúde**: projeto pedagógico. Belo Horizonte, 2017.

VIEIRA, Adriane et al. Competências Gerenciais na Área da Saúde. **Associação Educacional Dom Bosco**, [S.L.], p. 1-15, out. 2015. Disponível em: https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos15/15622590.pdf. Acesso em: 08 abr. 2024.

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE: BARREIRAS, ESTRATÉGIAS E BENEFÍCIOS EM UM PRONTO-SOCORRO CENTRADO NO PACIENTE

Patrícia Lourdes Silva; Doutora; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Marília Alves; Doutora; Programa de Pós-graudação em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Adriane Vieira; Doutora; Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Ester Eliane Jeunon; Doutora; Mestrado em Administração; Faculdade Pedro Leopoldo

RESUMO: Este estudo de caso, qualitativo exploratório, analisa as barreiras, estratégias e benefícios de uma comunicação eficaz na relação entre profissionais de saúde e com os seus pacientes, em um pronto-socorro de grande porte que adota o modelo de cuidado centrado no paciente. Neste modelo, a comunicação eficaz e a participação ativa do paciente melhoram a segurança, a adesão ao tratamento e a confiança do paciente, além de melhorar a coesão da equipe profissional. Para o estudo, utilizou-se como técnicas de coleta a entrevista semiestruturada, com 25 profissionais de saúde, e análise documental de eventos adversos entre 2021 e 2023. A técnica de análise de dados utilizada foi a análise de conteúdo. Os resultados apontam as barreiras como sobrecarga de trabalho, rigidez hierárquica e conflitos interprofissionais dificultam essa comunicação, indicando a necessidade de práticas mais colaborativas, como liderança horizontal e feedback regular. Estratégias como o uso de checklists, reuniões de transição e comunicação empática contribuem para a continuidade do cuidado e previnem erros. Conclui-se que no contexto hospitalar, a comunicação eficaz aumenta a segurança do paciente, coesão da equipe e confiança do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Cuidado Centrado no Paciente; Comunicação Eficaz em Saúde; Profissionais de Saúde, Barreiras da Comunicação.

1 INTRODUÇÃO

O modelo de cuidado centrado no paciente representa uma mudança importante em relação ao modelo biomédico tradicional, ao tratar o paciente como um participante ativo no processo de tratamento. Esse modelo prioriza o diálogo, a escuta ativa e o respeito à individualidade, considerando o contexto biopsicossocial do paciente em todas as etapas do cuidado. Assim, a tomada de decisões é compartilhada, incorporando as preferências e valores do paciente ao plano de tratamento. Embora essa abordagem melhore a satisfação e os resultados clínicos, ainda enfrenta desafios, como resistência de profissionais de saúde e limitações de infraestrutura (Almeida; Caldeira; Gomes, 2022).

Os serviços de urgência e emergência em hospitais evoluíram a partir da necessidade de responder a situações de risco e acidentes, passando por um processo de especialização e coordenação ao longo dos séculos. Hoje, eles são fundamentais para garantir o atendimento rápido e eficaz em situações críticas, graças a um sistema integrado de cuidado, que inclui tanto o atendimento pré-hospitalar quanto os serviços hospitalares e de acompanhamento pós-emergência. Essa evolução reflete a importância de políticas de saúde pública, treinamento especializado e investimento em infraestrutura para assegurar a qualidade e a segurança no atendimento. A sobrecarga e as falhas de comunicação nos serviços de urgência e emergência afetam diretamente a qualidade do atendimento, a segurança dos pacientes e a eficiência do trabalho em equipe (Mass, et. al, 2022). Além de comprometer os resultados clínicos, esses

problemas também impactam a satisfação dos pacientes e profissionais, gerando um círculo vicioso de estresse, insatisfação e vulnerabilidade para erros. É essencial que esses serviços contem com protocolos de comunicação claros e padronizados, bem como estratégias para lidar com a superlotação, de modo a garantir um atendimento seguro e eficiente (Tofani et al., 2022).

Estudos indicam que falhas de comunicação são uma das principais causas de eventos adversos nos serviços de saúde, associadas à sobrecarga de trabalho, falta de protocolos e barreiras interprofissionais, dificultando a troca eficiente de informações e a coordenação entre equipes multiprofissionais (Batalden et al., 2016; Siman et al., 2019; Witiski, 2019). A pandemia de COVID-19 exacerbou esses problemas ao demandar o uso de equipamentos de proteção individual e o distanciamento físico, dificultando ainda mais a interação e destacando a necessidade de estratégias de comunicação claras e empáticas (Macêdo; Farinha, 2020). Além disso, a falta de treinamentos contínuos e o desenvolvimento limitado de habilidades comunicativas nos currículos de formação em saúde restringem a capacidade dos profissionais de atuarem de forma eficaz nesses ambientes (Almeida; Caldeira; Gomes, 2022).

Apesar de reconhecida como essencial, a comunicação eficaz ainda encontra lacunas no contexto brasileiro, especialmente em ambientes de alta complexidade, como unidades de urgência e emergência. O presente estudo tem como objetivo analisar as barreiras, estratégias e benefícios de uma comunicação eficaz na relação entre profissionais de saúde e com os seus pacientes, em um pronto-socorro de grande porte que adota o modelo cuidado centrado.

Ao propor estratégias que possam ser adotadas em outros ambientes hospitalares, este estudo oferece insights valiosos tanto para a ciência quanto para a sociedade, promovendo melhorias na segurança e na qualidade do cuidado em saúde no Brasil e contribui para o desenvolvimento de práticas comunicativas mais seguras e eficazes, além de incentivar a formação contínua em habilidades comunicacionais, beneficiando diretamente pacientes e profissionais de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesse item aborda-se as características do modelo cuidado centrado no paciente e da comunicação eficaz na área de saúde, em especial nas unidades de urgência e emergência de hospitais.

2.1 O Cuidado centrado no paciente

O modelo de cuidado centrado no paciente representa uma evolução significativa em relação ao tradicional modelo biomédico, colocando o paciente no centro das decisões sobre o seu tratamento. Ele valoriza as relações interpessoais, onde o diálogo, a escuta ativa e o respeito à individualidade são fundamentais para a construção de um cuidado integrado e colaborativo e reconhece a importância de entender o contexto biopsicossocial do paciente, o que muitas vezes é negligenciado no modelo biomédico tradicional (Almeida; Caldeira; Gomes, 2022).

Santana *et al*. (2018) propõem uma estrutura conceitual para a prática do cuidado centrado no paciente, enfatizando a necessidade de uma abordagem que integre as necessidades, preferências e valores dos pacientes em todas as etapas do processo de cuidado. Essa estrutura promove um ambiente de saúde onde o paciente é visto como um parceiro ativo, contribuindo para decisões clínicas mais informadas e personalizadas (Esch et al., 2016; Sheehan *et al*., 2021).

Um dos maiores desafios na implementação do cuidado centrado no paciente é a resistência dos profissionais de saúde, que muitas vezes se encontram presos às práticas tradicionais e às estruturas de poder hierárquicas. Além disso, a falta de infraestrutura adequada nas unidades de saúde pode dificultar a aplicação prática desses princípios (Mendoza; Drescher; Eberman; 2023).

A literatura tem mostrado que a adoção do cuidado centrado no paciente não só melhora a satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde, como também leva a melhores resultados clínicos, porque a participação ativa do paciente no seu plano de cuidado, incentivada pela comunicação eficaz, é essencial para a adesão ao tratamento e obtenção de resultados de saúde mais satisfatórios (Figueiredo et al., 2019).

Quando bem utilizada, a comunicação transcende a simples transferência de informações, tornando-se uma ferramenta poderosa para entender e responder às necessidades subjetivas dos pacientes. Essa abordagem enfatiza a importância de enxergar o paciente como um sujeito ativo em seu próprio processo de cuidado, possibilitando uma prática clínica mais empática e centrada no indivíduo (Junio do Nascimento *et al.*, 2021; Sheehan *et al*., 2021).

Os serviços de urgência e emergência são essenciais para garantir o atendimento imediato e eficaz a pessoas em situações de risco à vida ou à saúde. A triagem é uma etapa crucial para determinar a gravidade de cada caso e priorizar o atendimento conforme a urgência, por isso os serviços de utilizam protocolos de classificação de risco que ajudam a identificar rapidamente os casos mais críticos, garantindo que esses pacientes sejam atendidos antes daqueles com condições menos graves. O trabalho realizado pelos profissionais de saúde na urgência e emergência de hospitais é dinâmico, desafiador e envolve uma série de competências técnicas e emocionais para lidar com situações críticas e imprevisíveis, tais como: tomar decisões rápidas e precisas, frequentemente sob pressão. Em muitos casos, essas decisões podem ser a diferença entre a vida e a morte dos pacientes; a colaboração entre médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares e outros profissionais é fundamental para o atendimento ágil e eficaz. A comunicação clara e precisa é essencial para coordenar as ações e evitar erros; ambiente estressante, com demandas constantes e a necessidade de manter a calma para tomar decisões acertadas. A carga emocional é intensa, especialmente em situações de alto risco ou diante de grandes fluxos de pacientes.

A comunicação desempenha um papel crucial na eficácia dos serviços de urgência e emergência, sendo fundamental para a coordenação dos cuidados em situações críticas. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, visa garantir que os diferentes pontos de atenção estejam conectados de maneira eficiente, permitindo um atendimento ágil e seguro (Brasil, 2013). Nesse contexto, a comunicação clara e precisa entre os profissionais de saúde é essencial para enfrentar desafios como a sobrecarga de trabalho, ambientes estressantes e a necessidade de decisões rápidas (Tofani et al., 2022).

2.2 Comunicação eficaz na saúde

A comunicação pode ser descrita como um processo pelo qual informações são transmitidas de um emissor, que codifica a mensagem, para um receptor, que a decodifica e a interpreta. Esse processo de troca de mensagens deve fluir de maneira bidirecional: de um lado, o emissor deve garantir que suas ideias sejam transmitidas de forma clara para promover o entendimento; do outro lado, o receptor precisa captar e compreender essas ideias (Tobase *et al.*, 2022).

A comunicação eficaz nas organizações envolve a transmissão clara e precisa de informações, assegurando que as mensagens cheguem aos destinatários corretos sem distorções. Esse processo é essencial para o alinhamento de expectativas e para a resolução de

conflitos, promovendo um entendimento comum entre os membros da equipe (Tobase *et al.*, 2022).

A literatura científica destaca que essa forma de comunicação exige a capacidade de adaptar a linguagem ao público-alvo, evitando jargões técnicos que possam dificultar a compreensão. Em contextos como saúde e educação, a comunicação eficaz é construída com base em empatia, escuta ativa e feedback, criando um ambiente de troca no qual todos compreendem e processam as informações de forma colaborativa (Delant, 2024; Moreira et al, 2019; Soares et al., 2022).

No contexto corporativo, a comunicação eficaz ajuda a sincronizar ferramentas de apoio e processos, de modo que todos os colaboradores compreendam as mensagens sem dúvidas ou ambiguidades. A padronização dos canais de comunicação, como boletins internos, assegura que a informação seja objetiva e livre de ruído, aumentando o controle e a qualidade no fluxo de informações. Isso contribui para o desenvolvimento de uma cultura organizacional que promove a interação e a participação em todos os níveis hierárquicos (Tiburcio et al., 2014).

Estudos destacam a comunicação eficaz como elemento essencial para estabelecer boas relações interpessoais em ambientes profissionais, sendo fundamental para construir um ambiente colaborativo e alinhar objetivos e expectativas entre as partes (Moreira et al., 2019). enfatizam a importância da escuta sensível no setor da saúde, apontando seus impactos positivos tanto na experiência do paciente quanto na satisfação dos profissionais. Já Gittell et al. (2021) discutem como a coordenação relacional, caracterizada pela comunicação frequente, respeito mútuo e compreensão compartilhada dos objetivos, contribui para a comunicação e o trabalho em equipe, especialmente em contextos de alta pressão como o de saúde, promovendo um cuidado mais integrado e colaborativo. Em suma, a comunicação eficaz, tanto verbal quanto não-verbal, fortalecem o vínculo afetivo entre profissional e paciente, proporcionando uma relação intersubjetiva que dá ênfase às necessidades individuais do paciente (Da Costa; Barreto, 2019).

Além disso, a comunicação não-verbal também desempenha um papel igualmente importante na construção de um ambiente terapêutico de confiança. A linguagem corporal, o contato visual e outros gestos sutis podem transmitir empatia e compreensão, mesmo quando as palavras são insuficientes para expressar plenamente as emoções (Hojat; Dessantis; Gonnella, 2017). Ávila et al. (2022) discutem como a comunicação não-verbal pode ser uma ferramenta poderosa para identificar sentimentos e preocupações que os pacientes muitas vezes não conseguem articular verbalmente, facilitando assim um maior engajamento da equipe de saúde e a construção de uma relação de confiança.

A comunicação não-verbal, em particular, permite que os profissionais identifiquem sentimentos e preocupações dos pacientes que muitas vezes não são expressos verbalmente, promovendo um maior engajamento da equipe e a construção de uma relação de confiança. Esse tipo de comunicação auxilia a lidar com medos, dúvidas e incertezas que frequentemente acompanham os pacientes durante a hospitalização. A implementação de práticas como a Comunicação Não-Violenta pode transformar o ambiente de cuidado, tornando-o mais inclusivo, empático e eficaz na promoção da saúde e bem-estar dos pacientes (Ávila et al., 2022).

Outro elemento importante da eficácia na comunicação é a não-violência. Com base em suas próprias experiências, o psicólogo social Rosenberg (2006) desenvolveu uma metodologia conhecida como Comunicação Não Violenta (CNV). Conforme descrito pelo autor, a CNV pode atuar como um guia tanto para a resolução quanto para a prevenção de conflitos, pois muitos desentendimentos surgem devido à maneira como nos comunicamos. A aplicação da CNV oferece benefícios no dia a dia ao possibilitar uma escuta mais empática e

um diálogo sincero, reduzindo tensões e facilitando a expressão de necessidades e a busca por soluções.

A CNV começa internamente, envolvendo a forma como interagimos conosco e com os outros, promovendo empatia e compaixão, que são características humanas naturais, segundo Rosenberg (2006). No entanto, ao longo da vida, aprendemos padrões de "comunicação alienante da vida" que nos levam a agir de forma que prejudica tanto a nós quanto aos outros. Rosenberg (2006) identificou comportamentos como julgamentos moralizadores, negação de responsabilidade, imposições e uma visão de merecimento, que podem distanciar as pessoas de uma comunicação compassiva.

Essa abordagem tem sido amplamente utilizada em contextos como saúde e educação para facilitar o entendimento e a cooperação, além de ser considerada uma ferramenta para a construção de uma cultura de paz. A CNV ajuda a minimizar barreiras de comunicação e a desenvolver o autoconhecimento e a escuta ativa, fortalecendo as relações interpessoais e promovendo a resolução de conflitos de forma respeitosa e eficaz (Uehara; Norman; Morgado, 2024; Tobase *et al.*, 2022; Coifman *et al*., 2021; Moreira et al, 2019).

A escuta ativa e a expressão empática são práticas essenciais em contextos de comunicação, especialmente na educação e nos cuidados de saúde, onde o acolhimento emocional e a atenção genuína promovem relacionamentos de confiança e entendimento mútuo (Batista; Lessa, 2019; Malta; Do Carmo, 2020). Essa prática exige que o ouvinte suspenda suas próprias perspectivas para realmente compreender o outro em sua complexidade, adotando uma postura empática e aberta. Esse comprometimento em entrar temporariamente no universo perceptivo do interlocutor é particularmente valioso nos cuidados de saúde (Moretti; Batista, 2020).

Rogers (1977) descreve a empatia como um processo dinâmico que vai além da simples escuta, exigindo que a pessoa se coloque verdadeiramente no lugar do outro, sintonizando-se com suas emoções e sentimentos sem julgamento. Para Rogers, essa forma de escuta permite que o interlocutor se sinta compreendido, favorecendo um ambiente de segurança e colaboração.

Esses conceitos são cada vez mais discutidos na literatura científica contemporânea, especialmente em estudos focados no papel dos educadores e profissionais de saúde na promoção de um ambiente acolhedor e humanizado. Em contexto escolar, por exemplo, a escuta sensível é vista como uma prática que promove um espaço de acolhimento, facilitando o aprendizado e a interação positiva entre crianças e educadores (Moretti; Batista, 2020).

3 MÉTODO

O estudo caracteriza-se como qualitativo exploratório, tendo como método o estudo de caso (Yin, 2015). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde atuantes no pronto-socorro de um hospital de grande porte. A escolha deste pronto-socorro justificou-se pelo perfil de atendimento de alta complexidade, que exige decisões rápidas e comunicação eficaz entre membros da equipe multiprofissional.

A unidade de observação incluiu profissionais de saúde e documentos sobre eventos adversos. O grupo de 25 profissionais respondentes foi composto por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes sociais, selecionados por amostragem aleatória estratificada, assegurando a representatividade dos diferentes grupos profissionais do pronto-socorro. Foram incluídos profissionais com atuação mínima de seis meses no setor, excluindo aqueles afastados por férias ou licença médica durante o período de coleta de dados. Para encerrar a composição da amostragem foi adotado o critério de saturação teórica, alcançado quando as respostas dos participantes passaram a ser recorrentes, sem acrescentar novas

informações relevantes (Fontanella; Ricas; Turato, 2008). As últimas cinco entrevistas foram essenciais para confirmar a saturação, garantindo a representatividade dos diferentes grupos profissionais.

As entrevistas foram conduzidas entre fevereiro e março de 2024, em horários previamente agendados para minimizar o impacto na rotina dos profissionais. Realizadas em uma sala privativa no hospital, cada entrevista teve duração média de 30 minutos. O roteiro semiestruturado permitiu flexibilidade na exploração de temas emergentes, mantendo o foco no objeto de estudo e todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Complementarmente às entrevistas, foi realizada uma análise documental das notificações de eventos adversos relacionados a falhas de comunicação, ocorridos entre 2019 e 2020. Esses dados forneceram uma perspectiva objetiva sobre as consequências das falhas comunicacionais, enriquecendo a análise das entrevistas.

A análise dos dados qualitativos foi conduzida por meio da técnica de análise de conteúdo categorial temática, conforme o referencial de Bardin (2016). Essa abordagem permite a identificação, categorização e interpretação de padrões significativos nas falas dos profissionais, possibilitando uma compreensão aprofundada das dinâmicas comunicacionais em ambientes de alta complexidade. Ela seguiu três etapas principais: pré-análise; exploração do material, com categorização dos dados em temas e subtemas, utilizando o software MAXQDA, versão 24, para organização e codificação dos dados. Para fortalecer a validade dos resultados foi empregada a triangulação dos dados, combinando entrevistas e análise documental (Creswell; Plano Clark, 2011). O cruzamento das informações qualitativas com os dados dos eventos adversos permitiu uma análise mais robusta, proporcionando uma visão abrangente dos impactos das falhas comunicacionais na segurança do paciente.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pelo Comitê de Ética do Hospital Alfa, sob o parecer CAAE: 68040923.3.0000.5149. Todos os participantes assinaram o TCLE, assegurando sigilo e anonimato, conforme as diretrizes éticas estabelecidas pelas Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016 (Conselho Nacional de Saúde, 2016).

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Nesse item as seguintes categorias temáticas são descritas e analisadas: cuidado e segurança do paciente na visão dos profissionais de saúde; barreiras para uma comunicação eficaz; estratégias para uma comunicação eficaz; benefícios da comunicação eficaz.

4.1 Cuidado e segurança do paciente na visão dos profissionais de saúde

As unidades de registro nesta categoria ressaltam princípios do cuidado centrado no paciente, destacando a importância da tomada de decisão compartilhada e da participação ativa do paciente no processo de cuidado. Esses dois elementos atuam promovendo tanto a segurança do paciente quanto uma maior adesão ao tratamento, pois o paciente se sente mais consciente e informado sobre o seu próprio tratamento (Soares et al., 2022).

> O cuidado centrado no paciente é garantir que ele faça parte das decisões. Quando isso não acontece, há mais risco de erro. (Med 10)

Estudos, como o de Esch et al. (2016), indicam que a tomada de decisão compartilhada promove uma personalização significativa do cuidado e fortalece a confiança entre paciente e equipe, um fator essencial para a segurança do tratamento. No contexto brasileiro, o envolvimento do paciente adquire ainda mais relevância em ambientes de

urgência e emergência, onde essa participação pode atuar como uma barreira contra erros, compensando falhas de comunicação entre as equipes (Gonçalves et al., 2016).

A transição de cuidado, especialmente durante a passagem de plantão ou a transferência entre setores do hospital, emerge como um momento crítico que exige uma comunicação eficaz entre equipe e paciente para assegurar a continuidade do cuidado sem falhas.

> Paciente sofreu erro de medicação durante a transição de plantão, devido à falta de comunicação entre as equipes (Evento de 12/07/2023).

A literatura recomenda o uso de ferramentas padronizadas, como checklists e prontuários eletrônicos, para minimizar esses erros e assegurar que informações críticas sejam mantidas ao longo das transições de cuidado. No estudo de Meireles *et al*. (2021), o uso dessas ferramentas se mostrou eficaz na redução de falhas. Tais achados estão em consonância com os resultados do presente estudo, que sublinha a importância de ferramentas estruturadas para aprimorar a comunicação entre as equipes, ainda que desafios como a sobrecarga de trabalho e a ausência de protocolos padronizados continuem impactando a segurança do paciente.

A participação ativa do paciente nas transições de cuidado também exerce um papel preventivo relevante, permitindo que ele questione e contribua ao processo, atuando como uma camada adicional de segurança (Sheehan *et al*., 2021).

> Quando o paciente participa mais, ele ajuda a gente a perceber se algo não está certo. Às vezes, ele levanta questões que a gente poderia ter esquecido. (Tec Enf 6)

Os resultados desta categoria reforçam que a concepção do cuidado centrado no paciente, fundamentada na tomada de decisão compartilhada e na comunicação eficaz, é essencial para promover a segurança e melhorar a adesão ao tratamento. A combinação de ferramentas estruturadas e a participação ativa do paciente nas transições de cuidado se mostra uma estratégia eficaz para minimizar erros. No entanto, para maximizar esses benefícios é necessário enfrentar desafios específicos, como a sobrecarga de trabalho e a carência de treinamento contínuo em comunicação (Sheehan *et al*., 2021).

4.2 Barreiras para uma comunicação eficaz

As unidades de registro desta categoria evidenciam barreiras para uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde no ambiente hospitalar, e na relação deles com os pacientes. Fatores como sobrecarga de trabalho, rigidez hierárquica e conflitos interprofissionais emergem como barreiras interligadas, comprometendo a continuidade do cuidado e aumentando os riscos de eventos adversos. A sobrecarga de trabalho, associada à falta de tempo, frequentemente limita a troca adequada de informações entre os profissionais, impactando tanto a qualidade quanto a segurança do cuidado (Coifman *et al*., 2021; Tobase *et al.*, 2022; Witiski, 2019).

> A sobrecarga de pacientes faz com que, muitas vezes, a gente não consiga parar para passar todas as informações adequadas. (Enf 4)

Esse cenário favorece o adoecimento emocional, o que agrava as falhas de comunicação, pois profissionais exaustos tendem a cometer mais erros e a se comunicar de forma menos eficiente (Gesser; Santos; Gambetta, 2021).

> A pressão para dar conta de tudo deixa a gente estressado, e isso afeta como a gente fala com os colegas e os pacientes. (Enf 8)

A dificuldade de expressar frustrações e dores pessoais no contexto profissional acaba silenciando os profissionais de enfermagem e dificultando a ressignificação de suas práticas. Isso pode transformar o ambiente de trabalho em um espaço nocivo, comprometendo a capacidade de reflexão dos profissionais sobre o autocuidado e o cuidado com os pacientes. Como resultado, a insatisfação tende a aumentar a hostilidade entre colegas, pacientes e familiares, afetando a segurança do paciente, a qualidade do atendimento e a imagem da instituição (Coriolano-Marinus, 2014; Moretti; Batista, 2020; Malta; Do Carmo, 2020).

> Às vezes, eu tenho uma solução, mas fico com receio de falar porque o médico pode não querer ouvir. Se tivéssemos um ambiente mais aberto, eu me sentiria mais à vontade para sugerir. (Tec Enf 9)

As barreiras de comunicação resultam em falhas que comprometem a continuidade do cuidado e a segurança do paciente (Witiski, 2019). Exemplos de eventos adversos relacionados a essas barreiras destacam a gravidade essas falhas.

> Paciente transferido sem prescrição médica devido à sobrecarga de trabalho, causando atraso na administração de medicação (Evento de 10/03/2021)

> Paciente sofreu complicações durante a cirurgia porque a enfermeira responsável não foi consultada sobre a troca de medicação. (Evento de 18/05/2023)

Outro obstáculo é a rigidez hierárquica, que restringe a comunicação aberta e colaborativa entre diferentes níveis profissionais.

> A hierarquia impede que a gente intervenha, mesmo quando algo importante está acontecendo com o paciente. (Tec Enf 5)

A rigidez hierárquica não apenas limita a autonomia, mas também desestimula sugestões que poderiam beneficiar o atendimento, gerando obstáculos para a segurança do paciente (Varkey *et al.,* 2021). Em muitos casos ela intensifica os conflitos interprofissionais, dificultando uma colaboração harmoniosa, especialmente em situações críticas em que a comunicação rápida e eficiente é indispensável (Almeida *et al*., 2021).

Esses exemplos reforçam a necessidade de estratégias que promovam uma comunicação mais estruturada e inclusiva, visando mitigar o impacto dessas barreiras no cuidado ao paciente. Práticas que incentivem a descentralização das decisões e promovam um ambiente colaborativo, onde todos os profissionais possam expressar suas opiniões de maneira segura, são essenciais para superar esses desafios (Almeida *et al.*, 2021). Lideranças horizontais, reuniões regulares e sessões de feedback são estratégias que fortalecem uma cultura de diálogo aberto e apoio mútuo, fundamentais para assegurar a qualidade do cuidado (Delant, 2024; Leite; Santos, 2020; Soares et al., 2022).

4.3 Estratégias para uma comunicação eficaz

As unidades de registro desta categoria revelam estratégias sugeridas pelos profissionais de saúde para promover a comunicação eficaz no ambiente hospitalar. Os participantes ressaltam principalmente a necessidade de utilizar ferramentas estruturadas, como checklists e protocolos e prontuários eletrônicos, que asseguram que nenhuma informação essencial seja omitida durante o cuidado, garantindo a continuidade do cuidado.

> Com o prontuário eletrônico, a gente tem tudo registrado, mas ainda precisa conversar para alinhar as informações direitinho. (Enf 10)

A literatura aponta que, quando utilizada de forma eficaz, a tecnologia padroniza a troca de dados e melhora o rastreamento de informações, reduzindo erros e facilitando a comunicação, no entanto, é a comunicação interpessoal que assegura a integração e compreensão dessas informações, fundamentais para um cuidado seguro (Almeida et al., 2022; Moreira et al., 2019; Gittell et al., 2021).

Reuniões de transição de plantão também são uma forma de eliminar as barreiras, de modo a organizar a troca de informações entre diferentes membros da equipe, garantindo alinhamento quanto ao estado e às necessidades do paciente, assegurando uma abordagem holística e focada nas necessidades específicas de cada paciente (Meireles *et al*., 2021).

> Quando todos estão alinhados, o atendimento flui melhor. (Enf 17)

Além disso, a escuta ativa e a comunicação empática são fundamentais para um cuidado colaborativo e centrado no paciente. A escuta ativa envolve atenção plena durante a comunicação com o paciente e entre os membros da equipe, fortalecendo a relação de confiança entre equipe e paciente (Tobase *et al.*, 2022; Coifman *et al*., 2021).

> Quando escutamos o paciente com empatia, ele sente que estamos de fato cuidando dele, e isso faz toda a diferença no tratamento. (Enf 19)

A comunicação empática, aliada à escuta ativa, fortalece o vínculo entre profissionais e pacientes, promovendo um ambiente de cuidado mais sensível às necessidades do paciente (Batista; Lessa, 2019; Malta; Do Carmo, 2020). Essa abordagem resulta em uma satisfação maior dos pacientes e aumenta a adesão ao tratamento, o que impacta positivamente nos desfechos clínicos.

Outro aspecto apontado pelos profissionais é o uso da comunicação não violenta como estratégia para reduzir conflitos e estimular a cooperação nas equipes. A comunicação não violenta promove uma abordagem colaborativa e respeitosa, evitando conflitos desnecessários e facilitando a resolução construtiva de situações desafiadoras (Uehara; Norman; Morgado, 2024; Rosenberg, 2006).

> A comunicação não violenta nos ajuda a evitar conflitos desnecessários. Com ela, conseguimos resolver situações difíceis de forma respeitosa e colaborativa. (Tec Enf 4)

As estratégias de comunicação sugeridas pelos profissionais entrevistados fornecem diretrizes práticas para aprimorar a comunicação no ambiente hospitalar. Essas práticas não apenas reduzem os erros, como também fortalecem a confiança entre as equipes, elevando a qualidade do atendimento. Ao adotar uma abordagem integrada que combina tecnologias digitais com práticas de comunicação humanizada, os hospitais podem alcançar melhorias significativas na segurança do paciente e na coesão da equipe.

Estudos como o de Batista e Lessa (2019), realizados com estudantes de medicina no Nordeste do Brasil, mostram que uma formação inadequada compromete o desenvolvimento de competências relativas à comunicação, sugerindo a necessidade de reformulação dos currículos de saúde para incluir metodologias que promovam a empatia como competência essencial. A inclusão de treinamentos em comunicação empática e interprofissional pode, portanto, ser decisiva para a construção de uma prática de saúde centrada no paciente e voltada à segurança e à qualidade assistencial. Esse cenário indica a importância de

estratégias de formação e suporte emocional que ajudem os profissionais a manter a empatia em diferentes contextos de trabalho (Tobase *et al.*, 2022).

4.4 Benefícios da comunicação eficaz

As unidades de registro desta categoria destacam os benefícios de uma comunicação eficaz no ambiente hospitalar, essencial para a coesão da equipe multiprofissional e a segurança do paciente. Em contextos de saúde e segurança, a comunicação clara, precisa e eficiente impacta diretamente o bem-estar dos envolvidos, sendo descrita na literatura como oportuna, completa, livre de ambiguidade e compreendida pelo receptor, especialmente em momentos de transição de cuidados (Tobase *et al.*, 2022).

Uma comunicação objetiva facilita o alinhamento da equipe, priorizando a segurança do paciente em todas as etapas do cuidado. Estudos, como o de Malta e Carmo (2020), mostram que a troca contínua e precisa de informações contribui para a redução de eventos adversos e a otimização dos desfechos clínicos.

Além de reduzir a incidência de erros, a comunicação eficaz é um elo entre a atuação coordenada da equipe e a construção da confiança dos pacientes no sistema de saúde. Esse processo é especialmente crítico em momentos de transição, como a passagem de plantão, em que a perda de dados compromete a continuidade do cuidado.

> A comunicação entre os profissionais é essencial para garantir que não haja perda de informações durante a troca de plantão. (Tec Enf 3)

A valorização da comunicação é sustentada por estudos que recomendam ferramentas como checklists e protocolos de transição para garantir que informações essenciais não sejam perdidas e o risco de omissões durante a transferência de responsabilidades possa ser mitigado, promovendo maior continuidade assistencial (Meireles *et al.*, 2021).

Outro benefício é o impacto direto da comunicação eficaz na satisfação e na confiança dos pacientes, fortalecendo a adesão ao tratamento.

> Quando explicamos bem o tratamento, o paciente confia mais na gente e segue melhor as orientações. (Med 6)

Segundo Malta e Do Carmo (2020), a escuta ativa é um ato intencional de atenção plena que sustenta um espaço emocionalmente acolhedor e livre de julgamentos, no qual a pessoa que fala pode escutar melhor a si mesma através de quem a escuta. Portanto, ela se refere à capacidade de estar presente na relação com aquele que fala, demonstrando interesse verdadeiro por sua história, dado espaço para a livre expressão.

As unidades de registro desta categoria destacam os benefícios da comunicação eficaz no ambiente hospitalar, essencial para a coesão da equipe multiprofissional e a segurança do paciente. Em contextos de saúde e segurança, uma comunicação clara e eficiente impacta diretamente o bem-estar dos envolvidos, sendo descrita na literatura como oportuna, completa, sem ambiguidade e compreensível pelo receptor, especialmente em transições de cuidado (Tobase *et al.*, 2022).

Além disso, uma comunicação objetiva entre os membros da equipe contribui para o alinhamento de ações e a priorização da segurança do paciente em todas as etapas do atendimento. Estudos, como o de Malta e Carmo (2020), indicam que uma troca contínua e precisa de informações reduz eventos adversos e melhora os desfechos clínicos.

Eventos adversos documentados relacionados às falhas de comunicação também reforçam a relevância deste tema. Um exemplo é o caso de um paciente transferido sem comunicação adequada, extraído dos documentos analisados.

> Paciente transferido sem comunicação adequada entre a UDC e a unidade de internação, prejudicando o atendimento e atrasando a continuidade do cuidado (Evento de 12/12/2023).

Isso demonstra a necessidade de uma comunicação estruturada para assegurar a segurança do paciente. A escuta ativa e a objetividade nas interações são elementos essenciais para criar um ambiente colaborativo, no qual as informações fluem de forma eficiente, evitando falhas e promovendo a continuidade do cuidado (Malta; Do Carmo, 2020).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou as barreiras, estratégias e benefícios de uma comunicação eficaz na relação entre profissionais de saúde e com os seus pacientes, em um pronto-socorro de grande porte que adota o modelo cuidado centrado.

Os resultados enfatizam que o cuidado centrado no paciente, baseado na tomada de decisão compartilhada e na participação ativa do paciente, melhora a segurança e a adesão ao tratamento. Em situações de transição de cuidado, como mudanças de plantão, uma comunicação eficaz é essencial para evitar erros. Ferramentas padronizadas, como checklists, ajudam, mas desafios como sobrecarga de trabalho e falta de protocolos persistem. O estudo conclui que essas práticas, combinadas com a participação ativa do paciente, são fundamentais para a segurança, mas requerem melhorias na gestão e no treinamento contínuo.

O estudo identifica várias barreiras que dificultam a comunicação eficaz entre profissionais de saúde e entre estes e os pacientes no ambiente hospitalar, tais como sobrecarga de trabalho**,** rigidez hierárquica**:** conflitos interprofissionais**:** medo de expressar opiniões**.** Essas barreiras podem levar a eventos adversos, como falhas na administração de medicamentos e complicações durante procedimentos, indicando a necessidade de práticas que promovam uma comunicação mais aberta e colaborativa. Estratégias como a descentralização de decisões, sessões de feedback e liderança horizontal são recomendadas para fortalecer a comunicação e assegurar a segurança e a qualidade no cuidado ao paciente.

As estratégias sugeridas para promover uma comunicação eficaz no ambiente hospitalar foram: o uso de checklists, protocolos e prontuários eletrônicos padroniza a comunicação e assegura a continuidade do cuidado ao evitar a omissão de informações essenciais; reuniões de transição de plantão**;** escuta ativa e comunicação empática**;** comunicação não violenta**,** formação em comunicação empática e interprofissional**.** Essas estratégias combinam tecnologias digitais e práticas humanizadas para reduzir erros, aumentar a coesão da equipe e melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente.

No que se refere aos benefícios de uma comunicação eficaz no ambiente hospitalar, o estudo indica: segurança do paciente**;** alinhamento e coesão da equipe**;** confiança e adesão do paciente**,** prevenção de erros e omissões**;** ambiente acolhedor. Esses benefícios mostram que uma comunicação eficiente não apenas melhora os desfechos clínicos, mas também contribui para uma prática de saúde mais colaborativa e segura.

Além disso, o estudo aponta lacunas na formação em saúde, apontando para a importância de práticas educativas que preparem melhor os profissionais para as demandas comunicacionais em cenários de alta pressão. A inclusão de simulações realistas e treinamentos interprofissionais, ainda pouco explorados, é fundamental para o desenvolvimento das competências comunicativas necessárias nesses ambientes.

Como sugestão para as instituições de ensino propõe-se uma atualização dos currículos nas escolas de saúde, centrada no paciente, com ênfase em comunicação, empatia e colaboração entre diferentes categorias profissionais. A integração de disciplinas sobre comunicação interprofissional e segurança do paciente, aliada a metodologias práticas, como

simulações e feedback estruturado, é essencial para alinhar a formação às exigências do ambiente hospitalar.

Além das mudanças curriculares, é crucial investir em formação continuada. Treinamentos regulares e simulações que reflitam as demandas de urgência e emergência são indispensáveis para fortalecer as competências comunicativas dos profissionais, promovendo um cuidado mais seguro e centrado no paciente. Essas intervenções educativas, tanto no âmbito acadêmico quanto clínico, estabelecem uma base sólida para aprimorar a comunicação na prática de saúde.

Para futuras pesquisas, sugere-se explorar o impacto das tecnologias de comunicação no ambiente hospitalar brasileiro, como prontuários eletrônicos e ferramentas de comunicação instantânea, e investigar como esses recursos podem reduzir falhas. Outra área promissora é a análise de modelos de liderança mais horizontais e seus impactos na comunicação, promovendo uma coordenação mais eficaz em contextos de alta complexidade.

Este estudo contribui para o desenvolvimento de intervenções que promovam uma cultura de segurança e excelência assistencial, onde a comunicação se estabelece como elemento fundamental para um cuidado colaborativo, humanizado e centrado nas necessidades do paciente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.W. S. et al. Saúde digital e enfermagem: ferramenta de comunicação na estratégia saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE02086, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/hw3PhB59YVw74F63yy7Dbfw. Acesso em 3 nov. 2024.

ALMEIDA, H. B. et al. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 2, p. e00022020, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/3FMVcDP9bCs3G94fqQQfDSQ/?lang=pt&format=html. Acesso em 3 nov. 2024.

ALMEIDA, P. J. R.; CALDEIRA, F. I. D.; GOMES, C. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenho - REBESDE**, v. 3, n. 2, p. e-017, 2022. Disponível em: https://revista.unifatecie.edu.br/index.php/rebesde/article/view/131. Acesso em 3 nov. 2024.

ÁVILA, G. P. et al. Comunicação não verbal na relação médico-paciente: percepções e satisfação de usuários atendidos na unidade básica de saúde da UNIFAP. **Concilium**, v. 22, n. 6, p. 376–385, 2022. Disponível em: https://clium.org/index.php/edicoes/article/view/https://clium.org/index.php/edicoes/article/view/529. Acesso em 3 nov. 2024.

BATISTA, N. A.; LESSA, S. S. Aprendizagem da empatia na relação médico-paciente: um olhar qualitativo entre estudantes do internato de escolas médicas do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 349–356, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/JRf8vKxXWhxm8vpsbJ3d4Ps. Acesso em 3 nov. 2024.

BATALDEN, P. et al. Coproduction of healthcare service. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, n. 7, p. 509-517, 2016. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4941163/. Acesso em 3 nov. 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

COIFMAN, A. H. M. et al. Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03781, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6b3gxpg5DL5YJy5ZQPGtgnv/. Acesso em 3 nov. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, p. 44.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research.** 2nd ed. Los Angeles: Sage Publications, 2011.

CORIOLANO-MARINUS, M. W. de L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v4qzCcwMMwyyz5TtztQ9sMg/. Acesso em 3 nov. 2024.

DA COSTA, A.R.C.; BARRETO, M.A.M. Comunicação eficaz: um estudo de caso de padronização de canal de comunicação. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 8, p. 13164-13174, 2019. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/2906/2906. Acesso em 3 nov. 2024.

DELANT, M. L. R. et al. Os impactos da comunicação inadequada na relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 1, p. e007, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/T6RDbyQFLqGSFqmJTHhvBth/. Acesso em 3 nov. 2024.

ESCH, Tobias et al. Engaging patients through open notes: an evaluation using mixed methods. **BMJ open**, v. 6, n. 1, p. e010034, 2016. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4735137/. Acesso em 3 nov. 2024.

FIGUEIREDO, F. M. et al. Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4605–4620, dez. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph20085480. Acesso em: 3 nov. 2024.

GESSER, A. M.; SANTOS, M. S.; GAMBETTA, M. V. Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p. 103334–103345, 2021. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/39204

GITTELL, J. H. et al. Impact of relational coordination on staff and patient outcomes in outpatient surgical clinics. **Health care management review**, v. 45, n. 1, p. 12–20, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000192. Acesso em: 2 set. 2024.

GONÇALVES, M. I. et al. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, p. e2310014, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/4pFXWwtDd4j4qGd8pkshVys/. Acesso em 3 nov. 2024.

HOJAT, M.; DESANTIS, J.; GONNELLA, J. S. Patient perceptions of clinician's empathy: Measurement and psychometrics. **Journal of Patient Experience**, v. 4, n. 2, p. 78-83, 2017. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2374373517699273. Acesso em 3 nov. 2024.

JUNIO DO NASCIMENTO, F. Humanização e tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. **Nursing (São Paulo)**, v. 24, n. 279, p. 6035–6044, 2021. Disponível em:

https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/view/2371/1611. . Acesso em 3 nov. 2024.

MACÊDO, S.; FARINHA, M. G. Services School of Psychology in Brazil: challenges and possibilities for clinical practices in times of pandemic. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 56, n. 1, p. e1549–e1549, 2022. Disponível em: https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1549/1078/1549/1078. Acesso em 3 nov. 2024.

MALTA, M.; CARMO, E. D. A escuta ativa como condição de emergência da empatia no contexto do cuidado em saúde. **Atas de Ciências da Saúde**, v. 9, p. 41-51, 2020. Disponível em: https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/view/2371/1611. Acesso em 3 nov. 2024.

MASS, S. F. L. S et al. Rotina do imprevisível: cargas de trabalho e saúde de trabalhadores de enfermagem de urgência e emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, p. e20210007, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/RCXTDjSSbCXcDbYKS98z3nm/?lang=pt. Acesso em 3 nov. 2024.

MEIRELES, T. et al. Ferramentas utilizadas durante as transferências de pacientes: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, p. e55101724200, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24200. Acesso em: 03 nov. 2024.

MENDOZA, A. M.; DRESCHER, M. J.; EBERMAN, L. E. The Integration of Patient-Centered Care and the Biopsychosocial Model by Athletic Trainers in the Secondary School Setting. **International journal of environmental research and public health**, v. 20, n. 8, p. 5480, 2023. Disponível em: https://www.mdpi.com/1660-4601/20/8/5480. Acesso em 3 nov. 2024.

MOREIRA, F. T. L. dos S. et al. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, e20180308, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308. Acesso em 3 nov. 2024.

MORETTI, S. de A.; BATISTA, E.C. Saúde mental no ambiente organizacional: os desafios de uma comunicação não violenta e eficaz com os trabalhadores. **Saber Humano: Revista Científica da Faculdade Antonio Meneghetti**, v. 10, n. 17, p. 124-140, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.18815/sh.2020v10n17.424. Acesso em 3 nov. 2024.

ROSENBERG, Marshall B. **Comunicação não violenta**. Técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. 3. ed. São Paulo: Ágora, 2006.

ROGERS, C. *Um Jeito de Ser***.** São Paulo: Martins Fontes, 1977.

SANTANA, M. J. et al. How to practice person-centred care: A conceptual framework. **Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy**, v. 21, n. 2, p. 429–440, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1111/hex.12640. Acesso em 3 nov. 2024.

SANTOS, T. de O. et al. Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. **Id on Line Revista Multidisciplinar de Psicologia**, v. 15, n. 55, p. 159-168, maio 2021. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3030. Acesso em 3 nov. 2024.

SHEEHAN, J. et al. Methods and effectiveness of communication between hospital allied health and primary care practitioners: a systematic narrative review. **Journal of**

Multidisciplinary Healthcare, v. 14, p. 493–511, 2021. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/JMDH.S295549. Acesso em 3 nov. 2024.

SIMAN, A. G. et al. Practice challenges in patient safety. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1504–1511, nov. 2019. Disponível em: https://https://www.scielo.br/j/reben/a/xVGnxHjMmX8m5yty3BHTy3f/. Acesso em 3 nov. 2024.

SOARES, A. K. F. et al. Comunicação em saúde nas vivências de discentes e docentes de Enfermagem: contribuições para o letramento em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 05, p. 1753-1762, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/NjdfpqHCnQL3bgjBGDfJmrG/. Acesso em 3 nov. 2024.

TOBASE, L. et al. Comunicação não violenta como tecnologia leve no contexto da enfermagem: revisão integrativa. **Enfermagem Brasil**, v. 21, n. 5, p. 621-635, 2022. Disponível em: https://www.convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4936. Acesso em 3 nov. 2024.

TOFANI, L. F. N. et al. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção de cuidado. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 134, p. 761–776, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pRV4m4hwLWy7jcdQp7SGf4L/. Acesso em 3 nov. 2024.

UEHARA, B. Y.; NORMAN, A. H.; MORGADO, T. de A. Empatia (parte I): contribuições para a abordagem centrada na pessoa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 19, n. 46, p. 3398, 2024. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3398. Acesso em 3 nov. 2024.

WITISKI, M. et al. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 3, 2019. Disponível em: DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v18i3.46988. Acesso em 3 nov. 2024.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

EQUIDADE, ACOLHIMENTO E CIDADANIA: O NÚCLEO DE SAÚDE LGBTQIA+ DE BETIM, MINAS GERAIS

Joanilson Santos Guimarães; Enfermeiro, Mestrando em Gestão de Serviços de Saúde, Especialista em Gestão da Atenção à Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais.

Jovvi Dimas Virgolino Malta Cardoso; Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Vigilância em Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais.

Valéria Infantini dos Santos; Enfermeira, Especialista em Gestão Estratégica de Pessoas e em Auditoria em Serviços de Enfermagem; Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais.

João Victor Mendes Carvalho; Doutor em Sociologia; Universidade Federal de Minas Gerais.

Rafael da Silva Pereira; Médico de Família e Comunidades; Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais.

Natália Priscila Mota Abreu, Assistente Social, Especialista em Gestão de Saúde Pública e em Filosofia; Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais

resumo:

este trabalho relata a implantação do núcleo de referência à saúde integral da população lgbtqia+ em betim, minas gerais, como política pública inovadora que garanta a equidade e atenção integral. fundamenta-se na política nacional de saúde lgbtqia+ e em princípios de cuidado humanizado e multiprofissional. metodologicamente, descreve-se a articulação com o controle social, o planejamento estratégico e a atuação integrada da equipe especializada na rede de atenção à saúde para a implantação do serviço. os resultados revelam maior acesso, acolhimento qualificado, acompanhamento clínico, psicológico, social e farmacêutico, além de ações educativas e de sensibilização que fortalecem a cidadania e a assistência articulada com a rede de atenção à saúde local. conclui-se que a instituição do núcleo reduziu vulnerabilidades, promoveu a inclusão social, consolidou práticas de equidade em saúde e se constitui como referência para políticas públicas, posicionando a saúde no município de betim como exemplo na garantia de direitos humanos e saúde integral.

Palavras-chave: assistência integral à saúde; equidade; pessoas lgbtqia+; sistema único de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Gestão do município de Betim, em especial ao Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, pelo compromisso estratégico com a implantação do Núcleo. Reconhecemos o apoio decisivo da coordenação do movimento LGBTQIA+ de Betim e das autoridades legislativas estaduais e federais, cujas emendas parlamentares viabilizaram o custeio inicial do programa e a estruturação da nova sede. Este engajamento coletivo permitiu a consolidação do Núcleo de Atenção à Saúde LGBTQIA+, como referência em equidade, cuidado integral e inovação na Rede SUS Betim.

1 INTRODUÇÃO

A discussão sobre diversidade e inclusão no campo da saúde pública tem avançado significativamente nas últimas décadas, impulsionada pelo reconhecimento de que as desigualdades sociais, culturais e institucionais impactam diretamente na determinação social do processo saúde-doença. No contexto da população LGBTQIA+, as vulnerabilidades se expressam de maneira complexa, atravessadas por preconceitos estruturais, discriminação e exclusão histórica, que frequentemente se traduzem em barreiras de acesso aos serviços de saúde e em experiências negativas de acolhimento e cuidado (Lima, 2022).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, representa um marco fundamental na consolidação de direitos e no reconhecimento das especificidades dessa população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao considerar a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais de saúde, a política busca promover a equidade e combater as desigualdades produzidas pela intolerância, pelo estigma e pela marginalização. No entanto, mais de uma década após sua publicação, os desafios para a sua efetiva implementação ainda são expressivos (Brasil, 2011).

Pesquisas apontam que o preconceito institucional e a falta de preparo dos profissionais de saúde continuam sendo obstáculos relevantes à garantia da integralidade e da universalidade do cuidado. É frequente o relato de usuários LGBTQIA+ de episódios de constrangimento, desrespeito à identidade de gênero, recusa de atendimento e ausência de acolhimento adequado nos serviços. Tais experiências não apenas dificultam o acesso, como também contribuem para o afastamento dessa população dos espaços de cuidado, agravando situações de vulnerabilidade física e mental (Lima, 2022).

Essas barreiras são agravadas pela ausência de políticas institucionais efetivas de educação permanente em saúde, que incluam a temática da diversidade sexual e de gênero na formação e capacitação das equipes multiprofissionais. Além disso, a carência de dados epidemiológicos específicos sobre essa população limita a elaboração de estratégias de gestão baseadas em evidências, reforçando a invisibilidade de suas demandas no planejamento e na execução das ações de saúde.

Apesar de todas as dificuldades relatadas, experiências bem-sucedidas em diferentes regiões do país demonstram que é possível construir modelos de atenção que garantam o cuidado integral e humanizado. O município de São Paulo, por exemplo, tem sido referência na oferta de atendimento especializado à população LGBTQIA+, articulando ações de prevenção, assistência e formação profissional. Outro exemplo relevante é o Ambulatório Trans do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, que desenvolve ações integradas de acompanhamento clínico, psicológico e social, reforçando a importância da abordagem interdisciplinar.

Experiências como estas demonstram que a inclusão da pauta da diversidade sexual e de gênero na gestão pública de saúde requer, não apenas o compromisso político, mas também, a reorganização dos processos de trabalho, o fortalecimento das redes de atenção e a implementação de políticas de acolhimento pautadas nos princípios da equidade e da justiça social (Lima, 2022). O desafio está em transformar o discurso da universalidade do SUS em práticas efetivas que reconheçam as especificidades e as necessidades singulares da população LGBTQIA+

Nesse cenário, o município de Betim, Minas Gerais, reconhecendo a importância de assumir a responsabilidade no enfrentamento das iniquidades em saúde e na promoção de políticas públicas inclusivas voltadas à garantia dos direitos da população LGBTQIA+, assumiu o compromisso de implementar ações concretas para fortalecer a equidade no cuidado. Ciente de que o preconceito e a discriminação institucional impactam diretamente os indicadores de saúde e limitam o acesso aos serviços, a Secretaria Municipal de Saúde

elaborou um plano estratégico voltado à implementação de um serviço especializado para o atendimento mais humanizado à essa população.

A implantação do Núcleo de Atenção à Saúde LGBTQIA+ de Betim emerge, assim, como resposta concreta às demandas históricas de inclusão e como instrumento de fortalecimento da rede de atenção à saúde no território. O serviço propõe-se a articular ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, atenção especializada e educação permanente, com base nos princípios da humanização, do respeito às diversidades, da valorização da identidade de gênero e da orientação sexual de seus usuários.

Além de representar um avanço para a efetivação da Política Nacional, o Núcleo de Atenção à Saúde LGBTQIA+ de Betim se constitui, também, como espaço de formação e sensibilização das equipes, contribuindo para a redução de práticas discriminatórias e para a construção de um SUS mais inclusivo e equânime. A experiência vem se consolidando no cenário regional, demonstrando que a efetivação do direito à saúde depende da conjugação entre uma gestão comprometida, educação permanente e participação social.

Dessa forma, o relato que se segue apresenta a experiência de implantação e consolidação do Núcleo de Atenção à Saúde LGBTQIA+ de Betim, destacando os fatores motivadores, as estratégias adotadas e os resultados alcançados na promoção da equidade e do acesso aos serviços de saúde. Trata-se de um esforço institucional que reafirma o papel da gestão pública na defesa dos direitos humanos e na construção de políticas de saúde verdadeiramente inclusivas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico das Políticas de Saúde LGBTQIA+ no Brasil

A consolidação das políticas públicas voltadas à saúde da população LGBTQIA+ no Brasil está profundamente associada à trajetória da Reforma Sanitária e à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que instituiu a saúde como direito universal e dever do Estado. Entretanto, a inclusão efetiva das especificidades da população LGBTQIA+ na agenda da saúde pública foi um processo gradual, fortemente influenciado pelas lutas sociais e pelo movimento de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS nas décadas de 1980 e 1990. Para Ferreira e Nascimento (2022), esse contexto foi determinante para a emergência de políticas que visavam o reconhecimento da diversidade sexual e de gênero como dimensão essencial da cidadania.

Nos anos 1980, a epidemia de AIDS levou à criação de programas pioneiros de prevenção e atenção, como o Programa Nacional de Controle de DST/AIDS, em 1987, e ao fortalecimento de organizações não governamentais, como o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e o Grupo Pela Vidda, que desempenharam papel central na construção de uma resposta coletiva ao estigma e à discriminação (Ferreira; Nacimento, 2022). A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990) consolidaram o princípio da equidade, abrindo caminho para políticas de inclusão e reconhecimento de grupos vulnerabilizados socialmente.

Durante o processo de redemocratização, o Programa Brasil Sem Homofobia, em 2004, representou um marco para o enfrentamento da violência e discriminação contra a população LGBT. Essa iniciativa consolidou o diálogo entre o Estado e os movimentos sociais, institucionalizando espaços de participação e promovendo o debate sobre direitos humanos, saúde e cidadania (Bezerra; et al., 2019).

A partir desse cenário, a criação do Comitê Técnico de Saúde LGBT, em 2004, e a publicação da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT),

consolidaram avanços significativos na estruturação de diretrizes e estratégias voltadas à promoção da equidade em saúde (Lima, 2022). Essa política reconhece, explicitamente, a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde, orientando ações de prevenção, promoção, assistência e educação permanente (Brasil, 2011).

Ao longo da década de 2010, a implementação da PNSILGBT enfrentou diferentes desafios. Corrêa et al. (2025), apontam que, embora a política tenha promovido avanços simbólicos e normativos, sua execução foi marcada por desigualdades regionais, fragilidades na gestão e pouco envolvimento para a estruturação de processos de capacitação profissional efetivos, limitando sua efetividade na garantia do acesso integral e humanizado aos serviços de saúde.

Mesmo com todas estas dificuldades, a política brasileira permaneceu como referência internacional no campo de políticas públicas antidiscriminatórias, por articular o conceito de saúde integral à dimensão dos direitos humanos. Essa perspectiva reforça que a inclusão da diversidade sexual e de gênero no planejamento e na gestão do SUS é condição indispensável para o cumprimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade (Lima, 2022).

Em síntese, o percurso histórico das políticas de saúde LGBTQIA+ no Brasil revela um processo de conquistas graduais, sustentadas pela mobilização social e pela incorporação de uma agenda de direitos humanos na saúde pública. Esse avanço, porém, convive com permanentes tensões políticas e institucionais que afetam a concretização da equidade, exigindo a continuidade das ações de fortalecimento da política nacional e de seus desdobramentos locais.

2.2 Desafios Contemporâneos e o Direito à Saúde LGBTQIA+

A efetivação do direito à saúde da população LGBTQIA+, embora prevista em dispositivos legais e normativos, enfrenta, ainda, barreiras estruturais e simbólicas nos serviços de saúde. Melo et al. (2020) registram que o contexto contemporâneo é marcado por práticas discriminatórias, pela escassez de dados epidemiológicos e pela falta de processos de formação que proporcionem profissionais de saúde lidar com as especificidades dessa população.

Entre os principais desafios, destaca-se o preconceito institucional que se manifesta em diferentes níveis do sistema de saúde, desde o acolhimento até a assistência especializada (Melo; et al., 2020). Profissionais socializados em contextos marcados pela heteronormatividade e pela cisnormatividade tendem a reproduzir condutas que invisibilizam identidades de gênero e as necessidades da população LGBT, comprometendo o princípio da da ética do cuidado (Arán; Murta; Lionço, 2009).

Outro obstáculo relevante que merece ser destacado vem de encontro com a carência de informações sistematizadas sobre o perfil de morbimortalidade, acesso e utilização de serviços por pessoas LGBT. Essa invisibilidade estatística reforça o ciclo de exclusão e dificulta o planejamento de políticas baseadas em evidências. A falta de indicadores específicos por identidade de gênero e orientação sexual, dificulta o monitoramento das ações e o dimensionamento real das iniquidades em serviços de saúde brasileiros (Bezerra; et al., 2019).

Um outro grande desafio é sinalizado por Corrêa et al. (2025). Grande parte dos trabalhadores da saúde desconhece o conteúdo da Portaria nº 2.836/2011, o que compromete sua execução cotidiana. Além disso, fatores políticos, ideológicos e religiosos, frequentemente, interferem na continuidade das ações, especialmente em contextos de avanço de pautas conservadoras e de desmonte de políticas públicas.

Esses entraves reforçam a necessidade de uma abordagem intersetorial e permanente, que envolva educação em direitos humanos, formação técnica sensível à diversidade e

fortalecimento da participação social. A concretização do direito à saúde da população LGBT depende, portanto, de um compromisso institucional contínuo com a promoção da equidade, da humanização e do respeito às diferenças (Lima, 2022).

2.3 Experiências exitosas na implantação de Núcleos de Saúde LGBTQIA+

Apesar dos percalços existentes, experiências bem sucedidas, no Brasil e no exterior demonstram que é possível construir modelos de atenção inclusivos capazes de promover acolhimento, respeito e integralidade no cuidado. Em nosso país, alguns municípios têm desenvolvido Núcleos e Ambulatórios Especializados em Saúde LGBT, inspirados nas diretrizes da PNSILGBT e em práticas de gestão que articulam participação social, formação e redes de cuidado.

Em São Paulo, a Secretaria Municipal de Saúde vem se consolidando como um dos espaços de gestão pública de destaque na oferta de atendimento especializado à população LGBT, com foco na assistência interdisciplinar de saúde sexual, mental e endocrinológica. A capital paulista conta com o Programa SAMPATRANS, que desenvolve ações em todos os níveis de sua Rede de Atenção à Saúde, seja no nível primário quanto no componente especializado. Importante registrar, também, o Ambulatório Trans do Hospital das Clínicas de São Paulo, referência na atenção à população transgênera, que integra acompanhamento clínico, cirúrgico, social e psicológico.

Outros exemplos incluem o Serviço de Atenção Integral à Saúde da População LGBTQIA+ de Porto Alegre e o Núcleo de Saúde LGBTQIA+ de Salvador, ambos voltados à promoção do cuidado integral e à capacitação contínua das equipes de saúde. Tais experiências demonstram que a sustentabilidade dos serviços especializados depende da institucionalização das ações e da incorporação das práticas de equidade nas rotinas do SUS (Corrêa; et al., 2025).

A revisão integrativa de Corrêa et al. (2025) destacou que iniciativas locais bem sucedidas compartilham características comuns como gestão comprometida com a política de equidade; capacitação permanente dos profissionais; acolhimento humanizado; e articulação intersetorial com a educação, assistência social e direitos humanos. Esses elementos são fundamentais para consolidar redes de cuidado que reconheçam as especificidades da população LGBT.

Em âmbito internacional, experiências como a do *National LGBTQ+ Health Centre*, no Reino Unido, e do *Sherbourne Health Centre*, no Canadá, ilustram modelos de atenção integral baseados na interdisciplinaridade, no engajamento comunitário e na perspectiva de saúde centrada na pessoa. Nesses países, políticas públicas robustas garantem financiamento estável, protocolos inclusivos e monitoramento contínuo das ações, evidenciando que ações estatais aliadas à participação social são determinantes para o êxito das políticas de saúde da diversidade (Pudney, 2023; Sherbourne Health Center, 2016).

Essas experiências, nacionais e internacionais, demonstram que a implantação de núcleos de atenção à saúde LGBT se constitui como uma estratégia eficaz para a redução de iniquidades, para a qualificação do cuidado e para o fortalecimento do compromisso dos sistemas de saúde com os direitos humanos. Foi partir dessas referências e diretrizes que a gestão e a equipe assistencial do SUS Betim, implantou e vem estruturando, seu Núcleo de Atenção à Saúde LGBTQIA+, reafirmando seu compromisso com a gestão pública na promoção de políticas inclusivas e equânimes.

3 METODOLOGIA

O Núcleo de Atenção à Saúde LGBTQIA+ de Betim foi instituído com o propósito de se construir uma política pública que garanta a atenção integral, humanizada e com práticas assistências pautadas nas melhores evidências a uma população, historicamente, marcada por

exclusão e vulnerabilidades. A iniciativa objetivou fortalecer a articulação intersetorial das Redes de Atenção à Saúde de Betim, promovendo diagnósticos situacionais e intervenções estratégicas que ampliem o acesso e a qualidade da assistência à saúde da população LGBTQIA+.

Entre seus objetivos destaca-se a redução do índice de automedicação; a ampliação do acesso da população transexual e travesti aos serviços de saúde; a qualificação das equipes da Estratégia Saúde da Família quanto a um acolhimento efetivo, manejo clínico, terapêutico e psicossocial dessa população; bem como, a implementação de ações de sensibilização para a prevenção de preconceitos, discriminação e LGBTfobia. Todas essas ações tinham como meta final a promoção de uma saúde integral e melhor qualidade de vida para a população LGBTQIA+ betinense.

O planejamento e a constituição do Núcleo resultaram de uma articulação estratégica entre a Associação Comunidade LGBTI+, o Conselho Municipal de Atenção à Diversidade LGBTI+ e a gestão da Secretaria Municipal de Saúde representada por sua Referência Técnica da Política de Equidades em Saúde. Este alinhamento institucional foi decisivo para a legitimação do Núcleo, a partir do engajamento do controle social e do fortalecimento das práticas de governança participativa.

Em outubro de 2023, foi formalmente constituído um Grupo Técnico Intersetorial da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, com representantes da gestão, atenção primária, atenção especializada, regulação e controle social. Este grupo foi responsável pelo planejamento estratégico da implantação do Núcleo, definindo protocolos assistenciais, fluxos de referência, estratégias de integração intersetorial e mecanismos de monitoramento das demandas e das ações instruídas.

Como parte do processo de implantação, o Grupo Técnico realizou uma visita técnica ao Programa SAMPATRANS, em São Paulo. Essa experiência permitiu a troca de boas práticas, a sensibilização da equipe e a reflexão sobre como estratégias inovadoras de atenção integral à população trans e travesti pode fortalecer o planejamento e as implementação de ações locais.

Importante registrar que, antes da instituição do Núcleo de Atenção à Saúde LGBTQIA+, algumas práticas assistenciais já ocorriam, de forma isolada, em algumas equipes da Estratégia Saúde da Família. No entanto, era necessária a institucionalização dessas ações, ampliando sua abrangência e garantindo continuidade, padronização e integração em toda a Rede de Atenção à Saúde.

Após articulações entre o poder público e o controle social, uma equipe multiprofissional, composta por um Médico Generalista, uma Enfermeira e uma Assistente Social, iniciou suas atividades em 13 de julho de 2024. Esta primeira equipe, desenvolveu sua atividades no Serviço de Prevenção e Assistência às Doenças Infecciosas (SEPADI), do Centro de Referência em Especialidades Divino Ferreira Braga por, aproximadamente, um ano. Esta composição, representou a primeira referência formal e estruturada para atenção à saúde da população LGBTQIA+ em Betim.

O escopo inicial de atuação da equipe incluiu o acolhimento e acompanhamento de usuários do Programa de Profilaxia Pré-exposição ao HIV/AIDS (PrEP); a assistência a pacientes em hormonioterapia; o apoio matricial a casos encaminhados pela Atenção Primária; a busca ativa de novos usuários e usuárias; atividades de divulgação, promoção de direitos e de ações educativas em saúde.

Gradativamente, a procura pelo serviço aumentou, refletindo o reconhecimento social do Núcleo e sua legitimidade institucional. O crescimento das demandas demonstrou a importância estratégica do Núcleo para a Rede SUS Betim, destacando-se como um equipamento inovador de atenção à saúde população LGBTQIA+.

Importante registrar que o apoio de agentes legislativos estaduais e federais, viabilizado por meio de emendas parlamentares, incrementou os recursos financeiros para o custeio de serviços, bem como, para a estruturação de um espaço exclusivo, reforçando a autonomia do Núcleo e a adequação de suas instalações às necessidades da população atendida.

Com isso, em 25 de julho de 2025, foi inaugurado o novo espaço físico para o Núcleo de Atenção à Saúde LGBTQIA+, acompanhado da ampliação da equipe técnica, agora composta por dois médicos generalistas, uma enfermeira, dois psicólogos, dois assistentes sociais, uma farmacêutica e uma assistente administrativa. Esta nova configuração multiprofissional permite uma oferta de serviços mais adequada à complexidade e ao aumento das demandas do serviço, garantindo atendimento integral, contínuo e humanizado.

Atualmente, o núcleo oferta serviços que contemplam o acolhimento por demanda espontânea; consultas médicas eletivas e emergenciais; apoio psicológico individual e em grupo; assistência social com orientação sobre direitos e políticas públicas; cuidados de enfermagem; prescrição, acompanhamento e dispensação de PrEP/PEP; atividades coletivas internas e externas; e grupos operativos/temáticos voltados à promoção da saúde integral.

O Núcleo oferece, à população transexual e travesti, o serviço de hormonização supervisionada, com assistência clínica, farmacêutica, social e psicológica. Atualmente, 80 pacientes estão em acompanhamento contínuo, volume que evidencia o reconhecimento por parte dessa população na qualidade e importância dessa estratégia de cuidado.

A implantação do Núcleo representa um marco na consolidação de políticas de equidade em saúde, promovendo visibilidade às demandas da população LGBTQIA+ e fortalecendo a articulação da rede municipal de atenção à saúde. Este modelo demonstra que a atuação multiprofissional, integrada e baseada em evidências contribui para a redução de vulnerabilidades, ampliação do acesso e promoção da saúde com equidade.

Dessa forma, a implantação do Núcleo articulou planejamento estratégico, capacitação profissional, integração intersetorial e monitoramento contínuo, consolidando uma referência inovadora e de alto impacto para a atenção à saúde da população LGBTQIA+ no contexto municipal. O Núcleo configura-se como um espaço estratégico de integração entre gestão, assistência e controle social, consolidando práticas de governança participativa e atenção centrada na população, com foco na cidadania, direitos humanos e promoção da saúde integral.

4 ANALISE E DISCUSSAO DOS RESULTADOS

A implantação do Núcleo de Atenção Integral à População LGBT revelou avanços expressivos no cuidado à saúde dessa população e na consolidação de práticas voltadas à diversidade e à equidade nos equipamentos da Rede de Atenção à Saúde de Betim. Neste capítulo apresentamos alguns dados relativos à caracterização dos atendimentos, à diversidade dos serviços ofertados, ao perfil das pessoas atendidas, aos desafios operacionais enfrentados, à articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS) e às perspectivas de expansão do cuidado. As análises apoiam-se em produções científicas recentes que evidenciam tanto os progressos alcançados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento à população LGBT quanto as persistentes barreiras de acesso, o estigma institucional e as desigualdades regionais que ainda permeiam esse campo de atenção.

Atualmente, o núcleo oferta cerca de 200 atendimentos mensais. Além disso, desenvolve atividades como grupos operativos, reuniões de equipe e ações extra muros que envolvem ações comunitárias e extensão de serviços. Os serviços ofertados incluem acolhimento por demanda espontânea; assistência médica eletiva ou sob demanda espontânea; apoio psicológico individual e/ou em grupo; assistência social com atendimentos individualizados ou coletivos, orientações sobre direitos sociais e encaminhamentos para

outras políticas públicas municipais; assistência de enfermagem; prescrição de PrEP; atividades coletivas internas e externas; além de grupos operativos ou temáticos.

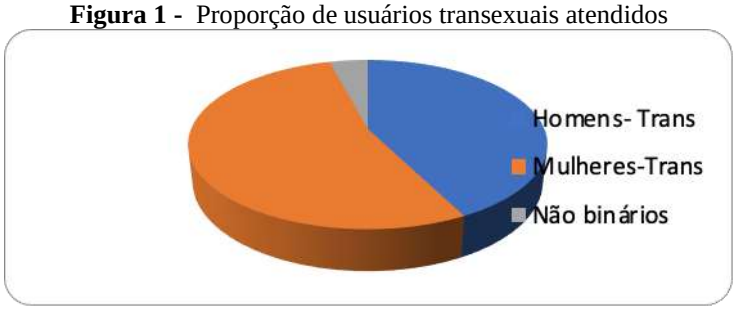
Essa oferta de serviços está em consonância com as recomendações que literatura sinaliza, apontando para a importância de serviços integrados e multidisciplinares para populações LGBT como estratégia para reduzir desigualdades de saúde (Antonini; et al. 2023; Lima, 2022).

Cerca de 400 usuários encontram-se inscritos e acompanhados pelo programa de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no núcleo, um marco significativo no fortalecimento das ações de prevenção combinada ao HIV em nível local. Esse dado evidencia a capacidade do serviço em promover o acesso ampliado e o vínculo contínuo com os usuários, refletindo o êxito das estratégias de acolhimento, escuta qualificada e abordagem interprofissional. Além disso, demonstra a efetividade do trabalho em rede e a articulação entre os diferentes pontos da atenção, contribuindo para a consolidação da política de prevenção do HIV no Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, é necessário contextualizar esse resultado frente ao cenário nacional. Dos pacientes em acompanhamento pelo Programa PrEP, somente 10% são usuários transexuais e travestis. Estudo recente analisou dados de janeiro de 2018 a dezembro de 2023 e identificou que, das 149.022 pessoas que iniciaram PrEP no Brasil, apenas 6% eram pessoas trans ou travestis, o que evidencia uma sub-representação dessa população no acesso à profilaxia, além de desigualdades relacionadas à raça, escolaridade e faixa etária (Roncon; et al., 2016). Outros estudos reforçam que barreiras como o estigma, as dificuldades de acesso aos serviços, a falta de informação e o receio institucional limitam não apenas o início, mas também a continuidade do uso da PrEP entre travestis e pessoas trans (Silva Junior; et al., 2023).

O acompanhamento clínico e psicológico para hormonização de pessoas transexuais é outra frente de atuação que o núcleo vem conduzindo. Atualmente, 73 usuários transexuais são acompanhados pelo Núcleo de Atenção à Saúde LGBTQIA+. Destes 39 são Mulheres-Trans, 31% Homens-Trans e 03 usuários que se identificam como Não Binários. A Figura 1 demonstra a proporcionalidade destes dados.

Figura 1 - Proporção de usuários transexuais atendidos



Fonte: Sistema de gestão MV Soul

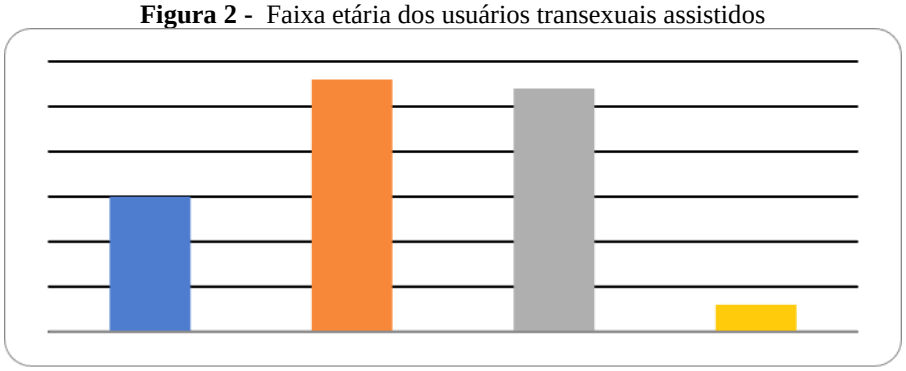
Entre os 73 usuários transexuais atualmente acompanhados pelo Núcleo, 38 encontram-se em processo de hormonização supervisionada. Desses, 51% são homens trans, o que evidencia a expressiva demanda desse grupo pelo serviço. Além disso, 22 usuários já foram encaminhados para o processo de retificação de nome civil, demonstrando o compromisso do Núcleo em promover o cuidado integral, articulando a dimensão clínica com o reconhecimento e a afirmação dos direitos de identidade de gênero.

Importante registrar que a hormonização supervisionada por equipes multidisciplinares, associada ao apoio psicológico contínuo, melhora indicadores de saúde mental, reduz disforia de gênero e eleva a qualidade de vida para essas pessoas (Boldrin; et al., 2025). Entretanto, persistem obstáculos como acesso geograficamente desigual aos

ambulatórios habilitados, demoras burocráticas e falta de uniformidade nos protocolos de atendimento.

A análise da faixa etária dos usuários transexuais acompanhados no Núcleo revela que 15 (20,5%) têm menos de 18 anos; 28 (38,4%) estão entre 18 e 25 anos; 27 (37,0%) entre 25 e 35 anos; e apenas 3 (4,1%) têm mais de 35 anos. A Figura 2 ilustra estes dados:

Figura 2 - Faixa etária dos usuários transexuais assistidos



Fonte: Sistema de gestão MV Soul

Esse perfil etário, com predomínio de jovens adultos até os 35 anos, está em consonância com estudos brasileiros recentes que identificam uma amostra populacional majoritariamente jovem nos serviços de atenção à população transexual. Kruger, Sperandei et al. (2019) observaram mediana de idade de 24 anos em estudo com travestis e mulheres transexuais no Distrito Federal. Além disso, Wonck et al. (2021), em Porto Alegre, também relataram ampla maioria abaixo dos 35 anos entre usuários que fazem uso hormonal.

Na articulação com a Atenção Primária à Saúde, o matriciamento e discussões de casos clínicos tem se mostrado essencial para aumentar a efetividade do acompanhamento dos usuários. O matriciamento permite que casos sejam compartilhados, aprimorando a capacidade técnica e cultural das equipes da APS, garantindo continuidade, integração dos cuidados, e diminuindo a sobrecarga dos serviços especializados. Estudos apontam que a APS deveria assumir protagonismo no cuidado à população trans, não apenas no controle da hormonização e no acompanhamento psicológico, mas também nas abordagens comunitárias e familiares, bem como no enfrentamento do estigma institucional (Boldrin; et al, 2025).

Quanto às expectativas futuras, o núcleo projeta a habilitação como Ambulatório de Transexualização, conforme a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, normativa que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Nesse contexto, pretende-se expandir as ações para incluir acompanhamentos pré e pós-cirúrgicos, intensificar o acompanhamento de hormonização e ampliar a oferta de serviços para toda a região de saúde. Tal expansão não apenas alinha o serviço com exigências legais e protocolos nacionais, mas também responde às demandas identificadas na literatura para melhorar cobertura, equidade, qualidade do atendimento e protagonismo das pessoas LGBT no cuidado à saúde (Boldrin; et al., 2025; Lima, 2022).

A implantação do Núcleo representa um marco na consolidação de políticas de equidade em saúde, promovendo visibilidade às demandas da população LGBTQIA+ e fortalecendo a articulação da rede municipal de atenção à saúde. Este modelo demonstra que a atuação multiprofissional, integrada e baseada em evidências contribui para a redução de vulnerabilidades, ampliação do acesso e promoção da saúde com equidade.

Dessa forma, a metodologia de implantação do Núcleo articulou planejamento estratégico, capacitação profissional, integração intersetorial e monitoramento contínuo, consolidando uma referência inovadora e de alto impacto para a atenção à saúde da população LGBTQIA+ no contexto municipal. O Núcleo, configura-se como um espaço estratégico de

integração entre gestão, assistência e controle social, consolidando práticas de governança participativa e atenção centrada na população, com foco na cidadania, direitos humanos e promoção da saúde integral.

5 CONCLUSAO

A experiência do município de Betim evidencia que políticas públicas estruturadas, respaldadas por evidências e fortalecidas pelo controle social, são essenciais para garantir que populações historicamente vulnerabilizadas e marginalizadas tenham acesso a serviços de saúde qualificados, humanizados e de forma contínua. A criação do Núcleo de Referência à Saúde Integral da População LGBTQIA+ representou um marco na promoção da equidade, da inclusão e da atenção integral à saúde para os munícipes betinenses.

Em uma cidade de aproximadamente 415 mil habitantes, com uma diversidade populacional tão significativa, a implantação do Núcleo não se restringiu a uma medida de justiça social. Desde sua idealização, foi tratada como uma estratégia de saúde pública capaz de transformar a realidade de cidadãos, reduzindo vulnerabilidades e fortalecendo o direito ao cuidado especializado e humanizado.

O Núcleo vem atuando na redução das iniquidades no acesso à saúde, oferecendo acolhimento, assistência multiprofissional e apoio matricial às equipes da Rede SUS. Essa atuação fortalece o protagonismo da população LGBTQIA+, potencializa diagnósticos precoces, amplia a adesão terapêutica e contribui para melhorias nos indicadores de saúde, física e mental.

A formação continuada de profissionais de saúde em relações de gênero e diversidade sexual reforça a cultura do acolhimento, humaniza os atendimentos e transforma práticas institucionais. Para a população trans e travesti, o Núcleo garantiu acompanhamento clínico, farmacêutico, psicológico e social, além de consolidar direitos como o uso do nome social, promovendo dignidade, respeito e cidadania.

Assim, a experiência de Betim demonstra que o Núcleo de Saúde Integral da População LGBTQIA+, aliado ao debate contínuo sobre relações de gênero, constitui uma estratégia inovadora de cuidado, equidade e transformação cultural. Este modelo fortalece a inclusão, a justiça social e a qualidade de vida, tornando-se referência para políticas públicas de atenção à saúde LGBTQIA+.

REFERÊNCIAS

ANTONINI, M.; et al. Barreiras para o uso da profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 3, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0963pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/LQDHpct6QysL9m9ZQyRR7zS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 06 out. 25

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1141–1149, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SBvq6LKYBTWNR8TLNsFdKkj/?lang=pt>. Acesso em 05 out. 2025.

BEZERRA, M. V. R.; et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, n. esp. 8, p. 305–323, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DkZJz3V4kfLczm7Qbvpr3Xh/?lang=pt>. Acesso em 05 out. 2025.

BOLDRIN, V.C; et al. Avanços e desafios no processo transexualizador no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, e10912023, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025301.10912023. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/csc/a/qGryvj3LX8rRFhmm7sgYyHF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 05 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em 05 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em 05 out. 2025.

CORRÊA, E. H. A.; et al. 10 anos de (r)existência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, supl. 1, e05982023, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/v3FKr3LXL3J9LwBrs33pCXP/abstract/?lang=pt>. Acesso em 05 out. 2025.

FERREIRA, B. O.; NASCIMENTO, M. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3825–3834, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKYtxMMmQnCrCSvfbrMnkDc/?format=html&lang=pt>. Acesso em 05 out. 2025.

LIMA, R.R.T. **Atenção à saúde para travestis e transexuais no Sistema Único de Saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2022, 89 p. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/e2cfda33-7f6a-4d39-a3af-406211f9d3c9>. Acesso em: Acesso em 05 out. 2025.

MELO, I. R.; et al. O direito à saúde da população LGBT: desafios contemporâneos no contexto do SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 63–78, 2020. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/1047/1145>. Acesso em 05 out. 2025.

PUDNEY, J.; et al. Lesbian, gay, bisexual, transgender and queer patient experiences in Canadian primary care and emergency departments: a literature review. **Culture, Health & Sexuality**, London, v. 25, n. 8, p. 1124–1139, 2023. DOI: 10.1080/13691058.2023.2176548. Disponível em:< https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36794329/>. Acesso em 05 out. 2025.

RONCON, P. C.; et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 21(8):2517-2525, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zGJyVqQ6WGjygRzLqfd8vRD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 05 out. 2025.

SHERBOURNE HEALTH CENTRE. Trans Primary Care Guide: first online interactive tool for Canadian healthcare providers. **Sherbourne Health**, 2016. Disponível em:

<https://sherbourne.on.ca/news/media-release-trans-primary-care-guide-first-online-interactive-tool-for-canadian-healthcare-providers>. Acesso em: 5 out. 2025.

SILVA JUNIOR. A. L.; et al. Saúde, aprimoramento e estilo de vida: o uso da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) entre homens gays, mulheres trans e travestis. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, e33082, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xjtCLzBLXtqyfDhqsMSDVTb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 05 out. 2025.

GESTÃO ESTRATÉGICA HOSPITALAR: APLICAÇÃO DA ANÁLISE SWOT PARA O FORTALECIMENTO DA EFICIÊNCIA OPERACIONAL EM UM HOSPITAL CATARINENSE

Leandro Hupalo; Doutorando em Desenvolvimento e Sociedade; Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP)

RESUMO: A gestão hospitalar tem se tornado cada vez mais relevante diante das fragilidades expostas pela pandemia de Covid-19 e da necessidade de práticas mais eficientes e inovadoras. Este estudo teve como objetivo analisar os processos de gestão em um hospital do Meio Oeste de Santa Catarina, identificando forças, fraquezas, oportunidades e ameaças a partir da aplicação da análise SWOT. A pesquisa caracteriza-se como qualitativa, exploratória, aplicada e estudo de caso, com coleta de dados realizada por meio de entrevistas com gestores e observação in loco. Os resultados evidenciaram como forças a qualificação da equipe e a oferta de serviços de alta complexidade, enquanto as principais fragilidades foram a burocratização excessiva e falhas de comunicação interna. Como oportunidades, destacaram-se a expansão de serviços especializados e o atendimento domiciliar, em contraste com ameaças ligadas à concorrência regional e mudanças nas políticas de saúde. Conclui-se que a integração de sistemas, a inovação na gestão e a capacitação contínua são essenciais para consolidar a instituição como referência regional.

PALAVRAS-CHAVE: Cultura organizacional; Comunicação interna; Inovação em saúde.

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) “Edital 19/2024”.

1 INTRODUÇÃO

A gestão hospitalar tem se tornado um tema de crescente importância, especialmente após a pandemia de Covid-19, que expôs as fragilidades dos sistemas de saúde e a necessidade de práticas mais eficientes e inovadoras. Os hospitais, de modo geral, desempenham um papel crucial em suas comunidades, exigindo estratégias que garantam sustentabilidade, qualidade no atendimento e eficiência operacional. A literatura aponta que a implementação de modelos de gestão que priorizam a inovação e a eficiência é fundamental para a superação dos desafios enfrentados pelas instituições de saúde, conforme Capellini (2020).

O hospital objeto de estudo tem se destacado pela implementação de serviços de alta complexidade e pela qualidade de sua equipe. No entanto, enfrenta desafios como a burocracia excessiva e falhas na comunicação interna, que comprometem a eficiência operacional. A literatura sugere que a adoção de práticas de gestão mais integradas e menos burocráticas pode contribuir para a melhoria da eficiência operacional em hospitais, permitindo um atendimento mais ágil e de qualidade (Rodrigues; Sallum; Raupp, 2020; Silva *et al*.; 2018). A identificação de estratégias de melhoria é, portanto, essencial para o fortalecimento da gestão hospitalar.

A análise SWOT é uma ferramenta amplamente reconhecida no planejamento estratégico e pode ser utilizada para identificar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, sendo ideal para a avaliação do contexto do HSDS. Sua aplicação permite uma compreensão mais profunda das dinâmicas internas e externas que impactam a gestão hospitalar, possibilitando que os gestores desenvolvam estratégias mais eficazes para enfrentar os desafios identificados (Santos; Sodré, 2023). A utilização dessa ferramenta é corroborada por estudos que destacam sua eficácia na análise de instituições de saúde (Soares *et al*., 2022).

O objetivo geral deste estudo é identificar os processos de gestão através da análise SWOT propondo soluções que aumentem a eficiência operacional e a qualidade dos serviços prestados em hospital do Meio Oeste de Santa Catarina. Essa abordagem não apenas beneficiará o hospital, mas também contribuirá para a melhoria do setor de saúde regional. A gestão hospitalar deve ser vista como um sistema complexo que requer uma abordagem integrada,

conforme sugerido por estudos que discutem a importância da gestão estratégica na saúde (Ovando *et al*., 2023; Farias; Nunes, 2018).

O estudo justifica-se pela necessidade de fortalecer os sistemas de saúde regionais, promovendo um atendimento mais eficaz e acessível à população. O hospital, considerado referência, tem o potencial de liderar mudanças positivas em sua área de abrangência, contribuindo para a melhoria da saúde pública local. A literatura aponta que hospitais que adotam práticas de gestão inovadoras e centradas no paciente podem ter um impacto significativo na saúde da comunidade (Fernandes; Bordin, 2022; Martins; Souza, 2019).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A gestão empresarial em hospitais é um tema de crescente relevância, especialmente no contexto pós-Covid-19, onde a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde se tornaram imperativos. A pandemia expôs fragilidades nos sistemas de saúde, tanto em hospitais públicos quanto privados, e destacou a necessidade de práticas de gestão mais robustas e inovadoras. A literatura aponta que a implementação de modelos de gestão que integrem inovação e eficiência é crucial para a sustentabilidade das instituições de saúde (Dalcin *et al*., 2021; Gois *et al*., 2021).

Os hospitais universitários, por exemplo, passaram por transformações significativas com a adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que visou melhorar a gestão e a eficiência operacional. Essa mudança foi uma resposta à crise enfrentada por essas instituições, conforme indicado por estudos que analisam a necessidade de uma abordagem mais empresarial na gestão hospitalar (Dalcin *et al*., 2021). A EBSERH trouxe um novo modelo de gestão que, embora tenha sido criticado em alguns aspectos, permitiu uma reestruturação que buscou atender melhor às demandas da população (Dalcin *et al*., 2021; Sousa, 2020).

Além disso, a inovação na gestão hospitalar não se limita apenas à estrutura organizacional, mas também envolve a adoção de tecnologias e práticas que promovam a segurança do paciente e a qualidade do atendimento. A gestão da inovação, conforme discutido na literatura, é um elemento essencial para a competitividade das instituições de saúde, permitindo que se adaptem rapidamente às mudanças no ambiente de saúde (Azevedo *et al*., 2021). A implementação de tecnologias de gestão, como a Análise Envoltória de Dados (DEA), tem se mostrado eficaz na avaliação da eficiência hospitalar e na identificação de áreas que necessitam de melhorias (Azevedo *et al.*, 2021; Hupalo, 2023).

A cultura organizacional também desempenha um papel fundamental na gestão hospitalar. Estudos indicam que a promoção de uma cultura de inovação e aprendizado contínuo pode resultar em melhorias significativas na qualidade do atendimento e na satisfação dos pacientes (Sousa *et al*., 2023). A liderança é um fator determinante nesse processo, pois gestores que incentivam a inovação e a participação da equipe tendem a criar um ambiente mais propício para a implementação de mudanças necessárias (Gois *et al*., 2021; Sousa, 2020).

O Quadro 1 apresenta o conjunto de pressupostos psicossociais da cultura organizacional.

Quadro 1 – Conjunto de pressupostos psicossociais da cultura organizacional

Normas	Regras ou padrões de conduta nos quais os colaboradores da organização se enquadram
Valores	Conjunto de fatores que os colaboradores julgam positivo ou negativo na organização
Poder	Atribuições relacionadas à centralização ou descentralização da autoridade e quem determina as recompensas na organização
Recompensa	Valorização não apenas do colaborador que se destaca, mas também estímulo aos menos dedicados

Fonte: Bateman e Snell (2009).

A gestão da qualidade é outra dimensão crítica a ser considerada. A aplicação de práticas de gestão da qualidade em hospitais tem demonstrado resultados positivos, como a melhoria na satisfação dos pacientes e a otimização dos processos internos (Bom, 2023). Ainda de acordo com a autora, a utilização de ferramentas de qualidade permite que os hospitais realizem análises sistemáticas de seus serviços, promovendo um ciclo de melhoria contínua que é vital para a sustentabilidade das operações hospitalares (Bom, 2023).

Além disso, a gestão de riscos é uma área que ganhou destaque, especialmente em resposta aos desafios impostos pela pandemia. A implementação de práticas de gerenciamento de riscos é essencial para garantir a segurança dos pacientes e a proteção dos profissionais de saúde, além de mitigar possíveis litígios decorrentes de falhas no atendimento (Ovando *et al*., 2023). Os autores ressaltam que a humanização do atendimento, que envolve a consideração das necessidades e expectativas dos pacientes, também deve ser uma prioridade nas práticas de gestão hospitalar (Ovando *et al*., 2023).

A colaboração entre diferentes setores e a criação de parcerias estratégicas são fundamentais para o sucesso da gestão hospitalar. A interação entre hospitais e universidades, por exemplo, pode fomentar a inovação e a pesquisa aplicada, resultando em melhorias significativas nos serviços prestados (Queiroz *et al*., 2022; Coslop *et al*., 2022). Nesse sentido, os Núcleos de Inovação Tecnológica têm se mostrado eficazes na promoção dessa interação, contribuindo para a disseminação de conhecimento e práticas inovadoras no setor de saúde (Queiroz *et al*., 2022).

Nesse sentido, a formação e capacitação contínua dos profissionais de saúde são essenciais para garantir que as práticas de gestão sejam efetivas. A educação em gestão hospitalar deve incluir não apenas aspectos técnicos, mas também habilidades de liderança e inovação, preparando os gestores para enfrentar os desafios contemporâneos (Sousa *et al*., 2023; Gois *et al*., 2021). A integração de conhecimentos teóricos e práticos é crucial para o desenvolvimento de uma gestão hospitalar que seja não apenas eficiente, mas também humanizada e centrada no paciente.

De modo geral, a gestão empresarial em hospitais deve ser vista como um sistema complexo que envolve múltiplas dimensões, incluindo inovação, qualidade, segurança e formação. A pandemia de Covid-19 evidenciou a necessidade urgente de aprimoramento nas práticas de gestão, e a adoção de modelos que integrem esses elementos pode levar a uma melhoria significativa na prestação de serviços de saúde, beneficiando tanto os pacientes quanto os profissionais envolvidos (Andreazza *et al*., 2023).

Para a gestão eficaz de um hospital existem diversas ferramentas que contribuem significativamente para a melhoria dos processos, sendo uma delas a Análise SWOT. Segundo Kotler e Keller (2012), essa ferramenta permite uma compreensão profunda das condições internas e externas de uma organização, sendo crucial para a formulação de estratégias eficientes. De acordo com Helms e Nixon (2010, p. 216), a "Análise SWOT é uma ferramenta essencial para o planejamento estratégico, permitindo que as organizações desenvolvam estratégias para lidar com essas variáveis". A importância dessa ferramenta reside na sua capacidade de fornecer uma visão clara e estruturada dos pontos fortes e fracos de uma empresa, bem como das oportunidades e ameaças que ela enfrenta no mercado.

A aplicação da Análise SWOT envolve a identificação e análise de quatro elementos principais: *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças). Para Vasconcellos e Hemsley (2013), essa metodologia é utilizada em diversos contextos empresariais para ajudar na tomada de decisões estratégicas. No caso do hospital, a aplicação da Análise SWOT permitiu uma avaliação detalhada dos processos de gestão, identificando áreas que necessitam de melhorias e potencializando os pontos fortes da instituição para assegurar um atendimento de qualidade à população. Estudos recentes se propuseram a utilizar a Análise SWOT no ambiente hospitalar como ferramenta de melhoria

dos processos de gestão, como pode ser observado em Souza *et al*. (2013), Queiroz *et al*. (2026) e Negri *et al*. (2022).

3 METODOLOGIA

O estudo adota uma abordagem predominantemente qualitativa, a qual, segundo Minayo (2001), dedica-se à compreensão do universo de significados, crenças, valores, atitudes e motivações, explorando dimensões que não podem ser reduzidas a variáveis mensuráveis. Esse tipo de pesquisa privilegia a análise aprofundada das relações e processos sociais, permitindo captar as percepções e práticas dos sujeitos envolvidos no fenômeno investigado. A natureza da pesquisa é aplicada, pois visa gerar conhecimentos voltados à prática, contribuindo para a solução de problemas específicos de interesse local, conforme destacado por Gerhardt e Silveira (2009).

Quanto aos objetivos, a investigação é classificada como exploratória, na medida em que busca oferecer maior familiaridade com o problema, torná-lo mais explícito e subsidiar a formulação de hipóteses futuras. Para Gil (2007), a pesquisa exploratória desempenha papel fundamental quando se pretende compreender fenômenos ainda pouco estudados ou que exigem novas perspectivas de análise. No que se refere aos procedimentos técnicos, este estudo configura-se como um estudo de caso, abordagem amplamente utilizada nas Ciências Sociais por possibilitar uma análise detalhada de uma unidade social específica. Fonseca (2002) define o estudo de caso como a investigação de uma entidade claramente delimitada — seja uma instituição, programa, sistema ou grupo social — com o intuito de compreender suas particularidades e dinâmicas.

Paralelamente, caracteriza-se também como pesquisa bibliográfica, realizada a partir do levantamento e análise de referenciais teóricos já publicados em diferentes meios, como livros, artigos científicos e materiais eletrônicos. De acordo com Gil (2007), esse tipo de pesquisa é essencial para embasar a construção teórica e oferecer suporte metodológico ao estudo empírico. As referências que fundamentaram este trabalho foram obtidas em bases científicas amplamente reconhecidas, como SciELO, Google Acadêmico, Scopus, Web of Science e Periódicos CAPES, assegurando a qualidade e a diversidade das fontes consultadas.

A coleta de dados empíricos ocorreu em julho de 2024, por meio de uma visita in loco ao hospital objeto de estudo, ocasião em que foram realizadas entrevistas não estruturadas com gestores responsáveis por setores estratégicos da instituição. A técnica escolhida permitiu maior flexibilidade na interação entre pesquisador e entrevistados, favorecendo a obtenção de informações ricas e contextualizadas acerca dos processos de gestão hospitalar.

Participaram das entrevistas três gestores, sendo dois do gênero masculino e uma do gênero feminino. Suas formações acadêmicas concentram-se nas áreas de Administração e Enfermagem, todas complementadas por especializações em saúde. A análise do perfil desses profissionais revelou experiência consistente, com média de idade de 37,3 anos, tempo médio de atuação na área da saúde de 16,1 anos e permanência média de 12,8 anos na instituição pesquisada. Tais dados demonstram que se trata de gestores com sólida vivência profissional, cujo conhecimento acumulado contribui para a confiabilidade e a relevância das informações fornecidas.

Em resumo, a combinação da pesquisa qualitativa, aplicada, exploratória, bibliográfica e estudo de caso, aliada à coleta de dados in loco, confere robustez metodológica ao trabalho, possibilitando uma análise aprofundada das práticas de gestão hospitalar no contexto estudado..

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O hospital objeto de estudo está localizado na região Meio Oeste de Santa Catarina e

atende diariamente moradores de diversos municípios, entre eles Arroio Trinta, Iomerê, Rio das Antas, Salto Veloso, Tangará e Videira. Segundo o Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE), a região de abrangência do hospital corresponde a uma população que excede 80 mil habitantes (IBGE, 2024).

A Figura 1 apresenta a localização geográfica do hospital e sua abrangência de atendimentos.

Figura 1 – Localização geográfica da região de abrangência do hospital

Fonte: elaborado pelo autor.

A análise do hospital, utilizando a ferramenta SWOT, revela uma série de pontos fortes e fracos em seus processos de gestão. Entre os pontos fortes, destaca-se a qualidade do atendimento médico, com uma equipe de profissionais altamente capacitada e infraestrutura moderna de modo que, recentemente, o hospital foi habilitado para demandas de alta complexidade em trauma e ortopedia, estando autorizado a realizar cirurgias de prótese de quadril, joelho e coluna (RBV, 2024). Esses fatores contribuem para a boa reputação do hospital na região, atraindo pacientes de diversas localidades. Além disso, a implementação de tecnologias avançadas em diagnósticos e tratamentos tem elevado os padrões de atendimento e eficiência operacional.

No entanto, a análise também identifica algumas fraquezas nos processos de gestão do hospital. A burocratização excessiva em certos setores pode retardar o fluxo de trabalho e causar insatisfação tanto entre os funcionários quanto entre os pacientes. Outro ponto fraco é a necessidade de melhorias na comunicação interna, que pode levar a falhas na coordenação das atividades e na tomada de decisões. Em visita ao hospital para observação das práticas de gestão, evidenciam-se falhas na comunicação entre o setor de hotelaria, responsável pela alocação dos pacientes nos leitos, e o setor de emergência, responsável pelo primeiro atendimento e posterior destinação dos pacientes para os leitos, quando necessário. Nesse sentido, as fragilidades apontadas precisam ser sanadas visando a melhoria da eficiência e qualidade dos serviços prestados pelo hospital.

As oportunidades para o HSDS incluem a expansão dos serviços oferecidos a partir da criação de novos departamentos especializados, assim como a habilitação para tratar traumas de alta complexidade, conforme já citado, e a ampliação do atendimento domiciliar. Essas

iniciativas podem atrair novos pacientes e aumentar a receita do hospital, sendo que este opera em regime de parceria com o Governo do Estado de Santa Catarina e com o Governo Federal através do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como através de atendimento particular e convênios com planos de saúde. Por outro lado, as ameaças incluem a crescente concorrência de outras instituições de saúde na região, sejam hospitais ou clínicas médicas, e mudanças nas políticas de saúde que podem afetar o financiamento e a regulamentação dos serviços hospitalares. A análise dessas ameaças é crucial para que o hospital desenvolva estratégias de mitigação e adaptação buscando elevar a vantagem competitiva e criando valor superior para seus clientes (Porter, 1998).

O Quadro 2 apresenta um resumo da Análise SWOT aplicada no hospital.

Quadro 2 – Resumo da análise SWOT aplicada no hospital.

Forças	Equipe capacitada e atendimentos de alta complexidade
Fraquezas	Burocratização excessiva e comunicação interna
Oportunidades	Expansão dos serviços
Ameaças	Concorrências de clínicas e legislação complexa do SUS

Fonte: elaborado pelo autor

A análise SWOT do hospital, conforme o resumo apresentado no Quadro 2, revela importantes pontos a serem considerados para aprimorar os processos de gestão e fortalecer a posição da instituição no setor de saúde. Com base nos pontos destacados, algumas soluções podem ser implementadas para aproveitar as oportunidades e mitigar as fraquezas e ameaças identificadas.

Para enfrentar as falhas de comunicação interna em hospitais, a proposta de estabelecer um sistema integrado de gestão hospitalar é corroborada por diversos estudos que destacam a importância da comunicação eficiente entre os setores. A pesquisa de Santos *et al*. (2018) evidencia que falhas administrativas podem impactar diretamente a segurança do paciente, aumentando o tempo de internação e, consequentemente, os custos hospitalares. A implementação de ferramentas digitais, como softwares de gestão hospitalar, é uma estratégia que pode mitigar esses problemas ao facilitar o fluxo de informações e melhorar a alocação de recursos, conforme discutido por Bolsoni, Garcia e Calderón (2022), que enfatizam a relação entre tecnologia de gestão e eficiência no atendimento.

Além disso, a necessidade de treinamentos regulares em comunicação e trabalho em equipe é amplamente reconhecida na literatura. O estudo de Souza *et al*. (2023) sugere que a formação contínua dos profissionais de saúde é essencial para a construção de uma cultura organizacional colaborativa, que pode resultar em melhores desfechos clínicos e maior satisfação dos pacientes. A automação de tarefas administrativas, como a marcação de consultas, também é uma estratégia que pode aumentar a eficiência operacional, conforme observado por Sugiura *et al.* (2018), que discutem a automação como uma forma de liberar os profissionais para se concentrarem em atividades mais críticas.

A proposta de criar departamentos especializados e fortalecer o atendimento domiciliar reflete uma tendência crescente na saúde, onde a personalização do atendimento é cada vez mais valorizada. A literatura, como a de Rabelo *et al.* (2021), destaca que o atendimento domiciliar pode melhorar a qualidade da assistência, promovendo um cuidado mais próximo e humanizado. Além disso, parcerias com instituições acadêmicas são fundamentais para o desenvolvimento de novas tecnologias e tratamentos, como observado por Bolsoni *et al*. (2022), que discutem a importância da colaboração entre academia e serviços de saúde para a inovação.

Por outro lado, a diferenciação frente à concorrência e a excelência no atendimento são estratégias que podem ser fortalecidas por meio de campanhas de marketing, conforme sugerido por Rezende *et al*. (2023). A literatura também aponta que manter um relacionamento ativo com órgãos reguladores é crucial para a adaptação às mudanças nas políticas públicas de saúde,

como discutido por Fernandes e Nunes (2023). A criação de um comitê estratégico para a gestão de riscos e oportunidades, conforme sugerido no texto original, é uma abordagem proativa que pode ajudar os hospitais a se adaptarem rapidamente às mudanças do ambiente externo, conforme evidenciado por estudos que abordam a importância da gestão de riscos na saúde (Souza *et al*., 2023).

Em suma, a integração de sistemas de gestão, a automação de processos, a formação contínua de equipes e a personalização do atendimento são elementos-chave para enfrentar as falhas de comunicação interna e melhorar a eficiência dos serviços hospitalares. A literatura atual oferece suporte robusto a essas estratégias, destacando a importância de uma abordagem multidisciplinar e colaborativa na gestão hospitalar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada destacou aspectos importantes da gestão no hospital analisado, como suas forças e fraquezas, além de oportunidades de melhoria e ameaças enfrentadas. A aplicação da análise SWOT permitiu uma visão abrangente dos processos de gestão, evidenciando a necessidade de melhorias na comunicação interna e redução da burocracia. No entanto, o estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas.

Uma fragilidade importante foi a dependência de dados qualitativos, o que pode limitar a generalização dos resultados. Além disso, a análise baseou-se em entrevistas e observações in loco realizadas em um curto período, o que pode não capturar a totalidade das dinâmicas organizacionais do hospital. A falta de comparação com outras instituições de saúde também limita o alcance das conclusões, restringindo a análise ao contexto do HSDS.

Diante dessas limitações, futuros estudos poderiam ampliar o escopo da pesquisa, incorporando dados quantitativos para validar os achados qualitativos. Pesquisas comparativas com outros hospitais da região também seriam valiosas para identificar boas práticas e avaliar a aplicabilidade de soluções propostas em diferentes contextos. Por fim, investigar o impacto das mudanças sugeridas, como a adoção de sistemas integrados de gestão e expansão de serviços, contribuiria para a continuidade e aprofundamento do estudo.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZA, R.; et al. Alta responsável e relações interprofissionais na perspectiva e no agir da enfermagem em tempos de pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28, p. 3023–3032, 2023. DOI: 10.1590/1413-812320232810.11092023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.11092023. Acesso em: 14 ago. 2024.

AZEVEDO, B. M.; et al. Desenvolvimento de tecnologia de gestão hospitalar: ênfase na competitividade e segurança do paciente. **Rahis - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 17, n. 3, p. 45–63, 2021. DOI: 10.21450/rahis.v17i3.6529. Disponível em: https://doi.org/10.21450/rahis.v17i3.6529. Acesso em: 28 set. 2024.

BATEMAN, T.; SNELL, S. **Administração**: novo cenário competitivo. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

BOM, T. R. R.; et al. Práticas de gestão da qualidade em organizações hospitalares: estudo multicasos em hospitais do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Ambiente Contábil**, v. 15, n. 2, p. 114–139, 2023. DOI: 10.21680/2176-9036.2023v15n2id27947. Disponível em: https://doi.org/10.21680/2176-9036.2023v15n2id27947. Acesso em: 09 nov. 2024.

BOLSONI, L.; GARCIA, L. P.; Calderón, D. B. L. Predição de visitas domiciliares na atenção primária: uma abordagem de séries temporais com o modelo ARIMA. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, p. 3012, 2022. DOI: 10.5712/rbmfc17(44)3012. Disponível em: https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3012. Acesso em: 05 dez. 2024.

CAPELLINI, G. A. Sistemas inovadores para conhecimento dos custos na gestão financeira hospitalar. **Revista Inteligência Competitiva**, v. 9, n. 4, p. 79–100, 2019. DOI: 10.24883/IberoamericanIC.v9i4.355. Disponível em: https://doi.org/10.24883/IberoamericanIC.v9i4.355. Acesso em: 23 jul. 2024.

COSLOP, S.; et al. Estrutura e atividades dos Núcleos de Segurança do Paciente em hospitais: uma revisão integrativa. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 10, n. 1, p. 55–63, 2022. DOI: 10.22239/2317-269x.01917. Disponível em: https://doi.org/10.22239/2317-269x.01917. Acesso em: 15 out. 2024.

DALCIN, T.; LUNARDI, G.; BARCELOS, C. Um estudo sobre o impacto da adesão dos hospitais universitários federais à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Rahis - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 18, n. 3, p. 149–169, 2021. DOI: 10.21450/rahis.v18i3.6617. Disponível em: https://doi.org/10.21450/rahis.v18i3.6617. Acesso em: 10 set. 2024.

FARIAS, S.; NUNES, A. Inovação na gestão hospitalar: análise dos resultados de eficiência de um hospital português integrado em uma unidade local de saúde. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 10, n. 3, p. 285–290, 2018. DOI: 10.21115/JBES.v10.n3.p285-90. Disponível em: https://doi.org/10.21115/JBES.v10.n3.p285-90. Acesso em: 01 dez. 2024.

FERNANDES, F. S.; BORDIN, R. Desempenho da gestão hospitalar por parcerias público-privadas no Sistema Único de Saúde. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 28, n. 3, p. 754–769, 2022. DOI: 10.1590/1413-2311.367.122332. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-2311.367.122332. Acesso em: 22 jul. 2024.

FONSECA, J. J. S. **Apostila de metodologia da pesquisa científica**. 2002. Disponível em: http://www.ia.ufrrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf. Acesso em: 13 nov. 2024.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: https://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf. Acesso em: 18 out. 2024.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOIS, E. A. S.; et al. Liderança e novos desafios da gestão hospitalar diante da pandemia de Covid-19. **Revista Univap**, v. 27, n. 55, 2021. DOI: 10.18066/revistaunivap.v27i55.2590. Disponível em: https://doi.org/10.18066/revistaunivap.v27i55.2590. Acesso em: 06 ago. 2024.

HELMS, M. M.; NIXON, J. Exploring SWOT analysis – Where are we now? A review of academic research from the last decade. **Journal of Strategy and Management**, v. 3, n. 3, p.

215–251, 2010. DOI: 10.1108/17554251011064837. Disponível em: https://doi.org/10.1108/17554251011064837. Acesso em: 24 set. 2024.

HUPALO, L. Eficiência do combate ao Covid-19 na Microrregião da AMARP. **Revista Valore**, v. 8, p. 57–71, 2023. DOI: 10.22408/reva802023146057-71. Disponível em: https://doi.org/10.22408/reva802023146057-71. Acesso em: 09 ago. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. **IBGE Cidades**. 2024. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/. Acesso em: 02 out. 2024.

KOTLER, P.; KELLER, K. L. **Administração de marketing**. 14. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2012.

MARTINS, L. G. R.; SOUZA, P. C. Panorama da utilização de sistemas de gestão de custos em hospitais de Tangará da Serra-MT. **Revista UNEMAT de Contabilidade**, v. 8, n. 16, 2019. DOI: 10.30681/ruc.v8i16.3252. Disponível em: https://doi.org/10.30681/ruc.v8i16.3252. Acesso em: 29 nov. 2024.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p. 9–29.

NEGRI, A. F. C.; et al. Contribuições do Canvas e análise SWOT no Hemocentro de Londrina-PR gestão 2021: Discussão e aplicabilidade. **Destarte**, v. 11, n. 1, p. 80–94, 2022. Disponível em: https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/destarte/article/download/1317/1117. Acesso em: 25 jul. 2024.

OVANDO, R. G. M.; LE BOURLEGAT, C. A.; PAVON, R. V. Gestão hospitalar e gerenciamento legal de riscos na humanização da saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 5, p. 17360–17375, 2023. DOI: 10.34117/bjdv9n5-193. Disponível em: https://doi.org/10.34117/bjdv9n5-193. Acesso em: 08 dez. 2024.

PORTER, M. E. **Competitive advantage**: creating and sustaining superior performance. New York: Free Press, 1998.

QUEIROZ, F. J. M.; et al. Uso do SWOT e análise de cadeia de valor em uma gestão hospitalar: Estudo de caso no hospital especializado em angiologia. **Anais do IV Simpósio de Engenharia de Produção (SIMEP)**, 2016. Disponível em: http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/riufcg/30159. Acesso em: 27 out. 2024.

QUEIROZ, D. P. N.; et al. Núcleos de inovação tecnológica: A aproximação das universidades com o setor produtivo brasileiro. **Ensaios e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde**, v. 26, n. 2, p. 212–216, 2022. DOI: 10.17921/1415-6938.2022v26n2p212-216. Disponível em: https://doi.org/10.17921/1415-6938.2022v26n2p212-216. Acesso em: 19 ago. 2024.

RABELO, J. S.; et al. Atenção domiciliar: percepção do usuário que apresenta condição crônica sobre o cuidado ofertado pela atenção primária à saúde. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 3,

p. 187–200, 2021. DOI: 10.18310/2446-4813.2021v7n3p187-200. Disponível em: https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n3p187-200. Acesso em: 04 set. 2024.

RBV. Hospital de Videira é habilitado para alta complexidade em trauma e ortopedia. **Portal RBV**. 2024. Disponível em: https://portalrbv.com.br/hsds-e-habilitado-para-alta-complexidade-em-trauma-e-ortopedia. Acesso em: 11 dez. 2024.

REZENDE, A. C.; et al. A eficácia da visita domiciliar no cuidado aos pacientes acamados. **Revista de Epidemiologia e Saúde Pública-RESP**, v. 1, n. 2, 2023. DOI: 10.59788/resp.v1i2.16. Disponível em: https://doi.org/10.59788/resp.v1i2.16. Acesso em: 21 ago. 2024.

RODRIGUES, A. F. O.; SALLUM, S. B.; RAUPP, F. M. Desempenho dos serviços de saúde em hospitais de Santa Catarina. **Scire Salutis**, v. 10, n. 2, 2020. DOI: 10.6008/CBPC2236-9600.2020.002.0010. Disponível em: https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2020.002.0010. Acesso em: 16 set. 2024.

SANTOS, E. V.; et al. Influência das falhas administrativas na redução da segurança de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, v. 17, n. 2, p. 58–72, 2018. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/5680/568060413005/568060413005.pdf. Acesso em: 30 nov. 2024.

SANTOS, L. E.; SODRÉ, F. Oferta de leitos exclusivos para Covid-19 no estado do Espírito Santo. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 168–183, 2023. DOI: 10.1590/0103-1104202313611. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202313611. Acesso em: 12 jul. 2024.

SILVA, C. B.; PROVIN, M. P.; FERREIRA, T. X. A. M. Farmácia hospitalar e o modelo de gestão dos hospitais públicos: uma análise comparativa entre administração pública direta e organização social de saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 7, n. 1, p. 56–72, 2018. DOI: 10.5585/rgss.v7i1.328. Disponível em: https://doi.org/10.5585/rgss.v7i1.328. Acesso em: 07 out. 2024.

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE BELO HORIZONTE: ESTUDO SOBRE A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA GESTÃO

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

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

Patrícia Lourdes Silva; Doutora em Ciências Aplicadas a Saúde do Adulto; Universidade Federal de Minas Gerais.

Monique Fernanda Felix Ferreira; Doutora em Demografia; Universidade Federal de Minas Gerais.

Selme Silqueira de Mattos; Doutora em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais.

Adriane Vieira; Doutora em Administração; Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO: A Atenção Domiciliar (AD) é uma estratégia do SUS frente ao envelhecimento populacional, à carga de condições crônicas e à demanda por práticas mais resolutivas. Este estudo analisou o SAD-BH e sua articulação com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, a partir da percepção de profissionais que atuam na gestão da Secretaria de Saúde. Este é um estudo qualitativo, descritivo-exploratório. Foram realizadas 25 entrevistas, utilizando a técnica "bola de neve". A análise de conteúdo resultou em 7 categorias: SAD-BH como nó da RAS; Articulação com outros pontos da rede; Sistemas logísticos e ligações do cuidado; Governança e corresponsabilidade; Impactos na qualidade; Recomendações para o fortalecimento e SAD-BH como agente pedagógico da rede. Os achados evidenciam um paradoxo: reconhecido como serviço de excelência e indutor de integralidade, o SAD-BH é afetado por falta de interoperabilidade, barreiras logísticas, centralização decisória e dependência de "redes invisíveis" para sustentar processos. Obteve-se como produtos técnicos: 2 *e-books* e 1 matriz *SWOT*. Conclui-se que o fortalecimento da AD requer integrar estruturas formais e práticas micropolíticas do trabalho em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Assistência Domiciliar; Saúde Pública; Gestão em Saúde; Redes de Atenção à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) tem se consolidado como componente estratégico do SUS diante do aumento das condições crônicas, do envelhecimento populacional e da necessidade de reorganização dos serviços para garantir integralidade e continuidade do cuidado (Mendes, 2012; Procópio et al., 2019). Ao reduzir internações evitáveis, favorecer desospitalização segura e aproximar cuidado e família, a AD contribui para a humanização e o uso racional dos recursos públicos.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Domiciliar e o Programa Melhor em Casa instituíram diretrizes e financiamento, impulsionando a implantação de equipes multiprofissionais e sua integração às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Em Belo Horizonte, o SAD-BH tornou-se referência por desempenho e capilaridade, notadamente na articulação com a atenção primária e nos fluxos oriundos das urgências.

Persistem, contudo, condicionantes amplamente descritos na literatura: a efetividade da AD depende da integração em rede, da intersetorialidade e de arranjos de governança

colaborativa que combinem direção estratégica e autonomia das equipes (Mendes, 2011; Saltman; Durán; Dubois, 2011; Kickbusch; Gleicher, 2012). Soma-se a isso a dimensão micropolítica do cuidado, na qual o trabalho vivo em ato e os vínculos entre profissionais e usuários produzem soluções no cotidiano, inclusive por meio de arranjos informais ("redes invisíveis") que nem sempre encontram respaldo institucional (Merhy et al., 2019; Ceccim, 2005).

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo é analisar o SAD-BH e sua articulação com a RAS a partir da percepção de profissionais que atuam na gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), produzindo evidências para qualificação da gestão local e diálogo com experiências brasileiras e latino-americanas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A construção analítica organiza-se em cinco eixos interdependentes, que situam a Atenção Domiciliar (AD) no SUS e orientam a leitura do caso do SAD-BH: (1) institucionalização da AD; (2) AD como nó estratégico nas RAS; (3) intersetorialidade para a integralidade; (4) gestão e governança em rede; (5) micropolítica do cuidado e "trabalho vivo".

2.1 Institucionalização da AD no SUS

A política nacional para AD consolidou-se com o Programa Melhor em Casa, a partir das Portarias GM/MS 2.029/2011 e 963/2013, definindo diretrizes, escopo assistencial e financiamento federal (Brasil, 2011; Brasil, 2013). A literatura aponta ganhos em desospitalização, satisfação de usuários e racionalização de custos, com especial impacto em condições crônicas e no envelhecimento (Dias et al., 2023). Persistem, porém, desafios de sustentabilidade financeira, disponibilidade de equipes multiprofissionais e integração plena com outros pontos da rede (Nishimura; Carrara; Freitas, 2019).

2.2 AD como nó estratégico nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)

As RAS, orientadas pelas necessidades da população, demandam coordenação contínua entre atenção primária, especializada e hospitalar (Mendes, 2011). Nesse arranjo, a AD opera como nó estratégico nas transições do cuidado (alta hospitalar/seguimento domiciliar), com efeitos sobre resolutividade e custos. Evidências internacionais mostram que a efetividade do *home care* depende de coordenação intersetorial e fluxos integrados entre APS, hospitais e serviços comunitários (Zimbroff; Ornstein; Sheehan; 2021**)**

2.3 Intersetorialidade como requisito da integralidade

A integralidade ultrapassa a dimensão clínica: envolve suporte social, transporte, condições domiciliares e cuidadores (Cavalcante et al., 2022). No contexto latino-americano, a fragmentação institucional e a baixa articulação entre saúde, assistência social e habitação limitam resultados e ampliam iniquidades; por isso defendem-se arranjos de intersetorialidade de alta intensidade, com compartilhamento de decisões, recursos e metas (Martinelli, 2022; Beserra, 2024).

2.4 Gestão e governança em Rede

A consolidação da AD requer governança colaborativa, equilibrando direção estratégica e autonomia das equipes no território. A literatura europeia destaca a importância de sistemas de apoio (informação, logística) e de corresponsabilidade decisória para sustentar continuidade e qualidade (Saltman; Durán; Dubois, 2011). No plano das políticas globais, propõe-se substituir modelos estritamente hierárquicos por redes de atores interdependentes, com espaços de pactuação, transparência e accountability (Kickbusch; Gleicher, 2012). No SUS, tal

perspectiva converge com abordagens participativas e com a cogestão como princípio organizador (Minayo, 2016).

2.5 Micropolítica do cuidado e "trabalho vivo"

A produção do cuidado dá-se no encontro entre sujeitos, atravessado por afetos, negociações e invenções do cotidiano, o trabalho vivo em ato (Merhy et al., 2019). Essa lente ajuda a compreender arranjos informais ("redes invisíveis") que, embora supram lacunas institucionais, revelam a necessidade de institucionalizar fluxos e suportes sem sufocar a criatividade do trabalho. Conecta-se, ainda, ao apoio matricial, pelo qual equipes especializadas compartilham saberes com equipes de referência, ampliando a capacidade resolutiva da rede (Campos, 1999; Ceccim, 2005).

Esses cinco eixos conformam as lentes analíticas utilizadas no estudo como a condições estruturantes (normas, financiamento, logística e informação); a organização em rede e intersetorialidade e as práticas micropolíticas e pedagógicas. É a tensão dinâmica entre estrutura e prática, governança e trabalho vivo que fundamenta a leitura do paradoxo identificado no SAD-BH e orienta a discussão dos achados empíricos nas sete categorias.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo e abordagem

Trata-se de estudo de caso qualitativo, de caráter descritivo-exploratório, voltado a compreender as percepções de profissionais que atuam na gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) sobre o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD-BH) e sua articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A opção qualitativa fundamenta-se na capacidade de captar sentidos, significados e racionalidades práticas envolvidos nos processos de gestão e no cotidiano do cuidado (Minayo, 2010; Gomes, 2014).

3.2 Cenário

O estudo situou-se no âmbito da SMSA-BH, contemplando diretorias e coordenações diretamente relacionadas à AD e às transições do cuidado (Atenção Primária e Integração do Cuidado; Urgências e Emergências; Regulação de Média e Alta Complexidade; Coordenação do SAD-BH).

3.3 Participantes e amostragem

Foram incluídos 25 profissionais que atuam na gestão ocupando diferentes níveis hierárquicos (direção, gerência, coordenação e referência técnica). A amostragem por bola de neve (Vinuto, 2014) iniciou-se com atores-chave e seguiu por indicações sucessivas até atingir saturação teórica na 21ª entrevista; as quatro entrevistas subsequentes já agendadas não acrescentaram elementos relevantes ao corpus. Critério de inclusão: exercer a função atual há $\geq$ 6 meses.

3.4 Coleta de dados

A coleta ocorreu entre fevereiro e abril de 2025, mediante entrevistas semiestruturadas individuais, orientadas por roteiro que abordou: organização e papel do SAD-BH na RAS; fluxos e transições do cuidado; sistemas de informação e logística; governança e corresponsabilidade; educação permanente e apoio matricial. As entrevistas foram realizadas em local e horário acordados, com consentimento para gravação de áudio; posteriormente foram transcritas integralmente e conferidas por leitura dupla.

3.5 Análise de dados

Adotou-se análise de conteúdo (Franco, 2008), em três etapas: (1) pré-análise, com leitura flutuante e definição do corpus; (2) exploração do material, com codificação e construção indutiva de categorias; (3) tratamento, inferência e interpretação, articulando achados e referencial teórico. O processo resultou em sete categorias temáticas que estruturam os Resultados e Discussão.

3.6 Rigor e validade

Para reforçar a confiabilidade, empregaram-se: registro sistemático do percurso analítico, leitura por pares e discussões de achados com a orientação acadêmica, buscando coerência interna das categorias e auditabilidade do processo. A reflexividade foi tratada explicitamente dado o duplo pertencimento do pesquisador (gestão/pesquisa), com estratégias de distanciamento analítico e confrontação de interpretações.

3.7 Aspectos éticos

O estudo respeitou a Resolução CNS nº 466/2012. Todos os participantes assinaram TCLE, com garantia de anonimato e confidencialidade. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da UFMG e da SMSA-BH.

A coleta de dados foi iniciada após as aprovações pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFMG (CAAE: 81649924.1.0000.5149 – Número do Parecer: 7.222.343) e pelo CEP da SMSA-BH (CAAE: 81649924.1.3001.5140 – Número do Parecer: 7.374.337), de forma a atender às exigências e recomendações previstas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e outras legislações vigentes.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Participaram 25 profissionais que atuam na gestão, com formações diversas, predominando Enfermagem (n=12)**,** seguida de Medicina (n=5)**,** Serviço Social (n=3)**,** Fisioterapia (n=3) **e** Administração (n=2)**.** O tempo no cargo variou de 11 meses a 12 anos**,** combinando olhares de ingresso recente e experiência acumulada. As funções distribuíram-se entre direção, gerência, coordenação e referências técnicas, vinculadas sobretudo às diretorias de APS e Integração do Cuidado**,** Urgências & Emergências **e** Regulação MAC**.** Quanto à raça/cor, a maioria autodeclarou-se branca (n=14)**,** seguida de parda (n=7) **e** preta (n=4) (Quadro 1)**.**

Quadro 1 – Variáveis e distribuições

Variável	**Distribuição**
Formação acadêmica	12 Enfermagem; 5 Medicina; 3 Serviço Social; 3 Fisioterapia; 2 Administração
Tempo no cargo atual	6 (11 meses–2 anos); 11 (2–5 anos); 8 (>5 anos)
Função exercida	5 Diretores(as); 7 Gerentes(as); 5 Coordenadores(as); 8 Referências Técnicas
Unidade/Setor	APS e Integração do Cuidado (9); Urgências e Emergências (8); Regulação Média e Alta Complexidade (5); Coordenação SAD-BH (3)
Raça/cor (autodeclarada)	14 Brancos; 7 Pardos; 4 Pretos

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A análise das 25 entrevistas com profissionais da gestão da SMSA-BH resultou em 7 categorias temáticas que iluminam o papel do SAD-BH na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Em todas elas, observa-se o paradoxo entre alto desempenho e fragilidades estruturais, mediado por arranjos micropolíticos no cotidiano do trabalho.

4.1 SAD-BH como nó estratégico da RAS

Houve convergência dos entrevistados quanto ao lugar do SAD-BH na desospitalização e na continuidade do cuidado**,** especialmente na transição hospital–domicílio, em articulação com a APS.

"O SAD-BH desafoga o hospital e garante seguimento em casa com segurança." (Entrevistado 3)
"Sem o SAD-BH, muitos pacientes ficariam internados por mais tempo." (Entrevistado 8)

Os relatos alinham-se à concepção de redes de atenção (Mendes, 2011) e às evidências internacionais de *home care* na redução de custos e eventos adversos (Landers et al., 2016). Apesar do reconhecimento técnico, entrevistados apontam baixa visibilidade política da AD, o que dificulta sua priorização na agenda estratégica.

4.2 Integração sustentada por "redes invisíveis"

A integração do SAD-BH com outros pontos da RAS frequentemente depende de arranjos informais baseados em vínculos profissionais e confiança. Dezoito participantes reforçaram essa prática como solução ágil para gargalos.

"Resolvemos muita coisa no contato direto, porque o fluxo oficial não dá conta." (Entrevistado 2)
"É a rede invisível de pessoas que garante o cuidado." (Entrevistado 14)

Esses achados expressam o trabalho vivo em ato (Merhy et al., 2019). Se, por um lado, revelam potência criativa, por outro expõem vulnerabilidade institucional**:** dependem de pessoas específicas e não asseguram equidade de acesso. O desafio é institucionalizar o que funciona sem engessar a prática por meio de acordos e protocolos flexíveis.

4.3 Fragilidades logísticas e de informação

A ausência de prontuário eletrônico interoperável foi dos principais entraves citados, gerando retrabalho, perda de informação e riscos na reconciliação medicamentosa.

"Os sistemas não conversam; perdemos informação e refazemos trabalho." (Entrevistado 11)

Também emergiram dificuldades de transporte sanitário e provisão de insumos**,** com impacto na oportunidade do cuidado. Tais barreiras são reconhecidas na literatura sobre AD no Brasil (Cavalcante et al., 2022) e na discussão internacional de governança que enfatiza sistemas de apoio e logística como condições para continuidade (Saltman; Durán; Dubois, 2011).

4.4 Governança e corresponsabilidade

Quinze entrevistados narraram tensões entre centralização decisória e necessidade de pactuação horizontal no território.

"Muitas decisões ainda são tomadas de cima para baixo, sem escuta das equipes." (Entrevistado 15)

O quadro demanda governança colaborativa**,** com espaços regulares de pactuação, definição clara de papéis e *accountability* (Kickbusch; Gleicher, 2012). A consolidação do SAD-BH como nó da RAS implica superar práticas hierárquicas e fortalecer cogestão com a APS, regulação e serviços hospitalares.

4.5 Impactos na qualidade do cuidado

Entrevistados relataram melhora da satisfação de usuários**,** prevenção de reinternações **e** humanização do cuidado.

"Evita internações desnecessárias e melhora a satisfação de usuários e familiares." (Entrevistado 6)
"Quando a rede não funciona, o SAD-BH fica limitado." (Entrevistado 12)

A literatura corrobora benefícios clínicos, econômicos e sociais do cuidado domiciliar (Landers et al., 2016) situa a AD como dispositivo de integralidade (Mendes, 2012; Merhy et al., 2019; Ceccim, 2005). Entretanto, os efeitos dependem da efetividade da RAS**:** sem fluxos de transição e informação integrados, a potência do SAD-BH se reduz.

4.6 Recomendações para fortalecimento do serviço

Os entrevistados propuseram medidas prioritárias e factíveis, com ênfase em processos e capacidade institucional**:**

- Interoperabilidade da informação (prontuário eletrônico);
- Formalização e divulgação de fluxos de transição e critérios de elegibilidade;
- Capacitação contínua **e** educação permanente intersetorial;
- Rotinas de comunicação entre APS, hospitais, regulação e SAD-BH;
- Gestão logística pactuada (transporte, insumos).

"Falta capacitação permanente; as equipes precisam estar atualizadas." (Entrevistado 18)
"Se os fluxos fossem mais divulgados, haveria menos desencontros." (Entrevistado 4)

Essas recomendações dialogam com a Educação Permanente em Saúde (Ceccim, 2005) e com a coprodução do cuidado e do conhecimento em rede (Zimbroff; Ornstein; Sheehan, 2021).

4.7 SAD-BH como agente pedagógico da rede

Destacou-se a função pedagógica/matricial do SAD-BH junto à APS e a outros pontos da rede, ampliando a resolutividade e qualificando planos de cuidado.

"O SAD-BH pode ajudar a APS a lidar melhor com casos complexos." (Entrevistado 1)

Tal papel aproxima-se do apoio matricial (Campos, 1999), em que equipes especializadas compartilham saberes com equipes de referência, potencializando a integração clínica e a corresponsabilidade**.** Institucionalizar agendas de matriciamento**,** com indicadores e devolutivas sistemáticas, tende a transformar uma prática já existente em política de rede**.**

Os resultados mostram um serviço tecnicamente robusto e socialmente reconhecido**,** cuja efetividade permanece condicionada por infraestrutura informacional e logística**,** arranjos de governança **e** valorização do trabalho vivo**.** A consolidação do SAD-BH como nó da RAS pede, simultaneamente, interoperabilidade**,** protocolos de transição e institucionalização do que as "redes invisíveis" já realizam, sem sufocar sua potência inovadora.

A institucionalização da Atenção Domiciliar (AD) no SUS ocorreu com o Programa Melhor em Casa, por meio das Portarias GM/MS 2.029/2011 e 963/2013, que definiram diretrizes, escopo assistencial e financiamento. Esse marco inseriu a AD como modalidade substitutiva ou complementar à internação, em consonância com os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Os achados deste estudo dialogam diretamente com a Portaria GM/MS 3.005/2024, que atualiza a organização da AD no SUS ao reforçar: a articulação obrigatória com a Atenção Primária à Saúde (APS), a interoperabilidade dos sistemas de informação e o financiamento tripartite. As fragilidades identificadas especialmente prontuário não integrado e fluxos de transição pouco formalizados evidenciam pontos de aderência prática às exigências mais recentes.

A Política Nacional de Humanização (PNH) agrega direcionalidade ética e organizacional aos resultados: continuidade do cuidado, vínculo com famílias e protagonismo

de trabalhadores e usuários surgem nas entrevistas como valores e práticas que sustentam a AD. Tais princípios reforçam a necessidade de governança compartilhada, com espaços de escuta e pactuação entre níveis hierárquicos e serviços da rede.

Quanto ao financiamento, a literatura e as falas dos entrevistados convergem para a importância de repasses estáveis e previsíveis entre União, estados e municípios, garantindo manutenção de equipes multiprofissionais, logística (transporte, insumos) e tecnologias de informação. Em síntese, o fortalecimento do SAD-BH deve ser compreendido não apenas como desafio local, mas como implementação qualificada de políticas nacionais, combinando diretrizes normativas, humanização e financiamento solidário.

5 CONCLUSÃO

O SAD-BH afirma-se como nó estratégico da Rede de Atenção à Saúde, com efeitos consistentes sobre desospitalização**,** continuidade e humanização do cuidado. Os achados, contudo, explicitam o paradoxo que atravessa o serviço: alto desempenho técnico convivendo com lacunas estruturais especialmente interoperabilidade informacional ausente**,** barreiras logísticas e centralização decisória e com a dependência de arranjos informais ("redes invisíveis") para sustentar fluxos assistenciais.

A efetividade do SAD-BH revela-se indissociável da qualidade da RAS**.** Avançar requer acoplar robustez institucional (financiamento estável, logística e sistemas de informação integrados) à potência do trabalho vivo em ato**,** valorizando as soluções criadas pelas equipes no cotidiano. Em termos práticos, o caminho é institucionalizar o que já funciona nas redes invisíveis (protocolos e pactos de transição, rotinas de comunicação, responsabilidades claras) sem asfixiar a flexibilidade que torna o cuidado responsivo ao território.

Destaca-se, ainda, o potencial do SAD-BH como agente pedagógico da rede**:** o apoio matricial à APS e a outras unidades amplia a resolutividade clínica e fortalece a corresponsabilidade entre pontos de atenção. A consolidação de agendas regulares de educação permanente, monitoradas por indicadores e retroalimentadas pelos produtos técnicos desta pesquisa (*e-books* e matriz *SWOT*), oferece um trilho factível para transformar práticas já existentes em política de rede**.**

Do ponto de vista acadêmico, a contribuição reside na articulação entre governança em saúde**,** intersetorialidade **e** micropolítica do cuidado aplicada a um caso concreto da gestão municipal. A identificação das redes invisíveis como infraestrutura relacional do cuidado é um achado original**,** com implicações teórico-práticas para o desenho de modelos de governança colaborativa.

Como limitações**,** reconhece-se o recorte em um único município e o foco na percepção de entrevistados**,** sem incluir usuários, familiares e cuidadores; e o duplo pertencimento do pesquisador à gestão, mitigado por reflexividade e validação por pares. Como agenda futura**,** recomendam-se estudos longitudinais e comparativos (intermunicipais e internacionais), análises de custo-efetividade e investigações que incorporem a perspectiva de usuários e cuidadores, além da avaliação dos efeitos de sistemas de informação integrados e de arranjos de governança compartilhada**.**

Em síntese, a sustentabilidade da Atenção Domiciliar no SUS depende de combinar estrutura e prática**:** governança corresponsável**,** integração tecnológica**,** logística pactuada e valorização do trabalho em equipe. Nessas condições, o SAD-BH não apenas mantém seu lugar de referência nacional**,** como se consolida como laboratório de inovação organizacional**,** capaz de inspirar políticas e experiências em outras realidades brasileiras e latino-americanas.

5.1 Produtos Técnicos

Um diferencial desta pesquisa foi a elaboração de produtos técnicos aplicáveis à gestão e ao cotidiano dos serviços, permitindo transformar os achados em ferramentas práticas de

intervenção. Foram desenvolvidos três instrumentos complementares: dois *e-books* e uma matriz SWOT adaptada para a realidade do SAD-BH.

5.1.1 E-book para profissionais de saúde

Elaborado como material de Educação Permanente em Saúde, o *e-book* reúne conceitos, protocolos e fluxos assistenciais relacionados à Atenção Domiciliar. Seu objetivo é apoiar a atualização contínua das equipes, fortalecendo competências técnicas, comunicação interprofissional e corresponsabilidade entre os pontos da rede. Esse produto pode ser utilizado em treinamentos, oficinas pedagógicas e processos de integração de novos profissionais, contribuindo para institucionalizar práticas de qualificação.

5.1.2 E-book informativo para a população

Voltado a usuários e familiares, o segundo *e-book* apresenta informações em linguagem acessível sobre o funcionamento do SAD-BH, critérios de elegibilidade, direitos e deveres, bem como orientações práticas para o cuidado no domicílio. Ao democratizar o acesso à informação, esse material favorece a participação social e fortalece o vínculo entre serviço, usuários e comunidade, em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH).

5.1.3 Matriz SWOT/FOFA adaptada

A matriz *SWOT*/FOFA foi adaptada especificamente para o contexto da Atenção Domiciliar, organizando forças, fraquezas, oportunidades e ameaças identificadas nas entrevistas. Essa ferramenta pode subsidiar o planejamento estratégico da SMSA-BH, orientando decisões de curto, médio e longo prazo. Além disso, funciona como instrumento pedagógico para rodas de discussão, reuniões de gestão e pactuação intersetorial, estimulando a governança participativa e a corresponsabilidade entre os diferentes níveis da rede.

Quadro 2 – Produto técnico, público-alvo e aplicação prática

Produto técnico	**Público-alvo**	**Aplicação prática**
***E-book* para profissionais**	Profissionais de toda a RAS	Educação permanente, integração de novos profissionais, oficinas de qualificação
***E-book* para a população**	Usuários, familiares e cuidadores	Orientação sobre elegibilidade, direitos, cuidados domiciliares e acesso ao serviço
Matriz SWOT/FOFA	Gestores e lideranças da SMSA-BH	Planejamento estratégico, pactuação intersetorial, reuniões de gestão, educação em serviço

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

REFERÊCIAS

BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 133, p. 551–570, 2022.

BESERRA, I. K. da N. Os desafios de implementação da intersetorialidade no enfrentamento às emergências em saúde pública no Brasil. *DESAFIOS – Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, v. 11, n. 6, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Domiciliar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 2 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 13 de fevereiro de 2024. Atualiza as diretrizes organizacionais da Atenção Domiciliar no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029/GM/MS, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Programa Melhor em Casa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 maio 2013.

CAMPOS, G. W. de S. Equipe de referência e apoio matricial: uma proposta metodológica para o trabalho em saúde. *Saúde em Debate*, v. 23, n. 47, p. 64–69, 1999.

CAVALCANTE, M. E. P. L. *et al.* Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. *Escola Anna Nery*, v. 26, 2022.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 161–177, 2005.

DIAS, M. B. *et al.* Princípios e pressupostos da Atenção Domiciliar. In: SAVASSI, L. C. M. *et al.* (orgs.). *Tratado de Atenção Domiciliar*. 1. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2022. Edição 2023. ISBN 9786555767513.

FRANCO, M. L. P. B. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Brasília: Liber Livro, 2008.

FREITAS, H.; JABBOUR, C. J. C. A pesquisa em gestão da saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 35, n. 4, p. 77–96, 2001.

GOMES, R. *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

KICKBUSCH, I.; GLEICHER, D. *Governance for Health in the 21st Century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.

LANDERS, S.; MADIGAN, E.; LEFF, B.; ROSATI, R. J. *et al.* The future of home health care: a strategic framework for optimizing value. *Home Health Care Management & Practice*, v. 28, n. 4, p. 262–269, 2016.

MARTINELLI, N. L. *et al.* Regionalização e Rede de Atenção à Saúde em Mato Grosso. *Saúde e Sociedade*, v. 31, n. 4, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/tJpT8gS99tQdWgTg4f9gFZm/?lang=pt#. Acesso em: 9 jun. 2024.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. *et al.* Rede básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, supl. 6, p. 70–83, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2016.

NISHIMURA, F.; CARRARA, F.; FREITAS, C. Effect of the Melhor em Casa program on hospital costs. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, p. 104, 2019.

SALTMAN, R. B.; DURÁN, A.; DUBOIS, H. F. W. (eds.). *Governing Public Hospitals*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZIMBROFF, R. M.; ORNSTEIN, K. A.; SHEEHAN, O. C. Home-based primary care: a systematic review of the literature, 2010–2020. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 69, n. 10, p. 2963–2973, 2021.

TREINAMENTO ABRANGENTE DE EQUIPES DE SAÚDE E CRIAÇÃO DE FLUXO DE ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA A COMUNIDADE LGBTQIA+ EM SÃO JOSÉ, SC: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA VOLTADA PARA A PROMOÇÃO DE UM CUIDADO BÁSICO E EQUITATIVO

Carla Knust Bastos; Médica, Mestre em Informática em Saúde; Prefeitura Municipal de São José

Diego Assunção; Médico, Mestre em Informática em Saúde; Prefeitura Municipal de São José

Jonas Felisbino; Enfermeiro, Mestre em Gestão do Cuidado em Enfermagem; Prefeitura Municipal de Florianópolis

RESUMO: A comunidade LGBTQIA+ enfrenta barreiras significativas no acesso à Atenção Primária à Saúde, resultando em negligência de cuidados básicos. Este estudo objetivou propor um plano de formação abrangente e um fluxo de acolhimento inclusivo para as Unidades Básicas de Saúde de São José. Fundamentado em revisão sistemática da literatura e análise documental, identificaram-se como principais obstáculos o preconceito, o desconhecimento sobre identidade de gênero, nome social, PrEP, DoxiPEP e abordagens de sexualidade. Os resultados apontam que a formação contínua de todas as categorias profissionais - desde Agentes Comunitários de Saúde até médicos - em linguagem receptiva e competências técnicas, associada à criação de fluxos de atendimento sensíveis e equitativos, pode reduzir a exclusão e ampliar o acesso. Conclui-se que a implementação dessas estratégias é essencial para garantir a integralidade, a equidade e o respeito à diversidade no cuidado à saúde da população LGBTQIA+.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas LGBTQIA+; Atenção Primária à Saúde; Capacitação Profissional; Equidade em Saúde.

1 APRESENTAÇÃO

Fomentar a equidade e a inclusão na saúde é um imperativo ético e um desafio principal para os sistemas de saúde atuais. A comunidade LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais e outras identidades) é reconhecidamente um grupo que enfrenta profundas iniquidades em saúde, vivenciando discriminação e preconceito que se se manifestam tanto em contextos sociais quanto nos próprios serviços de saúde (Brasil, 2011; Oliveira *et al*., 2021). Esses obstáculos sociais e institucionais resultam na falta de atenção a cuidados básicos, como consultas de rotina, exames preventivos e acesso a informações essenciais sobre a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), vacinação e gerenciamento de condições crônicas (Russo; Zanatta; Mello, 2018).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), que é a base do Sistema Único de Saúde (SUS), é vista como a principal porta de entrada e coordenadora do cuidado, encarregada da continuidade e integralidade do atendimento. No entanto, mesmo com seu potencial, a APS muitas vezes não consegue atender às particularidades da população LGBTQIA+ de maneira apropriada, o que resulta em deficiências na formação, sensibilidade e acolhimento dos profissionais (Nunes *et al*., 2015). A falta de um olhar cuidadoso e inclusivo nesse nível de atenção contribui para a invisibilidade e marginalização desse grupo, afetando negativamente em seus indicadores de saúde (Vieira; Albuquerque, 2018).

Em São José, Santa Catarina, a rede de saúde pública, que inclui as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), tem trabalhado para responder às demandas da população. Entre os avanços, destaca-se o Ambula Trans, serviço especializado que vem garantindo atendimento de

qualidade a pessoas transgênero. Apesar de sua importância, o Ambula Trans não contempla todas as necessidades da população LGBTQIA+. Nas UBSs, que são a porta de entrada para os cuidados básicos e contínuos, a prática assistencial indica que persistem lacunas de adesão e acompanhamento entre usuários LGBTQIA+. Essa negligência é intensificada pela ausência de uma formação abrangente para os profissionais de saúde, desde a recepção e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) até enfermeiros e médicos, além da sensação de um ambiente não acolhedor. As barreiras identificadas incluem preconceito explícito e falta de informação sobre o uso de nome social e identidade de gênero, a falta de conhecimento sobre técnicas preventivas como PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) e DoxiPEP (Profilaxia Pós-Exposição à Doxiciclina), além da complexidade em tratar a sexualidade e a identidade de gênero de maneira respeitosa e competente (Santos *et al*., 2020). Existe uma ideia de falta de treinamentos específicos sobre esse assunto por parte da Secretaria Municipal de Saúde de São José para os grupos das Unidades Básicas de Saúde. Neste contexto, a urgência em apresentar soluções práticas e viáveis para as UBSs de São José justifica o presente estudo. Por meio de uma revisão sistemática da literatura e análise documental, objetiva-se criar um plano de formação e um fluxo de atendimento que possam ser aplicados em todas as unidades do município. O objetivo final é promover um cuidado de saúde que seja integral e equitativo, superando as barreiras existentes e atraindo a população LGBTQIA+ ao acesso aos serviços básicos de saúde, assegurando seu direito à saúde integral.

2 METAS

2.1 Meta Principal

Analisar criticamente a literatura científica e documentos oficiais sobre formação profissional e acolhimento LGBTQIA+ na Atenção Primária; envolvendo ACS, recepção, farmácia, enfermagem, técnicos e demais profissionais; para propor um plano abrangente de capacitação e um fluxo de atendimento inclusivo nas UBSs de São José (SC), visando reduzir preconceitos e desinformação e aumentar a adesão aos cuidados primários.

2.2 Metas específicas

1. Identificar na literatura científica os principais obstáculos, tanto atitudinais, como preconceito direto, quanto de conhecimento, como a ausência de informações sobre pronomes/identidade de gênero, PrEP/DoxiPEP e sexualidade que corroboram a falta de atenção aos cuidados básicos de saúde da população LGBTQIA+ na assistência primária.
2. Mapear programas, diretrizes e melhores práticas de formação para todas as categorias profissionais das UBSs (ACS, recepção, farmácia, enfermagem, técnicos e médicos) orientadas a um cuidado acolhedor e qualificado da população LGBTQIA+. O escopo contempla:

- Comunicação inclusiva (nome social, forma de tratamento a parceiros(as), redução de vieses e suposições).
- Atualização técnica (prevenção de ISTs com PrEP e DoxiPEP, vacinação e rastreamentos de rotina).

3. Sugerir um modelo de fluxo de atendimento inclusivo para as UBSs de São José que abrange desde a identificação da população pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) até as orientações para tratar do assunto durante as visitas domiciliares de maneira sensível e respeitosa, além de identificar sinais e encaminhar para as UBSs, assegurando acolhimento), incluindo o acolhimento na recepção, o atendimento na farmácia, as consultas médicas e de

enfermagem, e até mesmo o acompanhamento, incorporando a linguagem acolhedora e as prevenções particulares.

4. Propor conteúdos e abordagens para um programa de formação contínua para as equipes das UBSs de São José, SC, ajustado às condições locais e que trata das demandas particulares de saúde da comunidade LGBTQIA+ e da superação dos obstáculos atitudinais e de conhecimento.

3 METODOLOGIA

3.1 Modalidade de pesquisa

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, complementada por análise documental. Essa abordagem, baseada em pergunta de pesquisa explícita e critérios de elegibilidade pré-definidos, inclui busca estruturada em bases de dados, seleção por pares, avaliação crítica do risco de viés e síntese qualitativa dos achados. O método proporciona uma visão abrangente do fenômeno e fundamenta propostas de intervenções práticas. Por não envolver coleta de dados primários com seres humanos, dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a normatização aplicável. (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

3.2 Bases de Dados e Táticas de Pesquisa

A pesquisa por artigos científicos e documentos pertinentes foi conduzida nas seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed (Medline), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Biblioteca Eletrônica Científica Online) e Google Acadêmico. A estratégia de busca foi elaborada com base na combinação de descritores controlados (DeCS/MeSH) e palavras-chave em português e inglês, com o uso de operadores booleanos (AND, OR). Os termos abrangeram:

• DeCS/MeSH: "Saúde de Pessoas Transgênero", "Saúde de Homossexuais", "Minorias Sexuais e de Gênero", "Atenção Primária à Saúde", "Capacitação "Profissional", "Acolhimento em Saúde", "Equidade em Saúde", "Preconceito", "Discriminação".

• Palavras-chave: "saúde LGBTQIA+", "atenção primária em saúde", "*professional training*", "*welcome services*", "*health equity*", "*stigma in health*", "PrEP", "DoxiPEP", "*name social*", "*gender identity*", "*sexual diversity*", "*ACS training*", "São José SC saúde".

3.3 Duração da Publicação

Foram priorizados estudos e publicações dos últimos dez anos, incluindo o intervalo de 2015 a 2025, para assegurar a importância e a atualização das informações e orientações.

3.4 Critérios de Admissão e Exclusão

• Requisitos para Inclusão:

- Artigos originais, revisões sistemáticas, diretrizes, manuais e documentos oficiais.
- Estudos que discutam causas da negligência nos cuidados básicos à população LGBTQIA+, contemplando barreiras de atitude e de conhecimento dos profissionais de saúde.
- Pesquisas que descrevem métodos de formação de equipes completas (recepcionistas, ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e atendentes de farmácia) com foco em atendimento inclusivo.
- Artigos que apresentem modelos de fluxo de atendimento acolhedor na Atenção Primária à Saúde.

- Publicações sobre intervenções eficazes em prevenção de ISTs (incluindo PrEP e DoxiPEP), vacinação e exames de rotina para a população LGBTQIA+.
- Materiais com orientações de linguagem inclusiva, uso de nome social, identidade de gênero e orientação sexual para profissionais de saúde.
- Textos disponíveis na íntegra, em português ou inglês.

• Critérios de Exclusão:

- Estudos duplicados.
- Resumos de congresso sem publicação em texto completo.
- Editoriais, cartas ao editor e comentários.
- Artigos que não respondam explicitamente aos objetivos da revisão.

3.5 Análise de Documentos

A análise documental abrangeu a procura por documentos oficiais e regulamentações de conselhos profissionais e entidades governamentais. Serão levados em consideração:

• Portarias, manuais e planos de saúde do Ministério da Saúde brasileiro (por exemplo, Política Nacional de Saúde Integral LGBT, Brasil, 2011).

• Documentos dos Conselhos Federais de Medicina (CFM), Enfermagem (COFEN) e outras categorias profissionais que abordam ética e respeito à diversidade.

• Em virtude da falta de materiais específicos da Prefeitura de São José, SC, foram examinadas as diretrizes e programas das secretarias municipais de saúde de outras cidades brasileiras que são reconhecidas como referências no atendimento à comunidade LGBTQIA+ na APS.

• Relatórios e recursos educativos elaborados por ONGs e associações civis que trabalham em prol dos direitos e da saúde da comunidade LGBTQIA+.

3.6 Coleta e Análise de Dados

Depois de selecionar os materiais, as informações pertinentes foram coletadas de maneira sistemática. Um formulário de extração de dados foi empregado, incluindo campos como: autores, ano de publicação, país/região do estudo, tipo de estudo/documento, objetivo principal, metodologia, principais achados relacionados às barreiras, estratégias de capacitação, propostas de fluxo de atendimento e recomendações. Os dados coletados foram organizados, classificados e resumidos de maneira narrativa e em quadros temáticos. A análise será de natureza qualitativa, com o objetivo de identificar convergências, divergências, lacunas e boas práticas que apoiem as propostas de capacitação e fluxo de acolhimento para São José, SC.

4 RESULTADOS

A revisão sistemática da literatura e a análise documental mostraram um panorama complexo das dificuldades enfrentadas pela comunidade LGBTQIA+ na APS, além de traçarem estratégias eficientes para superar esses obstáculos.

4.1 Panorama Detalhado das Barreiras e a Negligência aos Cuidados Básicos

A literatura analisada indica que a negligência aos cuidados básicos de saúde da população LGBTQIA+ resulta diretamente de diversas barreiras, principalmente de caráter atitudinal e de conhecimento por parte dos profissionais (Peres; Oliveira, 2019; Carvalho; Ribeiro; Araújo, 2022). O preconceito direto e a discriminação, apesar de variarem em intensidade, continuam sendo barreiras importantes, evidenciando-se por meio de atitudes

desrespeitosas, julgamentos morais e negação de direitos, o que afasta os pacientes dos serviços (Russo; Zanatta; Mello, 2018).

A falta de conhecimento surge como um elemento crucial. É comum que profissionais de saúde demonstrem desconhecimento em relação a:

• Identidade de gênero e nome social: A falta de compreensão ou desrespeito ao nome social de indivíduos trans e travestis, bem como a não validação de suas identidades de gênero, cria ambientes hostis e desumanizadores (Jesus, 2012; Bento, 2014).

• PrEP e DoxiPEP: A falta de conhecimento acerca das indicações e do manejo dessas estratégias cruciais para a prevenção de ISTs, sobretudo em populações mais vulneráveis, leva à perda de oportunidades de cuidado e proteção (Brasil, 2018; Brasil, 2021).

• Especificidades da saúde sexual: A dificuldade em discutir a sexualidade de maneira aberta, neutra e livre de preconceitos dificulta a obtenção de informações cruciais para a promoção da saúde e prevenção de doenças, além de comprometer a oferta de um atendimento holístico (Almeida *et al*., 2017).

• Condições de saúde prevalentes: O desconhecimento acerca das condições de saúde física e mental mais comuns ou com manifestações específicas na população LGBTQIA+ leva a diagnósticos tardios e tratamentos inadequados (Ribeiro; Corrêa, 2020). Essas barreiras geram experiências negativas, que, consequentemente, resultam na desconfiança em relação aos serviços de saúde e na omissão de informações importantes por parte dos pacientes e, por fim, à falta de atenção aos cuidados básicos, o que afeta negativamente a saúde e o bem-estar da população LGBTQIA+ (Machado; Mattei, 2020).

4.2 Orientações para a formação multiprofissional visando um atendimento acolhedor e de qualidade

A análise da literatura indica a urgente necessidade de formação abrangente e contínua para todas as categorias profissionais que trabalham na APS, a fim de reduzir as barreiras de atitude e conhecimento. As práticas recomendadas de capacitação destacam uma estratégia unificada que inclua:

• Conscientização e Sensibilização: Módulos que tratem da diversidade sexual e de gênero, desconstrução de preconceitos, análise de conceitos como heteronormatividade e cisnormatividade, além do efeito do estigma na saúde (Brasil, 2011). É fundamental estabelecer um ambiente seguro onde os profissionais possam refletir sobre suas próprias crenças e preconceitos (Silva; Viana 2017).

• Conhecimento Técnico Específico: Capacitação acerca das demandas de saúde particulares da população LGBTQIA+, abrangendo:

- Identidade de Gênero e Nome Social: Instruções precisas sobre a utilização do nome social (Decreto n.º 8.727/2016) e a relevância do respeito à identidade de gênero, o que inclui a adequação de prontuários e sistemas de informação (Brasil, 2016).

- Saúde Sexual: Atualização das orientações para a prevenção de ISTs, abrangendo a gestão e recomendação de PrEP e DoxiPEP, vacinação (HPV, Hepatites) e disponibilização de testes rápidos (Brasil, 2021).

- Saúde Mental: Compreensão das especificidades da saúde mental na comunidade LGBTQIA+, com uma incidência mais elevada de depressão, ansiedade e pensamentos suicidas em decorrência do estresse de minoria (Schneider; Almeida; Lima, 2017).

- Acolhimento e Comunicação: Capacitação em técnicas de comunicação não violenta e linguagem inclusiva.

▪ Linguagem receptiva: Como questionar sobre o nome social e pronomes de tratamento; maneiras neutras e respeitosas de se referir a parceiros; como não fazer suposições sobre a

sexualidade ou a identidade de gênero de um paciente. A recomendação é sempre perguntar em vez de supor (Dias *et al*., 2020).

▪ Abordagem do ACS: Formação especializada para os Agentes Comunitários de Saúde sobre a abordagem de tópicos relacionados a diversidade de maneira respeitosa e sensível durante as visitas domiciliares, como reconhecer indícios de vulnerabilidade e como direcionar para a UBS assegurando um acolhimento pré-definido (Silva; Santos; Lima, 2019).

• Integração Curricular: A inclusão desses tópicos nos currículos de formação inicial e nas políticas de educação permanente em saúde são estratégias essenciais para a continuidade da formação (Pinheiro; Silva, 2016).

4.3 Sugestão de fluxo de atendimento inclusivo para as Unidades Básicas de Saúde de São José, SC

Com base na literatura, sugere-se um fluxo de atendimento que tenha como objetivo a construção de um ambiente seguro, respeitoso e acolhedor em todas as fases do contato com o paciente LGBTQIA+ com as Unidades Básicas de Saúde de São José, SC:

4.3.1 Identificação e Busca Ativa realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

- Formação dos ACS: Fundamental para que os ACS consigam identificar a população LGBTQIA+ nas comunidades, tratar o assunto da saúde de maneira sensível e respeitosa durante as visitas domiciliares e fornecer esclarecimentos sobre os serviços prestados pela UBS, focando no acolhimento e na garantia do uso do nome social.

- Encaminhamento Qualificado: os ACS devem receber instruções para preparar o paciente para a visita à UBS, assegurando que o primeiro contato na unidade seja com uma equipe já informada.

4.3.2 Acolhimento na Recepção

- Capacitação da Equipe de Recepção: Enfatizar o uso do nome social e pronomes adequados, sem questionamentos ou julgamentos. Desenvolvimento de formulários de registro que contemplem campos para nome social, identidade de gênero e orientação sexual.

- Ambiente Físico: Uso de recursos informativos a respeito da saúde LGBTQIA+ e sinalização visual inclusiva (por exemplo, cartazes com bandeiras da diversidade, banheiros sem distinção de gênero quando viável) para evidenciar que o local é seguro.

4.3.3 Serviço Administrativo e de Farmácia

Sensibilização da Equipe Administrativa e Atendentes de Farmácia: Instrução acerca da relevância da privacidade, do sigilo e do atendimento respeitoso, assegurando que não exista burocracia ou constrangimento no acesso a medicamentos ou informações.

4.3.4 Consulta e Acompanhamento Clínico (Enfermagem e Medicina)

- Abordagem Inicial: Começar a consulta realizando a confirmação do nome social e os pronomes. Indagar sobre a sexualidade e identidade de gênero de maneira aberta e sem julgamentos, considerando que esses dados são importantes para a história clínica.

- História Clínica Completa: coleta de dados a respeito da saúde sexual (incluindo uso de PrEP/DoxiPEP), vacinação, histórico de violências e saúde mental.

- Exames e Rastreios: Oferecer e realizar exames de rotina e rastreios de ISTs de acordo com as diretrizes, ajustando a linguagem e a abordagem às particularidades de cada pessoa (por exemplo, rastreio de câncer de colo de útero em homens trans com útero).

- Plano Terapêutico Singular: Elaboração de um plano de cuidado personalizado, levando em conta as demandas e características únicas de cada indivíduo LGBTQIA+, com encaminhamentos para serviços especializados (como o Ambula Trans, quando aplicável) ou suporte psicossocial, se necessário.

4.3.5 Acompanhamento e Continuidade do Cuidado

- Registro adequado: uso de prontuários eletrônicos que possibilitem o registro do nome social e da identidade de gênero; garantindo que o histórico do paciente seja integral e respeitoso.

- *Feedbacks* e Avaliação: criação de canais para que os pacientes LGBTQIA+ compartilhem suas vivências e sugestões, o que possibilita a constante melhoria dos serviços.

4.4 Plano de Formação Contínua para as Equipes das Unidades Básicas de Saúde de São José, SC

Sugere-se um programa de formação contínua para todas as equipes das UBSs de São José, SC, estruturado em módulos e empregando metodologias ativas, com a finalidade de desenvolver habilidades e incentivar a mudança de comportamento:

1. Módulo I: Princípios básicos da diversidade sexual e de gênero:

- Conteúdo: noções de sexo biológico e identidade de gênero; expressão de gênero, orientação sexual, cisgeneridade, transgeneridade. Efeitos da LGBTfobia na saúde. Direitos humanos e bem-estar da comunidade LGBTQIA+.

- Metodologia: discussões, análises de casos e rodas de conversa com indivíduos LGBTQIA+ da comunidade ou com representantes de ONGs.

- Público-alvo: Todos os times (ACS, recepção, atendentes de farmácia, técnicos, enfermeiros, médicos).

2. Módulo II: Comunicação Inclusiva e Linguagem Acolhedora:

- Conteúdo: Nome social (aspectos legais e práticos), pronomes de cuidado. Como indagar sobre identidade de gênero e orientação sexual de maneira respeitosa. Evitar conjecturas. Métodos de comunicação pacífica.

- Metodologia: oficinas práticas, simulações de atendimentos, encenações de situações reais; jogos, vídeos educativos. O público-alvo é toda a equipe, com módulos específicos para recepção e ACS.

3. Módulo III: Particularidades da saúde da população LGBTQIA+ na APS:

- Conteúdo: Diretrizes revisadas para a prevenção de ISTs, incluindo o manejo e a recomendação de PrEP e DoxiPEP. Planos de vacinação sugeridos. Monitoramento de câncer (mama, colo de útero, próstata) em diferentes populações. Saúde mental (detecção de angústia, direcionamento). Gestão da hormonização e monitoramento clínico. Violências e fragilidades.

Metodologia: aulas expositivas interativas com especialistas; discussões de casos clínicos, recursos de apoio (folders, guias práticos).

O público-alvo é composto por enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem e farmacêuticos.

4. Módulo IV: Fluxo de Atendimento e Estruturação dos Serviços:

- Conteúdo: Especificação do fluxo de atendimento sugerido, deveres de cada classe profissional. Ajuste de prontuários eletrônicos e sistemas de informação. Função do ACS na

busca ativa e no atendimento inicial. Coordenação com serviços especializados (Ambula Trans, CAPS).

- Metodologia: oficinas de planejamento e elaboração coletiva de protocolos, visitas de intercâmbio (caso viável) a serviços de referência.
- Público-alvo: equipes de gestão e profissionais essenciais das UBSs.

Este plano de capacitação deve ser contínuo, com avaliações de impacto realizadas regularmente e ajustes de acordo com as demandas identificadas.

5 DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão sistemática destacam a seriedade das barreiras enfrentadas pela comunidade LGBTQIA+ na Atenção Primária e a necessidade urgente de ações eficazes. A negligência em relação aos cuidados básicos de saúde, evidenciada pela baixa adesão a consultas e exames preventivos, não decorre de desinteresse, mas de vivências de discriminação e da percepção de que os profissionais não estão adequadamente preparados (Brasil, 2011; Fernandes *et al*., 2015).

A sugestão de um plano de formação completo e de um fluxo de atendimento inclusivo para as UBSs de São José, SC, surge como uma abordagem essencial para mudar essa situação. Ao priorizar a formação de toda a equipe, desde a recepção e os ACS até os profissionais de nível superior, procura-se estabelecer uma rede de acolhimento que abranja todas as fases do serviço. A incorporação do debate acerca do preconceito explícito, a relevância do nome social, a demanda por informação sobre PrEP/DoxiPEP e a consideração respeitosa da sexualidade atendem diretamente às lacunas apontadas por este estudo e pelos próprios profissionais de São José.

O modelo de fluxo de atendimento, que começa com a identificação e conscientização por parte dos ACS e abrange todas as interfaces da UBS, representa uma estratégia holística e focada no paciente (Silva; Santos; Lima, 2019). Essa abrangência é fundamental para atingir a população LGBTQIA+, que, devido ao medo ou a experiências passadas, evita os serviços de saúde. O foco na linguagem receptiva e na comunicação sem suposições é um diferencial, pois respeita a identidade e a construção da confiança tem como base a autonomia.

O caso da descentralização do ambulatório trans em Florianópolis é um relevante ponto de reflexão (A verdade, 2025). Apesar de o caso de Florianópolis tratar da reestruturação de um serviço especializado, ele destaca a importância de integrar o cuidado de saúde à comunidade. Se um serviço especializado visa a descentralização para tornar o acesso mais fácil, é ainda mais essencial que o atendimento primário nas UBSs de São José esteja completamente preparado para atender à demanda mais ampla e geral da comunidade LGBTQIA+.

Isso evidencia que a lógica de "onde o paciente está" deve orientar a prestação de serviços inclusivos e reforçando a APS como um ambiente seguro para todos.

As restrições desta pesquisa decorrem do fato de ser uma revisão sistemática e análise documental, o que, por sua natureza, não produz dados empíricos locais diretos sobre a realidade particular de São José. As propostas apresentadas se fundamentam nas melhores evidências disponíveis, porém sua aplicação e confirmação na prática exigiria estudos de campo e futuras avaliações de impacto. Contudo, o saber e a vivência dos autores enquanto clínicos na Estratégia Saúde da Família em São José proporcionam ao estudo um aspecto prático e realista.

As consequências práticas são consideráveis. A execução do plano de formação e do fluxo de atendimento sugerido pode revolucionar as UBSs de São José em ambientes verdadeiramente inclusivos, diminuindo obstáculos e incentivando a participação da comunidade LGBTQIA+ nos cuidados básicos de saúde. Isso, consequentemente, ajudará a melhorar os indicadores de saúde e a promover a equidade em saúde no município.

6 CONCLUSÃO

Promover a saúde integral da população LGBTQIA+ na Atenção Primária é um desafio complexo, porém urgente, que demanda ações diversificadas. Este trabalho, que foi realizado por meio de uma revisão sistemática e análise documental, confirmou que o preconceito e a falta de conhecimento profissional sobre identidade de gênero e nome social PrEP, DoxiPEP e abordagens de sexualidade são obstáculos importantes que resultam na negligência dos cuidados básicos de saúde em locais como as Unidades Básicas de Saúde de São José, Santa Catarina.

As sugestões incluem um plano de capacitação amplo voltado para todas as categorias profissionais das UBSs, além da criação de um fluxo de acolhimento inclusivo, desde a busca ativa pelos ACS até o acompanhamento clínico, constituem uma abordagem estratégica para mudar essa situação. Ao priorizar uma linguagem receptiva, na confirmação da identidade e na disponibilização de conhecimentos técnicos específicos, é viável estabelecer um ambiente de cuidado que seja seguro, respeitoso e, principalmente, justo a implementação dessas estratégias em São José, SC, não só assegurará o direito à saúde da comunidade LGBTQIA+, mas também reforçará a função da APS como um serviço de saúde que seja verdadeiramente universal e integral. É aconselhável que as administrações municipais invistam em estratégias de educação contínua e na execução desses fluxos, com avaliações de impacto realizadas continuamente. Pesquisas futuras de campo, com análise da percepção de usuários e profissionais após a introdução das propostas, seriam úteis para fortalecer e melhorar as intervenções.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. L. e colaboradores. Uma revisão narrativa sobre sexualidade e identidades de gênero na formação em saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, volume 27, número 4, página 949 a 968, 2017.

A verdade. **A luta popular assegura o restabelecimento do Ambulatório Trans em Florianópolis.** Florianópolis, 2025. Acesso em: https://averdade.org.br/2025/08/luta-popular-garante-retorno-do-ambulatorio-trans- em-florianopolis/. Consulta realizada em: 25 de setembro. Ano de 2025.

BENTO, B. O que significa ser transexual. São Paulo: Brasiliense, 2014. BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: Ministério da Saúde, ano de publicação.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Decreto 8.727, de 28 de abril de 2016. Trata do uso do nome social e do reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais na administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de abril. Ano de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco de Contágio pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, ano 2021.

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Hepatites virais e AIDS. Prevenção combinada do

HIV: fundamentos teóricos para especialistas em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, ano de publicação.

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Saúde e Vigilância. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual de Bolso para o gerenciamento de IST na atenção primária. Brasília: Ministério da Saúde, ano de publicação.

CARVALHO, A. A.; RIBEIRO, B. G.; ARAÚJO, P. C. Preconceito e discriminação na assistência à saúde: o ponto de vista de indivíduos LGBTQIA+. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, volume 38, número 6, artigo e00241921, ano 2022.

DIAS, M. V. A. e colaboradores. Comunicação e acolhimento na saúde de indivíduos LGBTQIA+: um manual para profissionais. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, volume 73, suplemento 4, artigo e20190802, ano 2020.

FERNANDES, C. C. e outros. Uma revisão sistemática sobre as barreiras que a população LGBT enfrenta para acessar os serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, volume 20, número 7, página 2095-2105, 2015.

JESUS, D. M. de. Transgêneros e travestis no SUS: uma pesquisa acerca das demandas de saúde e da utilização dos serviços. Ano de 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

MACHADO, E. R.; MATTEI, V. A. G. O. A assistência à saúde sob a ótica da população LGBTI+: análise integrativa. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 22, e62312, 2020.

NUNES, P. C. A. e colaboradores. A assistência à saúde da comunidade LGBT na Atenção Básica: desafios e oportunidades. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, volume 16, número 4, página 1 a 10 de outubro de 2015.

OLIVEIRA, B. A. S. e colaboradores A assistência às pessoas LGBTQIA+ e a ineficácia dos fundamentos do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade. Research, Society and Development, vol. 10, no. 15, e432101523157, 2021.

PERES, H. H. C.; OLIVEIRA, S. G. As demandas de saúde da população trans na Atenção Primária: uma análise integrativa. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 40, e20180290, 2019.

PINHEIRO, C. C. M.; SILVA, M. J. Capacitação de profissionais de saúde para atender à comunidade LGBT: revisão de estudos. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, volume 40, número 1, página 2016, pp. 110-118.

RIBEIRO, J. R.; CORRÊA, M. C. A disponibilidade de serviços de saúde para a população LGBT: análise integrativa. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, volume 44, número 124, página 228-241, 2020.

RUSSO, R.; ZANATTA, S. R.; MELLO, L. Assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: uma análise sistemática. Psicologia em Análise, Maringá, vol. 23, no. 2, p. 195-207, 2018.

SANTOS, A. M. B. e outros. Barreiras enfrentadas por pessoas trans no acesso à saúde: uma análise da literatura. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, volume 29, artigo e20190161, ano 2020.

SCHNEIDER, G.; ALMEIDA, R. G.; LIMA, L. B. Saúde mental da comunidade LGBT: uma análise da literatura. Contextos Clínicos, São Leopoldo, volume 10, número 1, página 23-35, 2017.

SILVA, D. R.; VIANA, L. O. A capacitação de profissionais de saúde para atender à população LGBT: uma reflexão. Interface (Botucatu), Botucatu, volume 21, número 61, página 339 a 348,
Ano de 2017.

SILVA, M. N.; SANTOS, S. R.; LIMA, S. S. A função do Agente Comunitário de Saúde no atendimento à comunidade LGBT: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE online, Recife, volume 13, artigo e239103, ano 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: definição e orientações para sua realização. Einstein, São Paulo, volume 8, número 1, página 102-106, 2010.

VIEIRA, M. L.; ALBUQUERQUE, A. M. As especificidades da saúde da população LGBT no âmbito da Atenção Básica à Saúde. Revista Saúde em Diálogo, Maceió, vol. 1, no. 2, p. 77-88, 2018.

A INFLUÊNCIA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS

Elen Cristina Ferreira; Graduada em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Karla Rona da Silva; 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

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

Monique Fernanda Felix Ferreira; Doutora em Demografia; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas.

Patrícia Lourdes Silva; Doutora em Ciências Aplicadas a Saúde do Adulto Gestão em Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: O estudo analisa a cultura de segurança do paciente na qualidade da assistência em hospitais, destacando sua influência para a redução de riscos e a melhoria dos serviços. A cultura de segurança é definida como um conjunto de valores, atitudes, competências e padrões comportamentais que expressam o compromisso organizacional com a gestão da segurança e a minimização de riscos aos pacientes. Por meio de uma revisão integrativa da literatura na Biblioteca Virtual em Saúde, foram analisadas publicações brasileiras entre 2014 e 2024. Os resultados indicam que a consolidação de uma cultura de segurança reduz eventos adversos e aumenta a satisfação dos pacientes, embora desafios, como recursos limitados e desigualdades na capacitação profissional, afetem hospitais públicos e privados de formas distintas. Nos hospitais públicos, a falta de recursos prejudica a eficácia das práticas de segurança, enquanto nos privados, a maior disponibilidade de recursos favorece implementações mais robustas. Destaca-se que a criação de uma cultura de segurança requer mais do que protocolos: demanda abordagem colaborativa, apoio institucional, treinamento contínuo e comunicação efetiva. Conclui-se que a cultura de segurança é fundamental para elevar o padrão assistencial, fortalecer a confiança dos pacientes e melhorar os desfechos clínicos. Para superar limitações estratégias de gestão eficazes e políticas institucionais que priorizem segurança e capacitação são indispensáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Cultura organizacional, Segurança do Paciente, Qualidade da assistência à saúde e Hospitais.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2004), a segurança do paciente é definida como a redução de danos evitáveis durante o cuidado de saúde, e a promoção de uma cultura de segurança é apontada como uma estratégia importante de atingir esse objetivo nas instituições de saúde. De acordo com a OMS, milhares de pessoas ao redor do mundo sofrem com agravos, incapacidades ou até mortes como resultado de uma assistência insegura prestada por profissionais de saúde. Estima-se que, a cada dez pacientes atendidos em instituições de saúde, um é vítima de complicações decorrentes de cuidados inadequados.

Segundo Rocha (2010), os eventos adversos (EAs) resultam de problemas na prática do cuidado, que podem envolver produtos, processos ou sistemas. O sistema de saúde é uma organização complexa, e a ocorrência de EAs é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos que incluem a estrutura, a organização dos processos de trabalho, a cultura, a

abordagem de gestão da qualidade, a prospecção de riscos e a capacidade de aprendizagem a partir dos erros

A implementação de práticas de segurança do paciente podem demonstrar potencial para reduzir eventos adversos, aumentar a satisfação dos pacientes e melhorar os resultados clínicos. Entretanto, consoante ao estudo de Viana (2023), a eficácia dessas práticas pode ser influenciada por desafios específicos, como limitações de recursos, variações na capacitação dos profissionais e diferenças estruturais entre hospitais públicos e privados.

No Brasil, em 2013, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente que traz uma série de recomendações para melhoria do cuidado em saúde a fim de promover as boas práticas assistenciais. Segundo o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (2014), a Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, devam ser elaborados e implantados: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde, cirurgia segura, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, identificação de pacientes, comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde, prevenção de quedas, úlceras por pressão, transferência de pacientes entre pontos de cuidado, e uso seguro de equipamentos e materiais.

A realização deste estudo é justificada pela necessidade de uma compreensão mais aprofundada sobre a influência da cultura de segurança do paciente na qualidade da assistência. A literatura atual carece de comparações detalhadas entre os desafios e oportunidades específicas enfrentados por hospitais públicos, privados e filantrópicos nessa área. Esta lacuna impede a identificação de melhores práticas para promoção de um ambiente de cuidado mais seguro e eficiente, e, consequentemente, com uma maior confiança dos pacientes no sistema de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Cultura de Segurança do Paciente

A cultura surge de modelos mentais coletivos que foram consolidados pela experiência e convivência comum dos membros de um grupo social em um ambiente estabelecido. Essas configurações dão forma à interpretação e representação de suas identidades. Assim, pode-se dizer que as atitudes e o comportamento dos funcionários refletem a cultura organizacional, portanto, é possível dizer que o comportamento social de um grupo ou comunidade reflete sua cultura (Zago, 2000).

No contexto do século XXI, a cultura organizacional passa a ter um papel mais decisivo no desenvolvimento organizacional, porque cada vez mais as pessoas se tornam fonte de conhecimento, um recurso valorizado e fundamental na competitividade (Dias, 2013).

> A cultura organizacional é a personalidade da organização e, como tal, se manifesta nas suas políticas, decisões e cotidiano do seu funcionamento, nas formas em que as pessoas interagem entre si, como realizam seu trabalho e se comunicam . Com a análise da cultura organizacional de um determinado serviço, é possível identificar como é a instituição, o que pretende ser e o que a sua gestão é capaz de realizar com suas forças e fraquezas para alcançar a qualidade e desenvolver uma cultura voltada para a segurança do paciente (Tobias; et al., 2014, p.350).

A redução do risco de danos desnecessários à atenção à saúde até o mínimo aceitável é conhecida como segurança do paciente. O ambiente hospitalar oferece procedimentos e tratamentos complexos aos assistidos, aumentando a probabilidade de danos. Esta temática relaciona-se intrinsecamente com a qualidade dos serviços prestados e vem sendo discutida

pelos gestores e prestadores de serviços de saúde, entidades de classe e órgãos governamentais (Toso *et al*., 2016, p.2).

Desde o ano de 2004, a segurança do paciente tornou-se um tema mundialmente discutido, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à saúde, reduzindo o número de incidentes que causam danos aos pacientes. A criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) tornou-se crucial instituindo um conjunto de medidas, por meio de campanhas, voltadas para as boas práticas assistenciais denominadas de Desafios Globais para a Segurança do Paciente, com os propósitos de reforçar as práticas de segurança e promover melhor comunicação e trabalho da equipe multidisciplinar (Júnior *et al*., 2020, p.137).

No Brasil, apenas no ano de 2013, a segurança dos serviços de saúde foi objeto do Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde (MS), tal qual, da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que instituíram diretrizes e ações específicas para a segurança do paciente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (Carvalho *et al*. 2015, p 1042).

O fortalecimento de uma cultura de segurança a nível organizacional é tido como uma medida necessária para a melhoria da segurança do paciente no ambiente hospitalar, a cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, habilidades, competências, e padrões de comportamentos individuais e coletivos, os quais definem o compromisso, o estilo e a competência da administração de uma organização saudável e segura (Reis *et al*., 2013).

A *Joint Commission International* e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceram as metas internacionais de segurança do paciente com base em evidências e opiniões de especialistas na área. Essas metas também mostram os problemas na assistência à saúde e soluções para eles, bem como permitem melhorias na segurança do paciente nos hospitais (Souza; Gouveia, 2017).

O objetivo das metas internacionais de segurança do paciente é atingir altos padrões de qualidade na assistência, através de iniciativas que proporcionem o seu desenvolvimento, tais como aquelas voltadas para a competências profissionais, mudanças comportamentais, mobilização gerencial, inovações tecnológicas e estruturais, como também, melhoria permanente e contínua do atendimento (Rosa; et al., 2017).

O estudo conduzido por Ling *et al.* (2016) enfatiza que a cultura de segurança do paciente é fundamental para garantir um alto padrão de atendimento. Os autores argumentam que uma cultura forte de segurança do paciente melhora o atendimento e garante uma assistência médica eficiente e segura.

2.2 Qualidade Assistencial

Hospitais são instituições prestadoras de serviços de grande importância social, possuindo alta complexidade e especificidade, portanto a prática da qualidade adquire enfoque e diferencial único. Ao acompanhar a evolução e funcionamento dos hospitais é possível delinear o cenário em que se configuram as ações da qualidade, que deram início às práticas que tiveram suas primeiras iniciativas nos setores voltados a produtos, e se aproximando posteriormente da área de prestação de serviços, como saúde (Bonato, 2011, p. 320).

Ao realizar a conceitualização da qualidade em saúde é importante levar em consideração alguns componentes que fazem parte da saúde, como a acessibilidade, a eficiência, a eficácia, assim como a oportunidade. A prevenção de doenças, a manutenção da saúde e o restabelecimento da saúde estão entre os elementos que compõem o cuidado de saúde global conhecido como qualidade em saúde (Equipe Oncaguia, 2015).

A qualidade nos serviços de saúde deve transpassar as políticas e as metas organizacionais para que todos os serviços ofertados pelas instituições de saúde sejam os melhores possíveis, e esta tarefa deve ser compartilhada entre a gestão e os demais profissionais da saúde que fazem da organização. Os profissionais, ocupam um espaço importante de interlocução dinâmica, da mesma forma que a estrutura, recursos, equipamentos e insumos interferem diretamente na qualidade de prestação de serviços (Costa *et al.*, 2021).

A conformidade ou adequação a um conjunto de padrões ou expectativas é o método pelo qual a qualidade da assistência é avaliada. A avaliação não se limita apenas às questões técnicas ou às maneiras particulares de fornecer assistência, ele também leva em consideração os elementos individuais e coletivos que contribuem para a criação deste juízo de valor. Esses fatores incluem a competência e capacitação dos profissionais de saúde, a eficácia dos processos administrativos e operacionais, a infraestrutura e os recursos disponíveis, a comunicação e interação entre a equipe de saúde e os pacientes, e a satisfação e o bem-estar dos pacientes. Além disso, a implementação de práticas baseadas em dados e a capacidade do sistema de saúde de responder às necessidades e desejos da comunidade influenciam a qualidade da assistência. Como resultado, uma avaliação abrangente da qualidade da assistência leva em consideração tanto os resultados clínicos quanto a experiência do paciente, o que leva a um cuidado mais humano, seguro e eficaz. (Kluck, 2002, p. 29).

3 METODOLOGIA

Para a consecução dos objetivos propostos foi realizada uma revisão integrativa tendo como base de pesquisa a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Segundo o estudo de Souza, Silva e Carvalho (2010), a revisão integrativa, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado.

Os descritores usados para a busca desses artigos foram "Cultura organizacional", "Segurança do Paciente", "Qualidade da assistência à saúde" e "Hospitais", e o operador AND. Além disso, foram adotados os seguintes critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos: (1) Disponibilidade integral na BVS, (2) publicação nos últimos 10 anos (2014 - 2024), (3) seleção apenas de artigos realizados em hospitais brasileiros, (4) enquadramento do título no recorte da pesquisa, (5) inclusão tanto de artigos quantitativos quanto de artigos qualitativos, (6) inclusão de estudos que utilizam uma abordagem metodológica com a participação de uma equipe multiprofissional, pela importância de considerar perspectivas diversas e integradas e (7) exclusão de teses e dissertações focando em publicações científicas revisadas por pares, que geralmente apresentam maior padronização metodológica e maior impacto na disseminação do conhecimento.

Quadro 1 - Bases de dados, estratégias de busca e resultado de artigos encontrados.

BASE	ESTRATÉGIA DE BUSCA	RESULTADOS
BVS	("Segurança do Paciente" OR "Patient Safety" OR "Seguridad del Paciente" OR "Sécurité des patients") AND (hospitais OR hospitals OR hospitales OR hôpitaux OR "Cultura Organizacional" OR "Organizational Culture" OR "Culture organisationnelle") 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 "Qualidade de Assistência à Saúde" OR "Qualidade dos Cuidados de Saúde" OR "Qualidade dos Serviços de Saúde") AND (db:("LILACS" OR "BDENF" OR "IBECS" OR "WHOLIS" OR "WPRIM" OR "BINACIS" OR "CUMED" OR "colecionaSUS" OR "PAHOIRIS" OR	163

	"AIM" OR "BBO" OR "CidSaude" OR "MULTIMEDIA" OR "MedCarib" OR "PIE" OR "PREPRINT-SCIELO" OR "RSDM" OR "SES-SP" OR "SMS-SP"))	

Fonte: Elaborado pelos autores.

O processo de estudo dos dados contidos nas publicações foi realizado primeiramente por meio de leitura textual, após exclusão das duplicatas encontradas, fazendo com que de 163 publicações disponíveis fossem retiradas 7. Após a eliminação dos estudos repetidos e leitura dos títulos e resumos dos mesmos foram eliminados 134 trabalhos, resultando em uma seleção parcial de 22 textos, que após a leitura do material completo de cada publicação resultou em um total de 9 publicações para a amostra final, registradas abaixo.

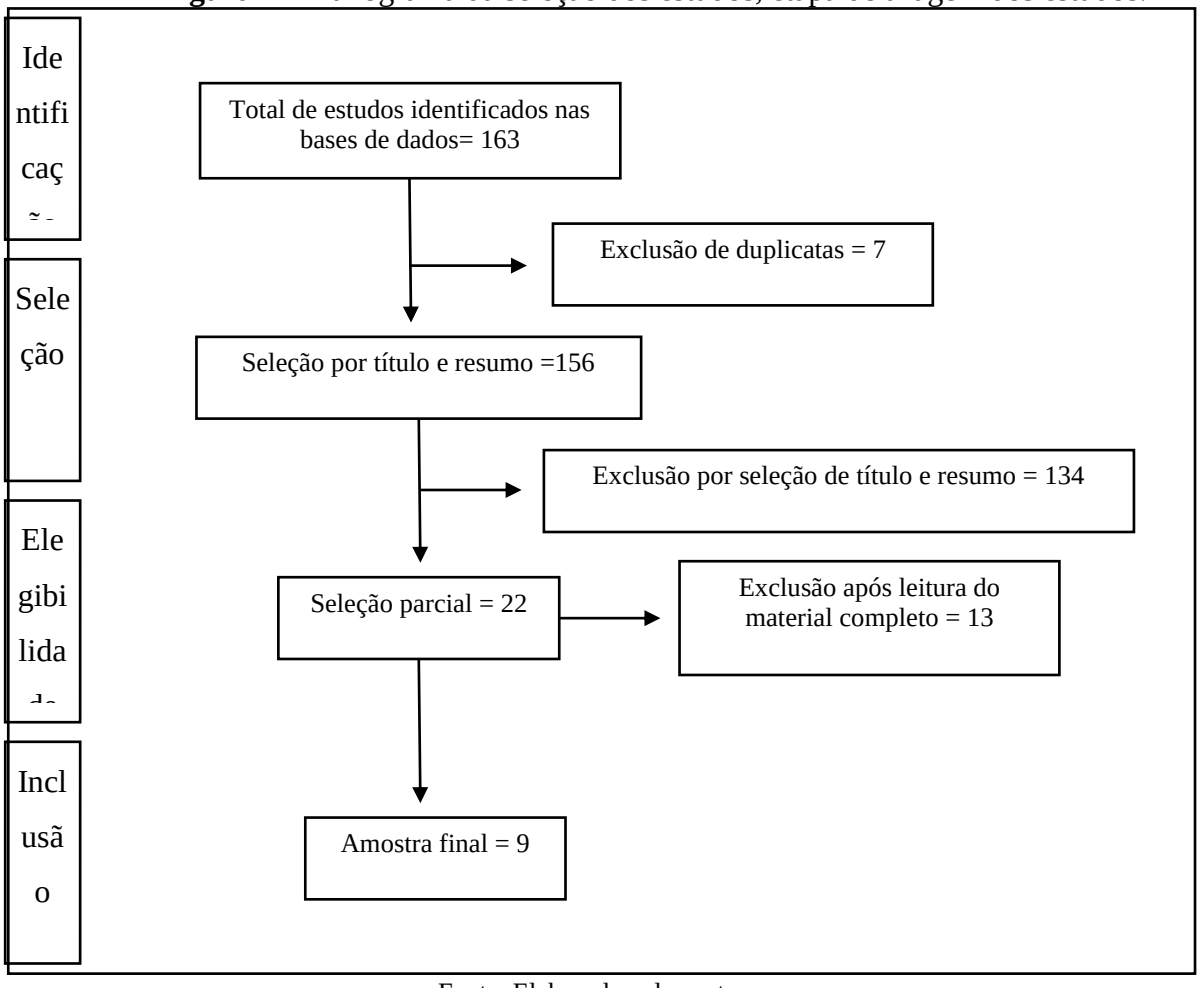
Quadro 2 - Processo de seleção dos estudos encontrados.

Bases de dados	Resultados encontrados	Resultados selecionados
BVS	163	9

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na sequência, o processo de seleção das publicações é apresentado utilizando-se da recomendação PRISMA (Moher *et al.*, 2015). Foi desenhado o fluxograma, apresentado abaixo.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos, etapa de triagem dos estudos.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 3 - Apresentados os artigos selecionados.

Nº	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE DE DADOS	PERIÓDICOS	ANO
1	Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão	Andrade, Luiz Eduardo Lima; Lopes, Johnnatas Mikael; Souza Filho, Marlon César Melo; Vieira Júnior, Romero Fonseca; Farias, Luiz Paulo Costa; Santos, Carla Caroline Medeiros dos; Gama, Zenewton André da Silva	LILACS	Ciênc. Saúde Colet. (Impr.);Ciênc. Saúde Colet. (Impr.);23(1): 161-172, Jan. 2018. tab, graf	2018
2	Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde	Galhardi, Nathalia Malaman; Roseira, Camila Eugenia; Orlandi, Fabiana de Souza; Figueiredo, Rosely Moralez de	LILACS	Acta Paul. Enferm. (Online);31(4): 409-416, jul.-ago. 2018. tab	2018
4	Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital geral	Moraes, Márcio Venicio Alcântara; Avelino, Fernanda Valéria Silva Dantas; Carvalho, Rhanna Emanuela Fontenele Lima	LILACS	Rev. enferm. UFSM;13: 60, 2023.	2023
5	Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos	Notaro, Karine Antunes Marques; Corrêa, Allana dos Reis; Tomazoni, Andréia; Rocha, Patrícia Kuerten; Manzo, Bruna Figueiredo	LILACS	Rev. latinoam. enferm. (Online);27: e3167, 2019. tab, graf	2019
6	Cultura de segurança do paciente em uma maternidade de risco habitual	Santos, Fernanda de Jesus; Nascimento, Hertaline Menezes do; Santos, José Marcos de Jesus; Cunha, Jéssica Oliveira da; Santos, Jamille Carolina Silva; Pena, Juliana de Araújo	LILACS	ABCS health sci;44(1): 52-57, 02 maio 2019. tab	2019
7	Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico	Serrano, Alessandra Campos Fortes Fagundes; Santos, Delba Fonseca; Matos, Selme Silqueira; Goveia, Vania Regina; Mendoza, Isabel Yovana Quispe; Lessa, Angelina Carmo	BDENF	REME rev. min. enferm;23: e-1183, jan.2019.	2019
8	Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva na perspectiva da equipe multiprofissional: Estudo multicêntrico	Silva, Bárbara Pequeno Andrade Rasslan; Mendoza, Isabel Yovana Quispe; Goveia, Vania Regina; Guimarães, Gilberto Lima; Correa, Allana dos Reis; Oliveira, Adriana Cristina de	LILACS	Enferm. actual Costa Rica (Online);(46): 58440, Jan.-Jun. 2024. tab	2024
9	Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva pediátrica em hospital público	Tavares, Lívia Teixeira; Silva, Girlane Santiago dos Santos; Macêdo, Lívia Leite da Silva; Guimarães, Marina Aguiar Pires; Albergaria, Tatiane Falcão dos Santos; Pinto Junior, Elzo Pereira	BDENF	Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online);13: 974-981, jan.-dez. 2021. tab, graf	2021

Fonte: Elaborado pelos autores.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos artigos sobre cultura de segurança do paciente em diferentes contextos hospitalares, é possível identificar tanto similaridades quanto diferenças nos resultados apresentados. Em geral, todos os estudos ressaltam a importância da cultura de segurança para a qualidade do atendimento, mas os fatores contextuais, como o tipo de hospital e os recursos disponíveis, influenciam as percepções e as práticas de segurança implementadas. O quadro abaixo apresenta as informações referentes a cada uma das publicações.

Quadro 4 - Apresentação das informações dos trabalhos selecionados incluídos na revisão integrativa: métodos, objetivos, amostra e resultados

Nº	MÉTODOS	OBJETIVO	AMOSTRA	RESULTADOS
1	Estudo observacional transversal. Envio de 1576 questionários aos profissionais de três hospitais no estado do Rio Grande do Norte. Uso do Hospital Survey on Patient Safety Culture, adaptado para o Brasil, que mede 12 dimensões de segurança. Taxa de resposta de 13,6% (n = 215).	Avaliar a cultura de segurança do paciente e fatores associados em hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão: federal, estadual e privada.	1576 questionários enviados a profissionais de três hospitais (federal, estadual e privado) no Rio Grande do Norte. Taxa de resposta de 13,6% (n = 215).	A segurança do paciente obteve notas entre 7 e 10 para 78,1% dos respondentes. O hospital privado apresentou a maior média de notas (8,32). Fatores como tipo de gestão, unidade de serviço, cargo e quantidade de notificações de eventos adversos estiveram associados à avaliação geral da segurança. O hospital privado teve fortalezas em todas as dimensões, enquanto os outros apresentaram fragilidades.
2	Estudo transversal utilizando questionários e entrevistas com profissionais de saúde.	Avaliar a cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde.	120 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) de unidades de saúde da atenção primária.	A cultura de segurança foi identificada como um aspecto ainda em desenvolvimento, com lacunas em práticas de segurança e comunicação. Algumas áreas apresentaram maior comprometimento com a segurança, enquanto outras carecem de estratégias de melhoria.
3	Levantamento bibliográfico sobre a cultura de segurança do paciente, com base na legislação nacional e internacional pertinente. Discussão sobre o desenvolvimento dessa cultura a partir de questionamentos surgidos durante a disciplina "Segurança do Paciente" no Mestrado em Enfermagem da UnB.	Refletir sobre o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no cuidado em saúde, enfatizando a atuação dos gestores, profissionais, familiares/cuidadores e pacientes.	A pesquisa considera todos os envolvidos no cuidado à saúde, incluindo gestores de serviços de saúde, profissionais de saúde, familiares/cuidadores e pacientes.	Os desafios para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente são complexos, mas não intransponíveis. A pesquisa aponta para a necessidade de estratégias efetivas que envolvam a participação ativa de profissionais, serviços de saúde, familiares/cuidadores e pacientes, contribuindo para a segurança e qualidade assistencial. A implementação de normas e procedimentos deve ser realizada de maneira coordenada e integrada.

Nº	MÉTODOS	OBJETIVO	AMOSTRA	RESULTADOS
4	Estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado por meio de um questionário estruturado. A avaliação da cultura de segurança foi feita usando o Patient Safety Culture Assessment Tool (PSCA). A amostra foi composta por profissionais da saúde de diferentes setores do hospital geral.	Avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital geral, identificando as percepções dos profissionais de saúde sobre a segurança no ambiente hospitalar e as práticas relacionadas.	Profissionais de saúde de um hospital geral, abrangendo diferentes áreas de atuação, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e outros colaboradores.	Identificação de aspectos críticos relacionados à cultura de segurança do paciente, com destaque para a percepção dos profissionais sobre a comunicação, gestão de riscos, e a necessidade de treinamento contínuo para fortalecer a cultura de segurança. A análise revelou áreas de fragilidade na implementação de medidas de segurança, mas também um compromisso em melhorar a comunicação e a colaboração entre os membros da equipe de saúde.
5	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa, realizado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de hospitais públicos. Uso do Hospital Survey on Patient Safety Culture, adaptado para o Brasil, para avaliação da cultura de segurança da equipe multiprofissional. A coleta de dados foi realizada com a equipe de saúde das UTINs.	Avaliar a cultura de segurança da equipe multiprofissional nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em hospitais públicos, verificando a percepção dos profissionais sobre segurança no cuidado e as práticas adotadas para prevenir erros.	Equipes multiprofissionais das UTINs de hospitais públicos, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais envolvidos no cuidado neonatal intensivo.	A percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança variou, destacando a necessidade de maior capacitação e de uma comunicação mais eficiente entre os membros da equipe. Identificaram-se lacunas na aplicação de protocolos de segurança e uma percepção de que a carga de trabalho excessiva compromete a implementação de práticas seguras. No entanto, a equipe demonstrou comprometimento com a melhoria da segurança e da qualidade do cuidado neonatal.
6	Estudo descritivo, quantitativo, realizado em uma maternidade de risco habitual. A avaliação da cultura de segurança foi realizada por meio de um questionário adaptado, aplicado a profissionais da maternidade, incluindo médicos, enfermeiros, e outros membros da equipe de saúde.	Avaliar a cultura de segurança do paciente em uma maternidade de risco habitual, identificando as percepções dos profissionais sobre os fatores que influenciam a segurança no cuidado.	Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem) de uma maternidade de risco habitual.	A pesquisa revelou uma boa percepção da equipe sobre os fatores que influenciam a segurança no cuidado, com destaque para a importância da comunicação eficaz e da participação da equipe nas decisões de cuidado. No entanto, foram identificados desafios em relação à carga de trabalho e à gestão de riscos, com algumas lacunas na implementação de práticas de segurança. A equipe demonstrou comprometimento com a cultura de segurança e melhoria contínua.
7	Estudo de caráter quantitativo, descritivo, realizado em um hospital filantrópico. Foi utilizada a versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) para avaliar a percepção da cultura de segurança entre os profissionais da saúde.	Avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico, identificando a percepção dos profissionais sobre os fatores de segurança e as práticas que	Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) de um hospital filantrópico.	A pesquisa revelou que a percepção da equipe sobre a segurança do paciente variava conforme as áreas do hospital. Alguns fatores como comunicação, feedback sobre erros e apoio da gestão foram considerados positivos, mas foram apontadas dificuldades em relação à sobrecarga de trabalho, recursos limitados e a falta de práticas sistemáticas para a gestão de riscos. O hospital demonstrou um ambiente

Nº	MÉTODOS	OBJETIVO	AMOSTRA	RESULTADOS
		contribuem para a segurança do paciente.		positivo, com potencial para melhorias em determinadas áreas da segurança.
8	Estudo multicêntrico, quantitativo, descritivo e transversal realizado em unidades de terapia intensiva (UTIs) de hospitais públicos e privados. Foi aplicado o questionário "Cultura de Segurança do Paciente", considerando a percepção da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros).	Avaliar a cultura de segurança do paciente nas UTIs sob a perspectiva da equipe multiprofissional, identificando fatores que impactam a segurança do paciente e as estratégias de melhoria necessárias.	Profissionais das UTIs de hospitais públicos e privados (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais de saúde).	A percepção sobre a cultura de segurança do paciente variou entre os diferentes hospitais e categorias profissionais. Foi identificado um bom ambiente de segurança nas unidades, com boas práticas de comunicação, cooperação entre a equipe e foco no paciente. No entanto, foram observadas lacunas em relação à liderança, suporte organizacional e tempo disponível para discutir eventos adversos. A integração da equipe foi vista como fundamental, mas a carga de trabalho e os recursos limitados impactam a segurança.
9	Estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado em uma unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital público. A avaliação da cultura de segurança do paciente foi realizada por meio do questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSOPSC), aplicado à equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e outros profissionais da unidade.	Avaliar a cultura de segurança do paciente na unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital público, identificando pontos fortes e áreas que necessitam de melhorias na segurança.	Profissionais da unidade de terapia intensiva pediátrica (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, entre outros).	A pesquisa revelou que a equipe percebia a cultura de segurança de forma positiva, destacando pontos como trabalho em equipe, comunicação efetiva, e suporte entre colegas. Contudo, a pesquisa também apontou a necessidade de melhorias na liderança, no apoio gerencial para a realização de mudanças efetivas e na implementação de protocolos. Além disso, foi identificado que as equipes de saúde tinham uma boa percepção sobre a segurança, mas havia dificuldades com o tempo disponível para discutir incidentes e eventos adversos. A percepção sobre os erros foi geralmente positiva, mas existia uma necessidade de maior envolvimento da gestão para a mudança de práticas e reforço da cultura de segurança.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nos estudos realizados em unidades de terapia intensiva pediátrica, neonatal e em maternidades, os resultados indicam que as equipes de saúde reconhecem a importância de uma cultura de segurança para a qualidade do atendimento. A comunicação entre a equipe multiprofissional e a colaboração entre os profissionais são aspectos que emergem como essenciais para a promoção da segurança do paciente. A conscientização sobre a importância de protocolos e práticas de segurança também é um ponto comum nos artigos, com destaque para o uso de *checklists*, protocolos de segurança e mapas estratégicos. Em todos os estudos, é enfatizado que a segurança do paciente não depende apenas das ações individuais dos profissionais de saúde, mas também de uma atuação conjunta e coordenada entre todos os envolvidos, incluindo gestores, profissionais de saúde, pacientes e familiares.

Apesar das semelhanças, as diferenças nos resultados surgem principalmente em relação ao ambiente organizacional. Nos hospitais públicos, como observado nos artigos sobre UTIs pediátricas e neonatais, os profissionais de saúde enfrentam desafios maiores, como a

falta de recursos, tempo e apoio institucional, o que prejudica a implementação eficaz de uma cultura de segurança. Em contrapartida, os estudos realizados em hospitais filantrópicos mostram uma percepção mais positiva sobre a cultura de segurança, com maior envolvimento das lideranças e melhores práticas de gestão implementadas. Esse contraste sugere que, em hospitais públicos, a carência de recursos financeiros e humanos impacta diretamente a eficácia das estratégias de segurança, enquanto em hospitais com maior suporte organizacional, as práticas de segurança são mais facilmente adotadas e implementadas.

Adicionalmente, a complexidade do cuidado nas UTIs neonatais e pediátricas requer uma maior vigilância sobre os protocolos de segurança, com foco na prevenção de erros relacionados ao tratamento intensivo de pacientes vulneráveis. Já nas maternidades e hospitais filantrópicos, a discussão sobre segurança está mais relacionada ao gerenciamento de erros e à comunicação dentro da equipe, refletindo diferentes níveis de complexidade nos cuidados prestados. A atuação da equipe multiprofissional nas UTIs neonatais é ainda mais intensa devido à fragilidade dos pacientes, o que demanda um esforço coordenado para garantir a segurança e a qualidade do atendimento.

Em unidades de saúde com uma cultura de segurança bem estruturada, a confiança dos pacientes e familiares na equipe de saúde aumentou, o que contribui para um ambiente mais colaborativo e para uma melhor experiência no cuidado. Em contraste, em ambientes onde a cultura de segurança é frágil, a falta de confiança na instituição pode prejudicar o relacionamento entre os profissionais de saúde e os pacientes, afetando negativamente a qualidade da assistência prestada.

Nos contextos estudados, a implementação de práticas de segurança, como protocolos de cuidados e treinamento contínuo da equipe, foi associada a uma diminuição nos erros médicos e complicações, especialmente em unidades de terapia intensiva, onde a complexidade e o risco são elevados. Quando as normas e protocolos de segurança são seguidos rigorosamente, há uma redução na taxa de complicações e readmissões, o que contribui para a sustentabilidade financeira das instituições de saúde. A coordenação entre a equipe multiprofissional também resulta em um atendimento mais integrado e eficaz, o que é especialmente importante em ambientes de alta complexidade.

Os resultados encontrados confirmam a relevância de uma cultura organizacional sólida para a promoção da segurança do paciente, corroborando os conceitos apresentados por Tobias *et al.* (2014) e Reis *et al.* (2013). A cultura de segurança não depende apenas de recursos financeiros, mas de um compromisso institucional com a capacitação contínua das equipes e a implementação de sistemas de comunicação eficazes. Essa perspectiva é essencial para que gestores e profissionais de saúde possam fortalecer a confiança mútua e otimizar os processos hospitalares.

Os gestores hospitalares desempenham um papel central na criação e manutenção dessa cultura. Estudos como o de Notaro *et al.* (2019) destacam que lideranças ativas são fundamentais para implementar estratégias que aumentem a adesão aos protocolos de segurança e promovam o engajamento das equipes multiprofissionais. Em hospitais públicos, onde os recursos são limitados, é necessário que gestores desenvolvam soluções criativas, como treinamentos específicos e a utilização de comitês para monitorar os indicadores de segurança.

Além disso, o mapeamento de riscos e o uso de ferramentas como checklists são estratégias práticas que podem ser implementadas em diversos contextos hospitalares. A discussão reforça que a segurança do paciente depende não apenas das ações dos profissionais de saúde, mas também de uma atuação coordenada e integrada entre gestores, equipes multiprofissionais, pacientes e familiares.

No entanto, há limitações dos estudos analisados que incluem amostras restritas, enfoque em cenários específicos e a falta de integração entre os níveis de cuidado. Apesar

disso, os trabalhos são fundamentais para identificar fragilidades estruturais e comportamentais, indicando caminhos para fortalecer a segurança do paciente em diferentes realidades.

5 CONCLUSÃO

A análise dos artigos demonstra que a cultura de segurança do paciente desempenha um papel central na qualificação dos serviços de saúde, com impactos diretos na redução de eventos adversos, no engajamento da equipe e na satisfação dos pacientes. Nos hospitais onde essa cultura está mais consolidada, os profissionais de saúde não apenas aderem com maior frequência a protocolos de segurança, mas também cultivam uma atitude proativa em relação à prevenção de riscos, promovendo um ambiente assistencial mais seguro e acolhedor.

A participação dos gestores, aliada ao suporte institucional, se destaca como um fator essencial para a sustentação dessa cultura, garantindo que políticas de segurança sejam incorporadas de forma consistente e contínua. Em contrapartida, hospitais públicos, que frequentemente enfrentam limitações orçamentárias, apresentam desafios adicionais para consolidar essa cultura. Contudo, os estudos ressaltam que, mesmo em contextos com recursos limitados, investir em uma cultura de segurança traz retornos expressivos, como a redução de retrabalho e de custos gerados por falhas.

Para superar essas barreiras, é indispensável que gestores priorizem investimentos em capacitação contínua e no fortalecimento da comunicação entre equipes. Além disso, a criação de comitês de segurança e o uso de tecnologias, como sistemas de notificação eletrônica de eventos adversos, são ferramentas promissoras para melhorar os desfechos clínicos.

Em última análise, a cultura de segurança do paciente emerge como um pilar fundamental não apenas para evitar erros, mas também para otimizar o ambiente de trabalho, fortalecer a confiança entre profissionais e pacientes e elevar o padrão de atendimento. Ao promover um ciclo positivo, onde a segurança é uma prioridade compartilhada, essa cultura contribui para o aumento da qualidade dos serviços, favorecendo tanto o bem-estar dos pacientes quanto a eficiência da instituição.

Este estudo também identificou lacunas na literatura que podem ser exploradas em pesquisas futuras. Entre elas, destaca-se a necessidade de investigações mais amplas sobre os impactos econômicos da cultura de segurança e a eficácia de estratégias específicas em diferentes contextos hospitalares. Ao propor essas diretrizes práticas e linhas de pesquisa, o presente trabalho busca contribuir para o avanço da segurança do paciente como uma prioridade no sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 1, p. 161-172, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZdzPMjFXMpcmzSZTJ5bSSyB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2024. DOI: 10.1590/1413-81232018231.24392015.

BONATO, Vera Lucia. Gestão de qualidade em saúde: melhorando a assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 3, p. 319-331, set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20113319331>. Acesso em: 03 maio 2024.

CARVALHO, Paloma Aparecida. *et al.* Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>. Acesso em: 02 maio 2024.

COSTA, Jefferson Dantas. *et al.* Contribuições do modelo SERVPERF para avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 21, n. 84, 2021. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/275>. Acesso em: 03 maio 2024.

DIAS, Reinaldo. **Cultura organizacional: construção, consolidação e mudanças**. São Paulo: Atlas, 2013.

Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 2014. Brasília - DF. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 03 maio 2024.

EQUIPE ONCAGUIA. **O conceito "Qualidade em saúde"**. Instituto Oncoguia, 2015. Disponível em: < http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-conceito-qualidade-emsaude/1039/168/>. Acesso em: 02 maio 2024.

GALHARDI, Nathalia Malaman.*et al*. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 409-416, jul./ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000400409>. Acesso em: 01 nov. 2024. DOI: 10.1590/1982-0194201800057.

JÚNIOR, José Francisco Da Silva *et al*. Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores de centro cirúrgico. **Revista SOBEC**C, v. 25, n. 3, p. 136-142, 7 out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/z1414-4425202000030003>. Acesso em: 22 maio 2024.

KLUCK, Mariza *et al*. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**, v. 4, n. 16, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hF4SnqgMYKRyqrkH9BTWQ7K/?format=pdf>. Acesso em: 1 maio 2024.

LING, Lowell. *et al*. The Effect of a Freely Available Flipped Classroom Course on Health Care Worker Patient Safety Culture: A Prospective Controlled Study. **Journal of Medical Research**, v. 18, n. 7, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4951630/>. Acesso em: 22 maio 2024.

MATOS, Johnata da Cruz. *et al*. Cultura de segurança do paciente no cuidado em saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE On line**, v. 10, n. 6, p. 2223-2229, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11237/12839>. Acesso em: 01 nov. 2024. DOI: 10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201638.

MOHER, David. *et al*. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. **Systematic Reviews**, v. 4, n. 1, p. 1, 2015. DOI: 10.1186/2046-4053-4-1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25554246/>. Acesso em: 31 out. 2024.

MORAES, Márcio Venicio Alcântara; AVELINO, Fernanda Valéria Silva Dantas; CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital geral. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 13, p. 60,

2023. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/84101/62918>. Acesso em: 01 nov. 2024. DOI: 10.5902/2179769284101.

NOTARO, Karine Antunes Marques. *et al*. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3167, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100351. Acesso em: 01 nov. 2024. DOI: 10.1590/1518-8345.2849.3167.

REIS, Cláudia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.18, n.7, p. 2029-2036. 2013. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/vHsXdrrnkn6qTnkLkGsFJbr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 maio. 2024.

ROCHA, Renata De Paula Faria; PINHO, Diana Lúcia Moura. Segurança do paciente em hemodiálise. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 12, p. 3360, 2 dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a235857p3360-3367-2018>. Acesso em: 22 maio 2024.

ROSA, Elisangela Rodrigues da Silva. *et al*. As metas internacionais de segurança do paciente na percepção de estudantes de enfermagem. **Rede de cuidados em saúde**.V. 11, n.1, p. 1-3. 2017. Disponível em: <https://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/4587/2435> Acesso em: 15 maio. 2024.

SANTOS, Fernanda de Jesus. *et al*. Cultura de segurança do paciente em uma maternidade de risco habitual. **ABCS Health Sciences**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 52-57, 02 maio de 2019. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/v8q5h>. Acesso em: 01 nov. 2024. DOI: 10.7322/abcshs.v44i1.1066.

SERRANO, Alessandra Campos Fortes Fagundes. *et al*. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, e1183, jan. 2019. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622019000100230&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 01 nov. 2024. DOI: 10.5935/1415-2762.20190031.

SILVA, Bárbara Pequeno Andrade Rasslan. *et al*. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva na perspectiva da equipe multiprofissional: Estudo multicêntrico. **Enfermería Actual en Costa Rica**, v. l, n. 46, p. 58440, jan./jun. 2024. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1409-45682024000100002>. Acesso em: 01 nov. 2024. DOI: 10.15517/enferm.actual.cr.i46.52225.

SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 maio 2024.

SOUZA, Maria Nathália da Silva.; GOUVEIA, Viviane de Araújo. Avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem sobre as metas internacionais de segurança do paciente em uma unidade de terapia intensiva. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**. Santa Cruz do Sul, v.7, n.3, p. 1-7. 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8780> . Acesso em: 01 maio. 2024.

TAVARES, Lívia Teixeira. *et al*. Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva pediátrica em hospital público. **Revista Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 974-981, jan./dez. 2021. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9739>. Acesso em: 01 nov. 2024. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9739.

TOBIAS, Gabriela Camargo. *et al*. Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermagem**, n. 33, p. 350, 2014. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/pt_revision1.pdf>. Acesso em: 15 maio 2024.

TOSO, Greice Letícia. *et al*. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, n. 37, 2016. Disponível em: <http://dx.doi. org/10.1590/1983-1447.2016.04.58662>. Acesso em: 15 maio 2024.

VIANA, Ingrid Soares *et al*. Desafios na implantação da cultura de segurança do paciente no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, p. e28212240035, 13 fev. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40035>. Acesso em: 29 maio 2024.

ZAGO, Célia Cristina. **Modelo de arquitetura da cultura organizacional -MARCO:** as dimensões da cultura Organizacional suportadas pela sua inter-relação com as variáveis do comportamento humano. 2000. 162 fl. Tese (Doutorado) –Universidade Federal de Santa Catarina –UFSC, Santa Catarina, 2000.

A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: ANÁLISE CRÍTICA A PARTIR DO PLANEJAMENTO E DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Flávia Maia do Amaral; Especialista em Saúde e Segurança do Trabalhador; Universidade Federal do Pará

Flávia Tamyres Freitas Carneiro; Especialista em Serviço Social e Saúde; Universidade Federal do Pará

RESUMO: O estudo analisa criticamente a política de saúde da mulher no Brasil, destacando avanços, limites e desafios no SUS. Fundamentado na tradição crítica da Saúde Coletiva e do Serviço Social, o método foi qualitativo, com revisão bibliográfica e análise documental. Evidenciou-se que o PAISM (1983) e a PNAISM (2004) ampliaram a atenção para além da maternidade, mas persistem práticas hospitalocêntricas, desigualdades regionais e maior mortalidade materna entre mulheres negras e pobres. O subfinanciamento do SUS, agravado pela EC 95/2016, fragiliza a integralidade do cuidado. Conclui-se que superar tais limites exige financiamento estável, participação social fortalecida e políticas intersetoriais. O Serviço Social tem papel estratégico na defesa da equidade e da garantia de direitos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da mulher; Políticas públicas; Avaliação em saúde; Serviço Social.

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres representam mais de 50% da população brasileira (IBGE, 2021). Deste modo, se faz de extrema importância refletir acerca das políticas voltadas à este público. A Saúde da mulher constitui uma dimensão central das políticas públicas no Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Historicamente, a atenção à saúde da mulher esteve concentrada na perspectiva materno infantil, reduzindo o corpo feminino à função reprodutiva e negligenciando outras demandas de saúde da mulher ao longo do ciclo de vida. A partir de reivindicações e discussões levantadas a partir movimentos sociais e do movimento feminista, na década de 1970, se tornou possível deslocar o foco para uma visão mais integral e de direitos humanos direcionadas à saúde das mulheres (Costa, 2009).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1983, constituiu o marco inicial ao problematizar a medicalização excessiva e introduzir elementos de integralidade. A promulgação da Constituição de 1988 e a criação do SUS reafirmaram o princípio da universalidade, possibilitando a institucionalização de políticas específicas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, que ampliou o escopo de ações para além da atenção reprodutiva das mulheres (Brasil, 2004). Diante deste quadro, o presente artigo objetiva analisar criticamente a política de saúde da mulher no Brasil, enfatizando os processos de planejamento, implementação e avaliação destas políticas, buscando identificar avanços, limites e desafios para a efetividade das ações voltadas à saúde da mulher no âmbito do SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A análise da política de saúde da mulher neste trabalho parte de uma opção teórica crítica, fundamentada tanto na tradição da Saúde Coletiva quanto no Serviço Social. Essa perspectiva entende as políticas sociais como expressões contraditórias da questão social, que ao mesmo tempo garantem direitos e reproduzem limites estruturais impostos pelo Estado capitalista.

Do ponto de vista da historicidade, Costa (2009) evidencia como o movimento feminista deslocou o foco da saúde da mulher de uma abordagem restrita à função reprodutiva para uma perspectiva de direitos humanos. Esse marco permitiu a formulação do PAISM em 1983 e, posteriormente, da PNAISM em 2004 (Brasil, 2004), que ampliaram o escopo da atenção à saúde da mulher para além da maternidade.

No campo do Serviço Social, Iamamoto (2007) oferece a base crítica para compreender que as políticas sociais não são neutras, mas respostas contraditórias às pressões da questão social. Essa leitura é fundamental para analisar a PNAISM, que, embora traga em sua concepção o princípio da equidade, enfrenta contradições no momento da implementação.

Na base teórica recente aprofundamos a compreensão dessas contradições. Viana, Machado e Baptista (2015) reforçam a necessidade de políticas que incorporem determinantes sociais da saúde, apontando os limites da descentralização diante das desigualdades regionais. Machado e Lima (2017) atualizam essa discussão ao mostrar como a agenda federal de saúde e a falta de financiamento adequado fragilizam a operacionalização de programas como a Rede Cegonha. Leal et al. (2017) acrescentam evidências sobre a persistência das desigualdades raciais e socioeconômicas na saúde da mulher, mostrando que a mortalidade materna permanece desproporcionalmente elevada entre mulheres negras e pobres. Esse dado reforça a tese de que o racismo estrutural é elemento central na análise da política de saúde. Rossi e Dweck (2016), por sua vez, demonstram como as medidas de ajuste fiscal pós-2016 limitaram ainda mais a capacidade do SUS de enfrentar essas desigualdades.

Assim, a opção teórica adotada neste estudo não se restringe à descrição normativa da política, mas parte de uma leitura crítica que articula determinantes sociais, desigualdades estruturais e o papel contraditório do Estado. Essa abordagem, que integra a tradição crítica do Serviço Social (Iamamoto, 2007) e da Saúde Coletiva (Paim, 2013), permite analisar não apenas os avanços normativos da PNAISM, mas também os limites concretos de sua implementação em um cenário de desigualdade, racismo estrutural e subfinanciamento do SUS.

2.1 *Historicidade da política de saúde da mulher*

A formulação das políticas de saúde dirigidas às mulheres não pode ser dissociada do contexto sociopolítico brasileiro. As lutas por direitos civis e sociais na transição para a democracia, articuladas aos movimentos de mulheres, ampliaram a agenda pública e contribuíram para a construção de marcos regulatórios que visavam a integralidade da atenção (Paim, 2013). O PAISM e posteriormente a PNAISM expressam mudanças importantes na compreensão da saúde feminina, incorporando determinantes sociais e demandas específicas de grupos historicamente marginalizados, considerando suas demandas específicas, atravessando os limites da ideia materno infantil.

A Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) marcaram um novo patamar ao inscreverem a saúde como direito universal, mas os efeitos da descentralização revelaram desigualdades regionais profundas, evidenciando que o princípio da universalidade não se traduzia de forma homogênea nos territórios (Viana; Machado; Baptista, 2015). A criação da PNAISM em 2004 reforçou a perspectiva da integralidade, ao incluir ações voltadas para saúde sexual, enfrentamento da violência, atenção ao climatério e às doenças crônicas, mas sua implementação foi tensionada por práticas institucionais que mantinham o viés hospitalocêntrico e reprodutivista (Machado; Lima, 2017).

Nos anos 2010, iniciativas como a Rede Cegonha buscaram qualificar a atenção obstétrica e neonatal, porém esbarraram em problemas estruturais como o subfinanciamento, a ausência de profissionais em número suficiente e a fragilidade da rede de atenção. Esse cenário se agravou com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os

gastos sociais e comprometeu a sustentabilidade das políticas públicas, revelando o quanto as conquistas normativas permanecem vulneráveis às escolhas econômicas e fiscais do Estado (Rossi; Dweck, 2016). Com relação aos fundamentos críticos, a PNAISM enfatiza o princípio da equidade ao reconhecer que as mulheres experimentam desigualdades diferenciadas segundo classe, raça, etnia e território. Essa perspectiva está alinhada com o olhar crítico do Serviço Social, que problematiza as desigualdades estruturais e advoga por políticas públicas orientadas pela defesa dos direitos humanos e pela justiça social (Iamamoto, 2007). Autores da Saúde Coletiva apontam também para a necessidade de políticas que articulem atenção, vigilância e ações intersetoriais como estratégia para reduzir iniquidades (Viana; Machado; Baptista, 2015).

Com isso, a historicidade da política de saúde da mulher no Brasil demonstra avanços importantes no campo normativo e discursivo, mas também evidencia contradições, retrocessos e limites estruturais. A permanência de indicadores desiguais, como a maior mortalidade materna entre mulheres negras e pobres, confirma que o racismo estrutural e as desigualdades sociais seguem sendo elementos centrais para compreender os entraves à efetividade dessa política (Leal *et al*., 2017).

3 METODOLOGIA

O estudo se caracteriza enquanto pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida por meio da integração entre revisão bibliográfica e análise teórico-documental. Para a etapa bibliográfica, foram levantadas publicações disponíveis em bases de dados como BVS, MEDLINE e SciELO, utilizando descritores como “Políticas Públicas”, “Políticas para Mulheres” e “PNAISM”, entre outros, a fim de reunir artigos científicos pertinentes ao tema. Também foram incluídos livros e produções acadêmicas relacionadas à saúde da mulher e às políticas públicas no Brasil. Além disso, realizou-se a análise documental de legislações, normativas e diretrizes oficiais do Ministério da Saúde, bem como de marcos normativos que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS) e estão diretamente ligados à trajetória das políticas de saúde voltadas às mulheres. Essa abordagem, de caráter dialético-crítico, buscou correlacionar a trajetória normativa das políticas voltadas às mulheres com os condicionantes institucionais, sociais e econômicos que impactam da formulação até a operacionalização e resultados das mesmas.

Embora o estudo não tenha utilizado dados primários, essa limitação não comprometeu a análise, permitindo identificar tendências, avanços, fragilidades e pontos de tensão que contribuem para a reflexão acerca da efetividade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e suas repercussões no campo das políticas públicas voltadas às diferentes realidades sociais.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Planejamento e gestão da política

O planejamento da política de saúde da mulher ocorre no contexto de um SUS descentralizado, cuja governança demanda articulação entre as esferas federal, estadual e municipal. A descentralização conferiu autonomia local, mas também produziu variações significativas na capacidade de execução e oferta de serviços, gerando desigualdades regionais (Viana; Machado; Baptista, 2015). A Rede Cegonha, lançada em 2011, é um exemplo de iniciativa voltada à reorganização da atenção obstétrica e neonatal, buscando garantir a continuidade do cuidado desde o pré-natal até o nascimento. Embora represente um esforço de planejamento estratégico, sua operacionalização encontrou obstáculos como insuficiência de recursos financeiros, carência de profissionais capacitados e a persistência de

práticas hospitalocêntricas que limitam a implementação de modelos de parto mais humanizados (Machado; Lima, 2017).

A participação social, formalizada por meio dos conselhos e conferências de saúde, constitui um mecanismo de controle social fundamental. No entanto, a efetividade destes espaços depende de representatividade e de capacidades organizacionais, frequentemente insuficientes para influenciar decisões de planejamento e alocação de recursos (Paim,2013). O Serviço Social desempenha papel estratégico na interface entre usuários, serviços e gestores, contribuindo para diagnósticos sociais e para a construção de propostas de intervenção que considerem determinantes sociais da saúde (Iamamoto, 2007).

Contudo, não se pode desconsiderar que o planejamento e a gestão da política de saúde da mulher estão permanentemente atravessados por disputas de interesses e por escolhas políticas que nem sempre priorizam a equidade. A descentralização, ao mesmo tempo em que amplia a autonomia dos municípios, também acentua desigualdades históricas: municípios com maior capacidade técnica e financeira conseguem avançar, enquanto os mais frágeis permanecem com serviços precários, revelando que o princípio da universalidade não se concretiza de forma homogênea.

Outro ponto crítico é que a ênfase em programas específicos, como a Rede Cegonha, por vezes fragmenta a política em projetos pontuais, sem articulação suficiente com outras áreas do cuidado e sem garantir sustentabilidade a longo prazo. Isso resulta em ações descontinuadas, dependentes da vontade política de gestores e das oscilações orçamentárias, especialmente em um cenário de restrição fiscal que impacta diretamente o SUS.

Além disso, a participação social, embora prevista normativamente, enfrenta limites concretos: baixa representatividade de grupos vulnerabilizados, burocratização dos espaços de deliberação e a frequente desconsideração das decisões tomadas em conferências e conselhos. Isso transforma o controle social em um recurso mais formal do que efetivo, enfraquecendo sua função transformadora.

Do ponto de vista do Serviço Social, o desafio é tensionar essas contradições, fortalecendo o vínculo entre usuários e gestão, denunciando desigualdades de acesso e promovendo práticas que enfrentem o racismo estrutural, o sexismo e a invisibilidade de determinados grupos de mulheres. Assim, o planejamento e a gestão não podem ser vistos apenas como processos técnicos, mas como arenas de disputa onde se joga o futuro da política de saúde da mulher e a possibilidade de efetivar, de fato, o direito à saúde como princípio universal do SUS.

4.2 Avaliação da política e desafios contemporâneos

A avaliação das políticas de saúde da mulher exige indicadores quantitativos, como taxas de mortalidade materna e neonatal, cobertura de pré-natal, e indicadores qualitativos relacionados à experiência das usuárias, ao respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e à qualidade do atendimento. No Brasil, persiste uma carga desproporcional de mortalidade e morbidade entre mulheres negras e de baixa renda, evidenciando o racismo estrutural e as desigualdades socioeconômicas que permeiam o sistema de saúde (Leal *et al.*, 2017). Adicionalmente, medidas de austeridade, destacadamente a Emenda Constitucional nº 95/2016, afetaram a capacidade de financiamento do SUS, reduzindo investimentos em programas estratégicos e fragilizando a oferta de serviços essenciais à saúde materno-infantil (Rossi; Dweck, 2016).

Desafios contemporâneos incluem o enfrentamento da violência obstétrica, o estabelecimento e expansão de práticas de parto humanizado, a garantia do acesso ao aborto legal e seguro nos casos previstos na legislação e a formulação de políticas específicas para populações vulneráveis - indígenas, quilombolas, ribeirinhas e mulheres privadas de

liberdade (Costa, 2009; Paim, 2013). A avaliação crítica, a partir do Serviço Social, implica problematizar não apenas os resultados numéricos, mas as relações de poder e as práticas institucionais que naturalizam exclusões e reproduzem desigualdades.

Uma abordagem ampliada de saúde para além do olhar biomédico exige que políticas públicas incorporem determinantes sociais - renda, educação, condições de moradia, saneamento básico e violência - como elementos centrais no planejamento e avaliação. A consideração da qualidade de vida e de indicadores subjetivos (satisfação, autonomia e bem-estar) complementa indicadores epidemiológicos tradicionais e possibilita avaliações mais sensíveis às reais necessidades das mulheres.

Nesse sentido, o Serviço Social possui papel estratégico na avaliação da política. A partir de sua formação crítica, o profissional não apenas coleta dados sociais para subsidiar diagnósticos, mas questiona como e para quem os serviços estão sendo ofertados. Avaliar a política sob a ótica do Serviço Social significa problematizar os vazios assistenciais, denunciar práticas institucionais que reforçam racismo, sexismo e elitização do acesso, além de tensionar a ausência de políticas específicas para mulheres em maior vulnerabilidade social.

Assim, a avaliação deve ser entendida como um processo político, e não apenas técnico. Isso implica reconhecer que decisões sobre indicadores, recursos e prioridades refletem escolhas do Estado, muitas vezes alinhadas à lógica de ajuste fiscal, que privilegia o equilíbrio financeiro em detrimento da garantia de direitos. O Serviço Social, nesse cenário, fortalece a perspectiva de equidade, busca ampliar a voz das usuárias nos espaços de controle social e articula políticas intersetoriais que deem respostas concretas às múltiplas expressões da questão social que atravessam a vida das mulheres.

Portanto, avaliar a política de saúde da mulher sob uma perspectiva crítica é também avaliar a democracia e a efetividade do SUS: não basta mensurar cobertura, é preciso analisar se os direitos estão sendo, de fato, garantidos para todas.

5 CONCLUSÃO

A trajetória da política de saúde da mulher no Brasil mostra avanços importantes, especialmente com o PAISM (1983) e a PNAISM (2004), que ampliaram o foco da maternidade para uma visão integral da saúde da mulher, baseada em direitos sexuais e reprodutivos, perspectiva de gênero e determinantes sociais da saúde. No que diz respeito ao planejamento e gestão, a descentralização do SUS trouxe maior autonomia aos municípios, mas também aprofundou desigualdades, já que a capacidade de execução depende das condições locais.

Na implementação, apesar de avanços na saúde sexual, obstétrica e no enfrentamento da violência, ainda predominam práticas hospitalocêntricas e medicalizantes, dificultando a efetivação de um cuidado integral e humanizado. Além disso, cortes de recursos e escolhas políticas restritivas comprometem a equidade. Por fim, no que tange a avaliação desta política, não basta considerar indicadores epidemiológicos, mas torna-se necessário incluir a experiência das mulheres, a qualidade do atendimento e o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. A persistência de altas taxas de mortalidade materna entre mulheres negras e pobres, assim como as barreiras de acesso de grupos vulneráveis, revela o peso do racismo estrutural e das desigualdades sociais que atravessam esses espaços os quais deveriam garantir a integralidade e equidade no acesso.

Em síntese, a política de saúde da mulher combina conquistas relevantes ao longo do tempo, porém existem limitações estruturais que fragilizam sua efetivação. Superar esses desafios exige financiamento adequado e estável para o SUS, a incorporação de uma perspectiva que considere questões como gênero, raça, classe, território e sexualidade, demanda ainda o fortalecimento da participação social nos espaços de execução e, para além,

práticas de cuidado que visem reduzir as desigualdades históricas. Nesse contexto, o Serviço Social tem papel estratégico ao articular teoria crítica e prática profissional, defendendo a saúde como direito universal e a equidade como princípio central das políticas públicas.

Ademais, é fundamental compreender que a efetividade da política de saúde da mulher não se limita ao campo da saúde, mas depende da articulação intersetorial entre as políticas sociais, tais como: assistência social, habitação, educação e trabalho. Somente por meio de uma ação integrada do Estado, associada à mobilização social e ao enfrentamento das desigualdades estruturais, será possível consolidar uma política que não apenas normatize direitos, mas que os materialize no cotidiano das mulheres em toda a sua diversidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM**. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

COSTA, Ana Alice Alcântara. **Saúde da mulher: uma questão de direitos humanos**. Cadernos Pagu, n. 32, p. 345-367, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções para reduzir a mortalidade materna no Brasil: análise da situação atual e perspectivas**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 41, p. e42, 2017.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. **A política de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal e o papel das políticas subnacionais**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 6, p. 1865-1874, 2017.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. **Austeridade e retrocesso: finanças públicas e política fiscal no Brasil**. São Paulo: Editora Autonomia Literária, 2016.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: ANÁLISE CRÍTICA A PARTIR DO PLANEJAMENTO E DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Flávia Maia do Amaral; Especialista em Saúde e Segurança do Trabalhador; Universidade Federal do Pará

Flávia Tamyres Freitas Carneiro; Especialista em Serviço Social e Saúde; Universidade Federal do Pará

RESUMO: O estudo analisa criticamente a política de saúde da mulher no Brasil, destacando avanços, limites e desafios no SUS. Fundamentado na tradição crítica da Saúde Coletiva e do Serviço Social, o método foi qualitativo, com revisão bibliográfica e análise documental. Evidenciou-se que o PAISM (1983) e a PNAISM (2004) ampliaram a atenção para além da maternidade, mas persistem práticas hospitalocêntricas, desigualdades regionais e maior mortalidade materna entre mulheres negras e pobres. O subfinanciamento do SUS, agravado pela EC 95/2016, fragiliza a integralidade do cuidado. Conclui-se que superar tais limites exige financiamento estável, participação social fortalecida e políticas intersetoriais. O Serviço Social tem papel estratégico na defesa da equidade e da garantia de direitos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da mulher; Políticas públicas; Avaliação em saúde; Serviço Social.

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres representam mais de 50% da população brasileira (IBGE, 2021). Deste modo, se faz de extrema importância refletir acerca das políticas voltadas à este público. A Saúde da mulher constitui uma dimensão central das políticas públicas no Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Historicamente, a atenção à saúde da mulher esteve concentrada na perspectiva materno infantil, reduzindo o corpo feminino à função reprodutiva e negligenciando outras demandas de saúde da mulher ao longo do ciclo de vida. A partir de reivindicações e discussões levantadas a partir movimentos sociais e do movimento feminista, na década de 1970, se tornou possível deslocar o foco para uma visão mais integral e de direitos humanos direcionadas à saúde das mulheres (Costa, 2009).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1983, constituiu o marco inicial ao problematizar a medicalização excessiva e introduzir elementos de integralidade. A promulgação da Constituição de 1988 e a criação do SUS reafirmaram o princípio da universalidade, possibilitando a institucionalização de políticas específicas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, que ampliou o escopo de ações para além da atenção reprodutiva das mulheres (Brasil, 2004). Diante deste quadro, o presente artigo objetiva analisar criticamente a política de saúde da mulher no Brasil, enfatizando os processos de planejamento, implementação e avaliação destas políticas, buscando identificar avanços, limites e desafios para a efetividade das ações voltadas à saúde da mulher no âmbito do SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A análise da política de saúde da mulher neste trabalho parte de uma opção teórica crítica, fundamentada tanto na tradição da Saúde Coletiva quanto no Serviço Social. Essa perspectiva entende as políticas sociais como expressões contraditórias da questão social, que ao mesmo tempo garantem direitos e reproduzem limites estruturais impostos pelo Estado capitalista.

Do ponto de vista da historicidade, Costa (2009) evidencia como o movimento feminista deslocou o foco da saúde da mulher de uma abordagem restrita à função reprodutiva para uma perspectiva de direitos humanos. Esse marco permitiu a formulação do PAISM em 1983 e, posteriormente, da PNAISM em 2004 (Brasil, 2004), que ampliaram o escopo da atenção à saúde da mulher para além da maternidade.

No campo do Serviço Social, Iamamoto (2007) oferece a base crítica para compreender que as políticas sociais não são neutras, mas respostas contraditórias às pressões da questão social. Essa leitura é fundamental para analisar a PNAISM, que, embora traga em sua concepção o princípio da equidade, enfrenta contradições no momento da implementação.

Na base teórica recente aprofundamos a compreensão dessas contradições. Viana, Machado e Baptista (2015) reforçam a necessidade de políticas que incorporem determinantes sociais da saúde, apontando os limites da descentralização diante das desigualdades regionais. Machado e Lima (2017) atualizam essa discussão ao mostrar como a agenda federal de saúde e a falta de financiamento adequado fragilizam a operacionalização de programas como a Rede Cegonha. Leal et al. (2017) acrescentam evidências sobre a persistência das desigualdades raciais e socioeconômicas na saúde da mulher, mostrando que a mortalidade materna permanece desproporcionalmente elevada entre mulheres negras e pobres. Esse dado reforça a tese de que o racismo estrutural é elemento central na análise da política de saúde. Rossi e Dweck (2016), por sua vez, demonstram como as medidas de ajuste fiscal pós-2016 limitaram ainda mais a capacidade do SUS de enfrentar essas desigualdades.

Assim, a opção teórica adotada neste estudo não se restringe à descrição normativa da política, mas parte de uma leitura crítica que articula determinantes sociais, desigualdades estruturais e o papel contraditório do Estado. Essa abordagem, que integra a tradição crítica do Serviço Social (Iamamoto, 2007) e da Saúde Coletiva (Paim, 2013), permite analisar não apenas os avanços normativos da PNAISM, mas também os limites concretos de sua implementação em um cenário de desigualdade, racismo estrutural e subfinanciamento do SUS.

2.1 *Historicidade da política de saúde da mulher*

A formulação das políticas de saúde dirigidas às mulheres não pode ser dissociada do contexto sociopolítico brasileiro. As lutas por direitos civis e sociais na transição para a democracia, articuladas aos movimentos de mulheres, ampliaram a agenda pública e contribuíram para a construção de marcos regulatórios que visavam a integralidade da atenção (Paim, 2013). O PAISM e posteriormente a PNAISM expressam mudanças importantes na compreensão da saúde feminina, incorporando determinantes sociais e demandas específicas de grupos historicamente marginalizados, considerando suas demandas específicas, atravessando os limites da ideia materno infantil.

A Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) marcaram um novo patamar ao inscreverem a saúde como direito universal, mas os efeitos da descentralização revelaram desigualdades regionais profundas, evidenciando que o princípio da universalidade não se traduzia de forma homogênea nos territórios (Viana; Machado; Baptista, 2015). A criação da PNAISM em 2004 reforçou a perspectiva da integralidade, ao incluir ações voltadas para saúde sexual, enfrentamento da violência, atenção ao climatério e às doenças crônicas, mas sua implementação foi tensionada por práticas institucionais que mantinham o viés hospitalocêntrico e reprodutivista (Machado; Lima, 2017).

Nos anos 2010, iniciativas como a Rede Cegonha buscaram qualificar a atenção obstétrica e neonatal, porém esbarraram em problemas estruturais como o subfinanciamento, a ausência de profissionais em número suficiente e a fragilidade da rede de atenção. Esse cenário se agravou com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os

gastos sociais e comprometeu a sustentabilidade das políticas públicas, revelando o quanto as conquistas normativas permanecem vulneráveis às escolhas econômicas e fiscais do Estado (Rossi; Dweck, 2016). Com relação aos fundamentos críticos, a PNAISM enfatiza o princípio da equidade ao reconhecer que as mulheres experimentam desigualdades diferenciadas segundo classe, raça, etnia e território. Essa perspectiva está alinhada com o olhar crítico do Serviço Social, que problematiza as desigualdades estruturais e advoga por políticas públicas orientadas pela defesa dos direitos humanos e pela justiça social (Iamamoto, 2007). Autores da Saúde Coletiva apontam também para a necessidade de políticas que articulem atenção, vigilância e ações intersetoriais como estratégia para reduzir iniquidades (Viana; Machado; Baptista, 2015).

Com isso, a historicidade da política de saúde da mulher no Brasil demonstra avanços importantes no campo normativo e discursivo, mas também evidencia contradições, retrocessos e limites estruturais. A permanência de indicadores desiguais, como a maior mortalidade materna entre mulheres negras e pobres, confirma que o racismo estrutural e as desigualdades sociais seguem sendo elementos centrais para compreender os entraves à efetividade dessa política (Leal *et al*., 2017).

3 METODOLOGIA

O estudo se caracteriza enquanto pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida por meio da integração entre revisão bibliográfica e análise teórico-documental. Para a etapa bibliográfica, foram levantadas publicações disponíveis em bases de dados como BVS, MEDLINE e SciELO, utilizando descritores como “Políticas Públicas”, “Políticas para Mulheres” e “PNAISM”, entre outros, a fim de reunir artigos científicos pertinentes ao tema. Também foram incluídos livros e produções acadêmicas relacionadas à saúde da mulher e às políticas públicas no Brasil. Além disso, realizou-se a análise documental de legislações, normativas e diretrizes oficiais do Ministério da Saúde, bem como de marcos normativos que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS) e estão diretamente ligados à trajetória das políticas de saúde voltadas às mulheres. Essa abordagem, de caráter dialético-crítico, buscou correlacionar a trajetória normativa das políticas voltadas às mulheres com os condicionantes institucionais, sociais e econômicos que impactam da formulação até a operacionalização e resultados das mesmas.

Embora o estudo não tenha utilizado dados primários, essa limitação não comprometeu a análise, permitindo identificar tendências, avanços, fragilidades e pontos de tensão que contribuem para a reflexão acerca da efetividade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e suas repercussões no campo das políticas públicas voltadas às diferentes realidades sociais.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Planejamento e gestão da política

O planejamento da política de saúde da mulher ocorre no contexto de um SUS descentralizado, cuja governança demanda articulação entre as esferas federal, estadual e municipal. A descentralização conferiu autonomia local, mas também produziu variações significativas na capacidade de execução e oferta de serviços, gerando desigualdades regionais (Viana; Machado; Baptista, 2015). A Rede Cegonha, lançada em 2011, é um exemplo de iniciativa voltada à reorganização da atenção obstétrica e neonatal, buscando garantir a continuidade do cuidado desde o pré-natal até o nascimento. Embora represente um esforço de planejamento estratégico, sua operacionalização encontrou obstáculos como

insuficiência de recursos financeiros, carência de profissionais capacitados e a persistência de práticas hospitalocêntricas que limitam a implementação de modelos de parto mais humanizados (Machado; Lima, 2017).

A participação social, formalizada por meio dos conselhos e conferências de saúde, constitui um mecanismo de controle social fundamental. No entanto, a efetividade destes espaços depende de representatividade e de capacidades organizacionais, frequentemente insuficientes para influenciar decisões de planejamento e alocação de recursos (Paim,2013). O Serviço Social desempenha papel estratégico na interface entre usuários, serviços e gestores, contribuindo para diagnósticos sociais e para a construção de propostas de intervenção que considerem determinantes sociais da saúde (Iamamoto, 2007).

Contudo, não se pode desconsiderar que o planejamento e a gestão da política de saúde da mulher estão permanentemente atravessados por disputas de interesses e por escolhas políticas que nem sempre priorizam a equidade. A descentralização, ao mesmo tempo em que amplia a autonomia dos municípios, também acentua desigualdades históricas: municípios com maior capacidade técnica e financeira conseguem avançar, enquanto os mais frágeis permanecem com serviços precários, revelando que o princípio da universalidade não se concretiza de forma homogênea.

Outro ponto crítico é que a ênfase em programas específicos, como a Rede Cegonha, por vezes fragmenta a política em projetos pontuais, sem articulação suficiente com outras áreas do cuidado e sem garantir sustentabilidade a longo prazo. Isso resulta em ações descontinuadas, dependentes da vontade política de gestores e das oscilações orçamentárias, especialmente em um cenário de restrição fiscal que impacta diretamente o SUS.

Além disso, a participação social, embora prevista normativamente, enfrenta limites concretos: baixa representatividade de grupos vulnerabilizados, burocratização dos espaços de deliberação e a frequente desconsideração das decisões tomadas em conferências e conselhos. Isso transforma o controle social em um recurso mais formal do que efetivo, enfraquecendo sua função transformadora.

Do ponto de vista do Serviço Social, o desafio é tensionar essas contradições, fortalecendo o vínculo entre usuários e gestão, denunciando desigualdades de acesso e promovendo práticas que enfrentem o racismo estrutural, o sexismo e a invisibilidade de determinados grupos de mulheres. Assim, o planejamento e a gestão não podem ser vistos apenas como processos técnicos, mas como arenas de disputa onde se joga o futuro da política de saúde da mulher e a possibilidade de efetivar, de fato, o direito à saúde como princípio universal do SUS.

4.2 Avaliação da política e desafios contemporâneos

A avaliação das políticas de saúde da mulher exige indicadores quantitativos, como taxas de mortalidade materna e neonatal, cobertura de pré-natal, e indicadores qualitativos relacionados à experiência das usuárias, ao respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e à qualidade do atendimento. No Brasil, persiste uma carga desproporcional de mortalidade e morbidade entre mulheres negras e de baixa renda, evidenciando o racismo estrutural e as desigualdades socioeconômicas que permeiam o sistema de saúde (Leal *et al.*, 2017). Adicionalmente, medidas de austeridade, destacadamente a Emenda Constitucional nº 95/2016, afetaram a capacidade de financiamento do SUS, reduzindo investimentos em programas estratégicos e fragilizando a oferta de serviços essenciais à saúde materno-infantil (Rossi; Dweck, 2016).

Desafios contemporâneos incluem o enfrentamento da violência obstétrica, o estabelecimento e expansão de práticas de parto humanizado, a garantia do acesso ao aborto legal e seguro nos casos previstos na legislação e a formulação de políticas específicas para

populações vulneráveis - indígenas, quilombolas, ribeirinhas e mulheres privadas de liberdade (Costa, 2009; Paim, 2013). A avaliação crítica, a partir do Serviço Social, implica problematizar não apenas os resultados numéricos, mas as relações de poder e as práticas institucionais que naturalizam exclusões e reproduzem desigualdades.

Uma abordagem ampliada de saúde para além do olhar biomédico exige que políticas públicas incorporem determinantes sociais - renda, educação, condições de moradia, saneamento básico e violência - como elementos centrais no planejamento e avaliação. A consideração da qualidade de vida e de indicadores subjetivos (satisfação, autonomia e bem-estar) complementa indicadores epidemiológicos tradicionais e possibilita avaliações mais sensíveis às reais necessidades das mulheres.

Nesse sentido, o Serviço Social possui papel estratégico na avaliação da política. A partir de sua formação crítica, o profissional não apenas coleta dados sociais para subsidiar diagnósticos, mas questiona como e para quem os serviços estão sendo ofertados. Avaliar a política sob a ótica do Serviço Social significa problematizar os vazios assistenciais, denunciar práticas institucionais que reforçam racismo, sexismo e elitização do acesso, além de tensionar a ausência de políticas específicas para mulheres em maior vulnerabilidade social.

Assim, a avaliação deve ser entendida como um processo político, e não apenas técnico. Isso implica reconhecer que decisões sobre indicadores, recursos e prioridades refletem escolhas do Estado, muitas vezes alinhadas à lógica de ajuste fiscal, que privilegia o equilíbrio financeiro em detrimento da garantia de direitos. O Serviço Social, nesse cenário, fortalece a perspectiva de equidade, busca ampliar a voz das usuárias nos espaços de controle social e articula políticas intersetoriais que deem respostas concretas às múltiplas expressões da questão social que atravessam a vida das mulheres.

Portanto, avaliar a política de saúde da mulher sob uma perspectiva crítica é também avaliar a democracia e a efetividade do SUS: não basta mensurar cobertura, é preciso analisar se os direitos estão sendo, de fato, garantidos para todas.

5 CONCLUSÃO

A trajetória da política de saúde da mulher no Brasil mostra avanços importantes, especialmente com o PAISM (1983) e a PNAISM (2004), que ampliaram o foco da maternidade para uma visão integral da saúde da mulher, baseada em direitos sexuais e reprodutivos, perspectiva de gênero e determinantes sociais da saúde. No que diz respeito ao planejamento e gestão, a descentralização do SUS trouxe maior autonomia aos municípios, mas também aprofundou desigualdades, já que a capacidade de execução depende das condições locais.

Na implementação, apesar de avanços na saúde sexual, obstétrica e no enfrentamento da violência, ainda predominam práticas hospitalocêntricas e medicalizantes, dificultando a efetivação de um cuidado integral e humanizado. Além disso, cortes de recursos e escolhas políticas restritivas comprometem a equidade. Por fim, no que tange a avaliação desta política, não basta considerar indicadores epidemiológicos, mas torna-se necessário incluir a experiência das mulheres, a qualidade do atendimento e o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. A persistência de altas taxas de mortalidade materna entre mulheres negras e pobres, assim como as barreiras de acesso de grupos vulneráveis, revela o peso do racismo estrutural e das desigualdades sociais que atravessam esses espaços os quais deveriam garantir a integralidade e equidade no acesso.

Em síntese, a política de saúde da mulher combina conquistas relevantes ao longo do tempo, porém existem limitações estruturais que fragilizam sua efetivação. Superar esses desafios exige financiamento adequado e estável para o SUS, a incorporação de uma perspectiva que considere questões como gênero, raça, classe, território e sexualidade,

demanda ainda o fortalecimento da participação social nos espaços de execução e, para além, práticas de cuidado que visem reduzir as desigualdades históricas. Nesse contexto, o Serviço Social tem papel estratégico ao articular teoria crítica e prática profissional, defendendo a saúde como direito universal e a equidade como princípio central das políticas públicas.

Ademais, é fundamental compreender que a efetividade da política de saúde da mulher não se limita ao campo da saúde, mas depende da articulação intersetorial entre as políticas sociais, tais como: assistência social, habitação, educação e trabalho. Somente por meio de uma ação integrada do Estado, associada à mobilização social e ao enfrentamento das desigualdades estruturais, será possível consolidar uma política que não apenas normatize direitos, mas que os materialize no cotidiano das mulheres em toda a sua diversidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM**. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

COSTA, Ana Alice Alcântara. **Saúde da mulher: uma questão de direitos humanos**. Cadernos Pagu, n. 32, p. 345-367, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções para reduzir a mortalidade materna no Brasil: análise da situação atual e perspectivas**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 41, p. e42, 2017.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. **A política de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal e o papel das políticas subnacionais**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 6, p. 1865-1874, 2017.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. **Austeridade e retrocesso: finanças públicas e política fiscal no Brasil**. São Paulo: Editora Autonomia Literária, 2016.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE NO CICLO 2016-2020

Isaque Junio de Jesus Costa; Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Márcio Augusto Gonçalves; 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: O Grupo Santa Casa de Belo Horizonte elaborou um planejamento estratégico para ser implementado no período de 2016 a 2020, com a finalidade de assegurar que a estratégia seja transformada em ação e também de criar um comprometimento de todas as pessoas, nos diferentes níveis da organização. O objetivo geral da pesquisa foi realizar uma avaliação do planejamento estratégico verificando se a estratégia, tal como foi implementada, está proporcionando o alcance dos objetivos, desafios e metas organizacionais. Esse trabalho foi conduzido utilizando-se o método estudo de caso. As técnicas de coleta de dados utilizadas neste trabalho foram a entrevista semiestruturada e a pesquisa documental. Os resultados indicam o cumprimento dos objetivos estratégicos, tendo em vista que os valores, missão e visão foram explicitados pelos participantes como percebidos e alcançados. Conclui-se que a instituição conseguiu alcançar os resultados propostos no ciclo de planejamento estratégico analisado.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento estratégico, vantagem competitiva, gestão em saúde, hospital.

1 INTRODUÇÃO

O papel do gestor em uma organização, inclusive a de saúde, seja um supervisor na linha de frente ou um dirigente máximo deve ser norteado pelos princípios da conciliação entre pessoas, estrutura, processos, tarefas, ambiente externo e interno, informação e tecnologia (Taraboulsi, 2005).

Cancian, Cavalcante e Pinho (2023) contextualizam a gestão em saúde como uma área complexa e multifacetada, que envolve a coordenação de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, bem como a formulação e implementação de ações estratégicas voltadas para a promoção, prevenção e atenção à saúde da população. E destacam como sendo fundamental identificar e compreender os obstáculos que afetam o processo de gestão, a fim de propor soluções e melhorias que possam contribuir para a eficiência e eficácia dos serviços prestados.

Segundo Porter e Teisberg (2007) no setor da saúde, a combinação de altos custos, qualidade insatisfatória e acesso limitado à assistência tem criado ansiedade e frustração em todos os seus participantes, sendo necessária a criação de estratégicas que agreguem valor. Por isso, ter uma gestão estratégica, também no setor saúde, é considerada uma das principais responsabilidades da alta administração. Segundo Herrero (2021) a essência da gestão estratégica é elaborar, por meio de uma abordagem inovadora e criativa, uma estratégia competitiva que assegure o êxito da organização nos negócios atuais, ao mesmo tempo em que constrói as competências essenciais necessárias para o sucesso das organizações no futuro.

O Grupo Santa Casa de Belo Horizonte realiza planejamento estratégico (PE) formalmente desde o ano de 2006. Com ajuda de consultores externos foram elaborados os ciclos de planejamento estratégico nos anos de 2006 a 2008; 2009 a 2013; 2014 a 2015; mas o planejamento estratégico implementando no período de 2016 a 2020 foi realizado totalmente

com uma equipe própria da instituição, desde a concepção, execução, controle de todo processo, revisões periódicas e desdobramento nas unidades de negócios e setores da organização. Araújo *et al.* (2011) defendem que a adoção de métodos formais de planejamento estratégico tem se destacado como forma de garantir a sustentabilidade das organizações ao longo dos anos.

Segundo Moreira (2002) em um conceito geral, o planejamento estratégico pode ser entendido como uma incursão no futuro para identificar uma situação desejável e posteriormente, um diagnóstico da situação atual permite a constatação do desvio existente entre a situação atual e a desejável. Ainda segundo Moreira (2002) a finalidade do planejamento estratégico, deve assegurar que a estratégia seja transformada em ação, e deve criar também um comprometimento de todas as pessoas, nos diferentes níveis da organização.

Porém, Herrero (2018) expõe que gestores e colaboradores de muitas organizações procuram com entusiasmo implementar boas e novas ideias que possam melhorar o desempenho de suas instituições. Entretanto, em pouco tempo, vem a frustração pelo abandono destas ideias, seja porque elas não cumpriram com o que foi prometido ou porque não trouxeram resultados desejados no tempo esperado. Neste sentido, o problema a ser pesquisado neste trabalho tem o interesse em saber: quais foram os resultados do planejamento estratégico implantado no Grupo Santa Casa de Belo Horizonte nos anos de 2016 a 2020?

Para Oliveira (2007) a avaliação do planejamento estratégico corresponde à fase na qual o executivo verifica se a estratégia, tal como foi implantada, está proporcionando o alcance dos objetivos, desafios e metas das quais a organização buscava alcançar. Seguindo esta corrente estratégica, este trabalho se propõe a avaliar os resultados do planejamento estratégico do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte no ciclo 2016 a 2020.

Quais foram os resultados do planejamento estratégico implantado no Grupo Santa Casa de Belo Horizonte nos anos de 2016 a 2020? O objetivo geral do presente trabalho foi avaliar os resultados alcançados, comparando-os com os resultados esperados na elaboração do planejamento estratégico do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte para o ciclo dos anos de 2016 a 2020.

Este trabalho, além de avaliar o planejamento estratégico de uma das maiores instituições filantrópicas de saúde do Brasil, promove conhecimento relevante para que decisões estratégicas possam ser tomadas com base em melhores práticas já testadas e que fazem a diferença em seu ambiente de atuação.

Dentre as principais contribuições estão a elaboração de um material estruturado que a instituição poderá utilizar para se avaliar; material acadêmico que servirá de consulta e estudo; o fortalecimento da bibliografia sobre gestão de serviços de saúde e gestão estratégica por meio deste estudo de caso capaz de auxiliar outras instituições a aprenderem com a experiência do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esse item se inicia com a conceituação das diferentes formas de conceber a estratégia e distinguindo o planejamento nos níveis estratégico, tático e operacional. Depois com o foco em planejamento estratégico, o referencial trata da elaboração, execução, controle e avaliação do planejamento. Em seguida, apresenta-se o Mapa Estratégico de acordo com a metodologia *Balanced Scorecard (BSC).*

2.1 Diferentes formas de conceber a estratégia

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000), declaram que há várias formas de conceber a estratégia e há também certa dificuldade das próprias organizações quando a conceituação do planejamento estratégico, sua real amplitude e abrangência. Os autores conceituam os

chamados 5 Ps para a estratégia como cinco maneiras diferentes de pensar o conceito de estratégia:

a) Plano *(Plan):* Uma direção, um guia ou curso de ação para o futuro, um caminho a ser seguido de um ponto a outro. As organizações criam planos para seu futuro e desenvolvem estratégias pretendidas.

b) Padrão *(Pattern):* Consistência do comportamento ao longo do tempo. A organização segue um determinado padrão de estratégia que fora realizada anteriormente.

c) Posição *(Posion):* Localização de determinados produtos em determinados mercados. A partir das posições de mercado existentes ou novas posições relacionadas com os produtos existentes é possível compreender as estratégias que podem ser realizadas.

d) Perspectiva *(Perspective):* apresenta uma perspectiva da visão de negócio em termos de interação com o cliente, ou as maneiras como bens e serviços serão oferecidas ao mercado. Em geral compreende a maneira fundamental de uma organização operar.

e) Estratagema ou Truque *(Ploy):* uma manobra específica para enganar um oponente ou concorrente; artifício geralmente usado para ganhar participação de mercado.

O desenvolvimento de uma estratégia competitiva é, em essência, o desenvolvimento de uma fórmula ampla para o modo como uma empresa irá competir, quais deveriam ser as suas metas e quais políticas seriam necessárias para o cumprimento das metas estabelecidas. A estratégia competitiva é uma combinação dos fins (metas) que a empresa busca e dos meios (políticas) pelos quais ela está buscando chegar onde almeja (Porter, 1991).

Para Herrero (2018) o principal desafio da gestão estratégica é converter a teoria e as hipóteses sobre os negócios em valor para todas as partes interessadas (acionistas, empregados, clientes, fornecedores, credores e membros da comunidade). Segundo Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000), ao analisar os benefícios e as precauções quanto à utilização do planejamento estratégico nota-se que para cada vantagem associada à estratégia, há uma desvantagem associada.

O planejamento estratégico vem sendo apontado como um diferencial para o sucesso das organizações, entretanto, tem se mostrado um exercício desafiador, uma vez que não é facilmente convertido em uma ferramenta de apoio à tomada de decisão; é preciso que seja devidamente estruturado e incorporado à cultura organizacional (Júnior; Homero, 2028; Luna et *al*., 2017).

2.2 Elaboração, execução, controle e avaliação do planejamento estratégico

Dias, Sousa e Dias (2018) alertam que não existe consenso entre os autores sobre a ordem das fases e etapas para elaboração, implementação e controle do planejamento estratégico, e apresentam no Quadro 1, metodologias diferentes de trabalhar o Planejamento Estratégico tanto em empresas privadas quanto em entidades públicas.

Quadro 1 – Síntese de fases ou etapas do Planejamento Estratégico

Planejamento estratégico – Síntese de Fases ou Etapas						
Fonte	**Elaboração**				**Implementação**	**Controle**
	1º Fase	**2º Fase**	**3º Fase**	**4º Fase**	**5º Fase**	**6º Fase**
(Matias Pereira, 2011)	Definição de Referencias Estratégicos	Identificação de alternativas estratégicas	Definição de Objetivos	Elaboração de uma estratégia	Implementação da estratégia	Controle e Avaliação

(Braga e Monteiro, 2005)	Diagnóstico (Análise de Ambiente) Externo e Interno	Estabelecimento de Diretrizes Organizacionais Missão, Visão, Objetivos, Valores e Negócio	-	Formulação da Estratégia	Implementação da Estratégia	Controles
(Brasil, PDI 2014/2018)	Definição: Missão, Visão e Valores	Diagnóstico organizacional	Objetivo e Mapa estratégicos	Definição de Plano de Ação ou Metas	Execução do Plano	Aferição da Eficácia da Instituição

Fonte: Adaptado de Dias, Sousa e Dias (2018).

Dentre as várias escolas de planejamento estratégico destaca-se o método descrito por Oliveira (2007). Quando se considera a metodologia para o desenvolvimento do planejamento estratégico nas empresas, há duas possibilidades, primeiramente se define, em termos da empresa como um todo "aonde se quer chegar" e depois se estabelece "como a empresa está para chegar à situação desejada"; ou primeiramente se define, em termos da empresa como um todo "como se está" e depois se estabelece "aonde se quer chegar". Naturalmente, pode-se considerar uma terceira possibilidade, que é definir "a onde se quer chegar" juntamente com "como se está para chegar lá". O autor propõe quatro fases para a elaboração e implementação do planejamento estratégico: Fase I – Diagnóstico Estratégico: Nesta fase, também denominada auditoria de posição, deve-se determinar "como se está"; Fase II – Missão da Empresa: Nesta fase deve ser estabelecida a razão de ser da empresa, bem como seu posicionamento estratégico.; Fase III – Instrumentos Prescritivos e Quantitativos: Nesta fase, as questões são o estabelecimento "de onde se quer chegar" e de" como chegar à situação que se deseja"; e Fase IV – Controle e Avaliação: nesta fase, verifica-se "como a empresa está indo" para a situação desejada.

2.3 O Mapa Estratégico de acordo com a metodologia Balanced Scorecard (BSC)

Levando em consideração a necessidade de criar uma nova estrutura, uma nova linguagem e novo sistema de comunicação e informação para transmitir e alinhar a força de trabalho em torno da estratégia Kaplan e Norton criaram o Mapa Estratégico, desenvolvendo metodologia chamado de *Balanced Scorecard (BSC)*, que em tradução livre pode ser chamado de indicadores balanceados, citado por Lobato (2009), o BSC permite aos gestores visualizar e desdobrar as estratégias em quatro perspectivas: financeira, clientes externos, processos internos e aprendizado e crescimento.

Para Dias, Sousa e Dias (2018) o mapa estratégico, usado na metodologia BSC, é uma ferramenta simples e eficaz, que traduz de forma visual os objetivos estratégicos que foram considerados pela organização, por meio de uma figura que ocupa um único ambiente visual, agrupando os objetivos estratégicos em perspectivas fundamentais.

Herrero (2018) explica que de acordo com a metodologia do BSC, a missão e visão da empresa precisam ser traduzidas em objetivos e medidas que reflitam os interesses e as expectativas as principais partes interessadas da organização e que possam ser agrupadas em quatro perspectivas diferentes, sendo elas: financeira; clientes; processos internos; aprendizagem e crescimento.

Zimmerman (2015), explica que no BSC, o mapa estratégico é a ferramenta que traduz de forma visual os objetivos estratégicos que serão considerados pela alta administração, dado que materializa as perspectivas e a estratégia que a organização adotará para transformar a visão de futuro em realidade, norteada pela missão e pelos valores. Para o autor, a maior

virtude do BSC é proporcionar o alinhamento entre os diversos objetivos estratégicos, traduzindo de forma visual e direta a estratégia adotada. Ele também destaca que o mapa estratégico em três aspectos: i) na definição e comunicação, de modo claro e transparente a todos os níveis, do foco e da estratégia de atuação escolhidos, e da forma como as ações impactam no alcance dos resultados desejados; ii) como subsídio para a alocação de esforços; e iii) para evitar a dispersão de ações e de recursos.

Segundo Lobato (2009), os objetivos e indicadores do BSC estratégico são impulsionadores para os outros níveis da organização, o próximo nível atende as unidades de negócio, no terceiro nível de desdobramento há especificação de departamentos e equipes de desenvolvimentos e equipes de desenvolvimento do BSC baseadas na linha de frente da organização e o último nível demonstra o BSC da equipe e o BSC de cada indivíduo da organização.

3 METODOLOGIA

O método utilizado neste trabalho é o estudo de caso, que segundo Yin (2011) possibilita uma avaliação tecnicamente única, baseando em várias fontes de evidências em que há mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados.

A pesquisa foi realizada no Grupo Santa Casa de Belo Horizonte (GSCBH), entidade filantrópica situada na capital de Minas Gerais. A unidade de análise é o resultado do Planejamento Estratégico executado no ciclo 2016 a 2020 e a unidade de análise é o Grupo Santa Casa de Belo Horizonte.

A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística e por tipicidade (Vergara, 2005), constituída por elementos e indivíduos que o pesquisador considera representativos da população alvo e com conhecimento de toda população. A população alvo compreendeu diretores, superintendentes e gestores que apresentavam informações sobre os fatos e dados institucionais referentes ao período de janeiro de 2016 a dezembro de 2020. Foi considerado como critério de inclusão o fato do (a) entrevistado (a) ter feito parte da instituição como gestor no período de 2016 a 2020. Foram excluídos os gestores (as) que foram admitidos após 2020 e que estivessem de folga, férias ou licença médica no período da coleta de dados, além daqueles gestores (as) que durante as entrevistas não se sentissem em condições de participar.

O GSCBH contava com 54 gestores, entre eles estão o provedor, diretores, superintendentes e gerentes, foram envolvidos no estudo 17 participantes, dos quais 10 são do sexo feminino e 7 do sexo masculino, todos têm pós-graduação, sendo a maioria com MBA e Especialização e que o tempo médio em que os entrevistados trabalhavam na instituição era de 15 anos.

A primeira parte da coleta de dados foi realizada por meio da pesquisa documental (Gil, 2010), tais como relatórios disponibilizados pela instituição, arquivos, planilhas, documentos e sites específicos da instituição, balanços patrimoniais, demonstrações de resultado dos exercícios analisados, livros, revistas, artigos de imprensa escrita e eletrônicos disponíveis em sites especializados.

No segundo momento foram coletados dados por meio de entrevistas semiestruturada com os gestores citados. Os encontros foram realizados no escritório dos gestores ou em sala de reunião agendada, estando presentes apenas o entrevistador e um entrevistado por vez.

Os dados coletados por meio de documentos foram organizados de acordo com cada perspectiva do planejamento estratégico e desdobrados de acordo com cada objetivo estratégico, indicadores e metas. Estes dados foram analisados, comparando-se com outras informações de referência como indicadores de desempenho, índice de liquidez, patrimônio líquido, dentre outros; e depois dispostos em figuras, tabelas e quadros a fim de facilitar a visualização e interpretação das informações geradas.

Os dados produzidos por meio da entrevista foram analisados conforme a técnica de análise de conteúdo do tipo categorial temática (Franco, 2008) organizada seguindo três fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. Os temas estabelecidos foram: a) Nível de conhecimento e envolvimento no planejamento estratégico; b) Percepção da identidade organizacional; c) Cumprimento dos objetivos estratégicos; e d) Observações complementares.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o CAAE 67920023.0.0000.5149, número do parecer: 6.016.088.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 O Grupo Santa Casa BH

O Grupo Santa Casa BH é uma associação civil, sem fins lucrativos, cujo modelo de gestão foi planejado para integrar todas as suas unidades de negócio. Ele é formado pelo: hospital Santa Casa de Belo Horizonte (SCBH); ambulatório Centro de Especialidades Médicas (CEM); unidades com atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS; Hospital São Lucas (saúde suplementar e particular); Faculdade Santa Casa BH; Funerária Santa Casa BH; e Instituto Geriátrico Afonso Pena (IGAP). O maior grupo hospitalar de Minas Gerais é referência em saúde, formação profissional e pesquisa no Brasil (Grupo Santa Casa BH, 2022).

O Hospital Santa Casa BH foi fundado em 1899 e possui 13 andares com 4 grandes alas cada um, abrigando unidades de atendimento com UTI's e alas de enfermaria de alto padrão. Com 19 salas cirúrgicas para procedimentos de média e alta complexidade, destinados exclusivamente a pacientes SUS. O Hospital São Lucas (HSL) foi inaugurado em 1922, sendo referência na saúde suplementar mineira, com 199 leitos, Pronto Atendimento Adulto e Pediátrico (24 horas), Centro Cirúrgico (com 8 salas), Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório de Oncologia e Nefrologia Pediátrico e Adulto. O Centro de Especialidades Médicas SCBH foi fundado em 1977, e oferece atendimento médico especializado para usuários do SUS. Com equipamentos e instalações modernas, atende a 31 especialidades médicas e realiza 18 tipos de exames e pequenas cirurgias ambulatoriais. A Faculdade Santa Casa BH foi criada em 2011, e é uma instituição que oferece ao público diversas opções de aprendizado e crescimento profissional na área da Saúde. São dezenas de cursos de Capacitação, Qualificação, Técnico, Pós-graduação Lato Sensu e Stricto Sensu, Residência e Especialização Médica e Multiprofissional. Fundada em 1900, a Funerária Santa Casa BH está há 120 anos prestando serviços com eficiência, excelência e oferecendo tratamento humanizado em momentos delicados. Fundado em 1912, o Instituto Geriátrico Afonso Pena mantém seu caráter filantrópico ao oferecer moradia e assistência humanizada aos idosos.

Como órgão máximo, a Assembleia Geral, que é composta por 75 membros da sociedade, realiza reuniões anuais para discutir as ações propostas e executadas, avaliar e mudar estratégias, medir os resultados do planejamento, apreciar as contas do ano vigente e projetar o futuro. O órgão também se reúne, a cada três anos, para eleger o novo provedor (presidente) da instituição.

O provedor é membro do Conselho Deliberativo da Irmandade, que é eleito pela Assembleia Geral. O Conselho acompanha e fiscaliza a gestão da instituição, realizada pelo Núcleo de Direção Superior (NDS), constituído pela Diretoria Jurídica, Governança e Planejamento; Diretoria Financeira e Gestão Corporativa; Diretoria de Educação e Relações Institucionais e pela Diretoria de Assistência à Saúde, juntamente com o provedor, que o coordena. Outro órgão colegiado da instituição é o Comitê Estratégico de Aprimoramento Organizacional (CEAO), formado pelos superintendentes, que operacionalizam a estratégia e a gestão da instituição, conforme a figura abaixo.

Segundo dados do Relatório de Sustentabilidade da instituição, no ano de 2022 o Grupo Santa Casa BH realizou 27.407 cirurgias, 41.584 internações, 417.910 consultas e 2.639.583 exames, com 1.283 leitos, sendo 1.153 do Hospital Santa Casa BH e 130 do Hospital São Lucas, o Grupo fechou o mês de dezembro de 2022 com 5.496 colaboradores com vínculo empregatício CLT e 1.490 médicos.

O primeiro processo formal de Planejamento Estratégico realizado no Grupo Santa Casa BH começou a ser trabalho em 2005 e foi executado no ciclo que foi do ano 2006 a 2008, contando com o apoio das consultorias externas que implementaram a Metodologia do Orçamento Matricial (OMA) e a metodologia - Tempo, Evento, Espaço e Pessoas (TEvEP).

O Planejamento Estratégico do Grupo Santa Casa BH para o ciclo 2016 a 2020 foi elaborado integralmente pela Gerência de Planejamento, Projetos e Orçamento (GPPO), equipe interna da instituição, na época chamado de Assessoria de Planejamento, Controladoria e Gestão (APCG). Aprovado em junho de 2016, ele foi elaborado com base na metodologia do *Balanced Scorecard (BSC)*, utilizando-se também os conceitos do PDCA (Planejar, Desenvolver, Controlar e Avaliar) e com ações estabelecidas que visavam contribuir ainda mais para boa execução do Plano Estratégico.

Não houve alterações na missão, visão e valores do Grupo Santa Casa BH do ciclo 2014/2015 para o ciclo 2016/2020 e os objetivos estratégicos definidos estão descritos no Mapa Estratégico estabelecido, conforme a Figura 1, refletindo que o escreveu Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) sobre conceber o planejamento em formato padrão, ou seja, aquele processo que mantém elementos do ciclo de planejamento estratégico anterior, primando pela consistência de propósitos.

Figura 1 - Mapa Estratégico do GSCBH no Ciclo 2016 -2020

Fonte: Relatório Anual e Balanço Social, p.7, 2016.

Após a aprovação do Mapa Estratégico os próximos passos para desdobramento do Planejamento Estratégico 2016-2020 ficaram definidos da seguinte forma: 1º Passo: Elaboração dos Indicadores Estratégicos; 2º Passo - Desenvolvimento do Plano da Gestão

(Planejamento Tático) com as Unidades de Negócio; 3º Passo - Divulgação dos Planos da Gestão das Unidades de Negócio; 4º Passo - Revisão dos Indicadores Institucionais, de Gestão e Operacionais e Construção da Árvore de Indicadores das Unidades de Negócio

O acompanhamento do Planejamento Estratégico ficou definido a seguinte forma: Reunião da Superintendência; Reuniões de Análise Crítica da Alta Direção (ACAD), por meio do aplicativo Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ); Auditoria de Dados; Avaliação do Resultado Global semestralmente.

4.2 Nível de conhecimento e envolvimento no planejamento estratégico e percepção da identidade organizacional

A primeira pergunta do roteiro semiestruturado visou identificar o quanto de conhecimento os entrevistados tinham sobre o assunto Planejamento Estratégico. Dos 17 gestores entrevistados, 12 declararam ter conhecimento e propriedade no assunto e nenhum deles respondeu que não sabia do que se tratava o tema abordado

A segunda pergunta foi como os entrevistados participaram da implementação do Planejamento Estratégico no ciclo 2016 a 2020. A maioria afirmou ter participado ativamente e se envolvido nos assuntos relacionados ao seu trabalho. Somente um entrevistado respondeu que não participou em nenhum momento da implementação do Planejamento Estratégico. considerando, a data de em que o gestor entrou na instituição, seu cargo e que este gestor respondeu todas as perguntas da pesquisa, apresentando sua percepção sobre todos os itens avaliados, é possível identificar que o entrevistado participou sim da implementação do Planejamento Estratégico no período analisado.

A percepção da identidade organizacional é um forte indicativo do sucesso ou fracasso do planejamento estabelecido. Alinhado ao objetivo geral deste trabalho as perguntas 3, 4 e 5 buscaram obter respostas sobre a Identidade Organizacional (Visão, Missão e Valores) do Grupo Santa Casa BH. Ao perguntar para os entrevistados se os valores descritos no mapa estratégico refletiram a realidade da organização, a maioria dos gestores disseram que sim, destacando o valor ‘Amor pelo que fazemos’.

> Eu destaco aqui principalmente o ‘amor pelo fazemos’, isso fica muito claro, principalmente na pesquisa de clima organizacional que foi feita. (G6)

> Em todos os valores eu vejo evidências, mas aí eu destaco aqui principalmente o ‘Amor pelo fazemos’... vemos na prática que quando o funcionário sai da instituição pesaroso, porque aqui é um lugar onde ele se sente muito engajado, sente-se envolvido. (G7)

Segundo o entrevistado (G12), o ciclo de planejamento estratégico 2016 a 2020 foi o período em que a instituição trabalhou muito os valores, e a partir dos valores desenvolvemos os indicadores de performance. Outro valor que teve destaque foi Responsabilidade Socioambiental’ Ao se referir a este valor um dos gestores destacou que “a questão ambiental ganhou muita relevância neste período, alcançando alguns prêmios" (G11)

Apenas uma pessoa respondeu que os valores refletem parcialmente a realidade da organização. Este gestor explicou que faltou desenvolver ações e comportamento voltados para a busca do equilíbrio econômico-financeiro, contida nos valores.

Ao avaliar a missão da instituição 12 dos 17 gestores entrevistados concordaram que a missão contida no Mapa Estratégico 2016-2020 refletiu a realizada pela organização e 29,4% responderam que a missão refletiu parcialmente a realidade da organização.

A missão descrita é “Promover de forma sustentável o atendimento integral e humanizado às pessoas, com qualidade e resolutividade, valorizando nossos profissionais e desenvolvendo educação e pesquisa”. Dos 5 (cinco) gestores que responderam que a missão reflete parcialmente a realidade da organização, 2 (dois) deles relataram que a o item

resolutividade, não foi bem desenvolvido no período analisado. Das outras 3 (três) respostas como parcialmente, 2 (dois) relataram que a forma sustentável de realizar a missão foi posta em segundo plano, ou seja, deixada de lado em alguns momentos. Um dos gestores disse: “A gente abre mão da sustentabilidade financeira para melhorar a vida das pessoas" (G9).

A visão do Grupo é “Ser reconhecido pela excelência na prestação de serviços em saúde, geração e difusão do conhecimento”. Duas pessoas responderam que a visão descrita não reflete a realidade da organização, pois faltou a execução de algumas ações e projetos para que fosse atingida até 2020.

> A visão é algo a ser perseguido, ainda buscamos o reconhecimento pela excelência...aqui na Santa Casa temos um DNA de muita exigência com nós mesmos. (G9)
>
> Foi nesse período que a Santa Casa BH foi reconhecida como a melhor empresa de Saúde pela Revista Época Negócios (G10)

A fim de corroborar com os achados nas entrevistas, na pesquisa documental foi identificado que o Grupo Santa Casa BH foi eleito pelo anuário Época Negócios 360º como a melhor empresa de saúde do Brasil em 2019. A instituição também ficou em 10o lugar na classificação geral, sendo a única instituição 100% SUS a figurar entre os primeiros do ranking, ao lado das 363 melhores empresas do país em 27 setores da economia. Para chegar a esse resultado, a equipe da revista Época Negócios, em parceria técnica com a Fundação Dom Cabral, avaliou as participantes em seis dimensões: Desempenho Financeiro, Governança Corporativa, Inovação, Visão de futuro, Pessoas e Sustentabilidade. Este foi o terceiro ano consecutivo que o GSCBH esteve entre as principais empresas brasileiras, de acordo com o guia. Na lista de 2017, a instituição apareceu na posição 277 entre as 300 empresas apontadas. Já em 2018, teve uma considerável melhora no desempenho e passou a ocupar a posição 182 no ranking. Integram o anuário grandes nomes da área da saúde de todas as partes do país, que atendem, em sua maioria, a rede privada.

Outro título que reforça o cumprimento da visão de ser reconhecimento é o prêmio 100 Melhores ONGs do Brasil. Pelo quarto ano consecutivo, a Santa Casa BH foi premiada pelo Instituto Doar como uma das 100 Melhores ONGs do Brasil. O prêmio é o maior reconhecimento do terceiro setor no país e evidencia a transparência e as boas práticas de gestão do maior hospital filantrópico 100% SUS de Minas Gerais.

Ao fazer uma análise sobre cada perspectiva do Mapa Estratégico 2016/2020 é possível avaliar o cumprimento do planejamento estratégico em cada um dos 10 objetivos estratégicos estabelecidos, conforme a metodologia do BSC.

Segundo a Herrero (2018), na metodologia do *Balanced Scorecard (BSC)*, a missão, visão e valores das organizações, são refletidas nos objetivos estratégicos estabelecidos no mapa estratégico das entidades, sendo assim o cumprimento dos objetivos estratégicos revelam o quanto o planejamento estratégico atingiu o resultado esperado. Neste sentido o atingimento dos objetivos estratégicos, servem como balizadores para avaliação dos objetivos específicos deste trabalho, em especial ao objetivo de analisar o desdobramento do planejamento estratégico nos níveis tático e operacional.

Segundo Bossidy e Charan (2005) ser capaz de concluir o que foi planejado, ter marcos específicos para mensuração, promover um processo de monitoramento intenso e com rápida fluidez de informações facilita não só a evolução da estratégia como também a própria comunicação de resultados que é fator-chave para o alinhamento institucional em torno dos pactos firmados no âmbito de um plano estratégico.

Tabela 1 – Avaliação do Mapa Estratégico 2016-2020

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2016/2020				
Perspectivas	**Objetivos Estratégicos**	**Cumpriu o objetivo**	**Não cumpriu o objetivo**	**Sem avaliação**
Financeiro	Proporcionar melhor resultado sobre os recursos aplicados	76,5%	11,8%	11,8%
	Buscar novas fontes de financiamento	52,9%	5,9%	41,2%
Clientes	Aumentar a satisfação dos clientes	94,1%	0,0%	5,9%
	Aprimorar a comercialização de serviços	52,9%	5,9%	41,2%
	Buscar e fortalecer parcerias estratégicas	47,1%	5,9%	47,1%
Processos Internos	Garantir segurança nos processos	70,6%	11,8%	17,6%
	Ampliar ações de governança	17,6%	52,9%	29,4%
	Melhorar a eficiência da gestão	58,8%	11,8%	29,4%
Aprendizado e Inovação	Promover inovação, ensino e pesquisa	76,5%	11,8%	11,8%
	Desenvolver e reter talentos	70,6%	17,6%	11,8%
Média		**61,8%**	**13,5%**	**24,7%**
Mediana		**64,7%**	**11,8%**	**23,5%**

Fonte: elaborado pelos autores.

As células coloridas de verde destacam os objetivos estratégicos que foram cumpridos, alcançando um resultado superior a 50%, as células em amarelo aponta o objetivo que não foi plenamente alcançado, pois tiveram um resultado abaixo de 50% e as células na cor vermelha demonstra o objetivo estratégico que não alcançou o resultado esperado de acordo com a percepção dos gestores que entrevistados neste trabalho.

Segundo Brito e Flexa (2019) cada objetivo estratégico representa um sinalizador dos pontos de atuação em que o êxito é fundamental para o cumprimento da missão e o alcance da visão de futuro de uma organização. Com essa concepção, os objetivos, referem-se a posições desejadas a serem conquistadas ao longo de muitos anos e que procuram antecipar-se a mudanças do meio-ambiente e da adaptação da empresa a estas mudanças, estes são definidos pelos gestores estratégicos da organização e determinam onde concentrar os esforços e, por conta disso, deve-se escolher um número limitado de objetivos, cujos resultados satisfatórios assegurem um desempenho adequado e concretizem a visão de futuro

4.3 Cumprimento dos objetivos estratégicos

Nesse item vamos abordar o cumprimento dos objetivos estratégicos das perspectivas: aprendizagem e inovação; processos internos; clientes e mercados; e financeira.

4.3.1 Perspectiva Aprendizado e Inovação

Na primeira perspectiva do Mapa Estratégico 2016/2020 se encontram os objetivos estratégicos voltados para o público interno da organização, que são: “Promover inovação, ensino e pesquisa” e “Desenvolver e reter talentos”.

Ao perguntar aos gestores como eles avaliam o cumprimento do objetivo estratégico de “Promover inovação, ensino e pesquisa”, 13 afirmaram que este objetivo foi cumprido, de acordo com plano estratégico estabelecido.

> A Santa Casa, ao trabalhar com recursos limitados faz com seus colaboradores, inevitavelmente, busquem inovar, em processos e ideias. (G2)
>
> Neste período não tínhamos muita noção sobre que o significava promover inovação. (G4)

No que tange ao objetivo estratégico de "Desenvolver e reter talentos", 12 afirmam que este objetivo estratégico foi implementado.

> A Santa Casa ao invés de reter talentos, ela é uma formadora de talentos para o mercado. (G1)
>
> Eu fui uma pessoa que foi retida como talento, era enfermeira da assistência e fui convidada para ser coordenadora. (G3)

Os assuntos mais citados para se comprovar o cumprimento deste objetivo foram: Pesquisa Clínica, Faculdade e Comitê de Inovação.

De acordo com o Relatório Anual de Gestão da Santa Casa BH de 2018, buscando a inovação no ensino e na pesquisa, o Núcleo de Pesquisa Clínica (NPC) da Santa Casa BH foi reestruturado e vinculado à Provedoria da instituição, com o propósito de estimular a geração de conhecimento. O setor assessora pesquisadores profissionais e acadêmicos para o desenvolvimento, condução de pesquisas acadêmicas e ensaios clínicos patrocinados, desenvolvidos no GSCBH. Outro objetivo do NPC é centralizar todos os processos envolvidos nas atividades de pesquisa, prezando sempre pelo bem-estar dos participantes, progresso científico e com foco na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Em 2020 inúmeros estudos clínicos se iniciaram por todo o mundo em busca de uma vacina ou de um tratamento contra a COVID-19. A pesquisa clínica entrou em cena com estudos de alta performance, testes de medicamentos, terapias multiprofissionais e, sobretudo, testes de vacinas para erradicar a doença. Por meio do seu Centro de Pesquisa Clínica, a Santa Casa BH entrou nessa batalha e assumiu o protagonismo de um grande estudo de imunização, tendo incluído mais de 400 participantes.

Lançado em 2017, o projeto da Faculdade Santa Casa BH está consolidado. Três cursos estão autorizados pelo Ministério da Educação: bacharelado em Administração de Empresas e os tecnólogos em Gestão Hospitalar e Recursos Humanos. O trabalho continua para a implantação da graduação em Medicina "carro-chefe" do projeto – proposta que, além de garantir importante incremento na receita da instituição, remete às origens da instituição, onde no passado nasceram os cursos de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. No primeiro semestre de 2020, teve início a primeira turma de graduação em Gestão Hospitalar.

Uma iniciativa importante em 2019 foi a criação do Comitê de Inovação e Desenvolvimento do Grupo Santa Casa BH, com participação de representantes da direção e convidados estratégicos. Nos encontros quinzenais, são discutidas temáticas de inovação para fortalecer o crescimento do GSCBH. O Grupo Santa Casa BH, possui 7 registros de patentes em com titularidade de participação intelectual, 2 pedidos de patentes com exclusividade para a Santa Casa BH, no Anuário Época 2019, a instituição ficou 1º lugar na dimensão Inovação.

Em cumprimento ao objetivo estratégico de desenvolver e reter talentos, o Grupo Santa Casa BH criou o programa Pra Graduar que oferece bolsas de estudos nos cursos de Graduação, Ensino a Distância e Tecnólogo para os colaboradores, visando incentivar o desenvolvimento dos profissionais do Grupo Santa Casa BH. Em 2011, o programa foi vencedor do "Prêmio Sodexo Vida Profissional", na categoria "Educação, Treinamento e Desenvolvimento" devido ao Case Projeto Crescer. A iniciativa foi considerada inovadora pela Comissão julgadora. Entre 2010 e 2019, 426 funcionários concluíram seus cursos graças a esse incentivo.

Outro programa criado com o mesmo sentido, foi o Pós-graduar surgiu a partir da consciência de que o intelecto humano é o maior patrimônio das instituições e da crença do Grupo Santa Casa BH de que seus empregados são capazes de proporcionar mudanças, trazer

inovações e gerar resultados. De 2013 a 2019 cerca de 300 pessoas concluíram sua pós-graduação.

Em 2018, foi lançado mais um programa avançado de liderança, formando gestores em nível de coordenação, gerência e superintendência, com o objetivo de desenvolver ainda mais as habilidades dos coordenadores e gestores. O curso é realizado no IBMEC/MG. Desde 2018, cerca de 60 funcionários se formaram pela iniciativa do *MBA in company*, que faz parte do Programa Pós-graduar, que já está preparando a sua 7a turma para 2020. Os trabalhos de conclusão de curso foram transformados em projetos de melhoria e aplicados no GSCBH

Em busca de melhoria contínua e desenvolvimento dos funcionários, o GSCBH realiza anualmente a avaliação de desempenho. A ferramenta identifica as potencialidades, as oportunidades e o aproveitamento dos empregados para aferir o desempenho na execução de suas atribuições. Para aqueles que tenham obtido nota inferior a 8 em qualquer competência, é necessário realizar um plano de desenvolvimento individual (PDI), que deve ser cadastrado no Sistema de Gestão de Pessoas e concluído, respeitando o prazo estabelecido pela Gerência de Gestão de Pessoas.

4.3.2 Perspectiva Processos Internos

Na segunda perspectiva do Mapa Estratégico 2016/2020, os processos internos, se encontram os objetivos estratégicos voltados para o público interno da organização, que são: “Garantir segurança nos processos”, “Ampliar ações de governança” e “Melhorar a eficiência da gestão”.

Tendo em vista os objetivos deu-se início ao Programa Gestão 2020, criado para orientar as unidades do Grupo no movimento de mobilização para a modernização da gestão. Isto por meio do fortalecimento da governança corporativa e do aprimoramento do relacionamento com o corpo clínico, visando as melhores práticas para a execução do planejamento estratégico 2016-2020. Entre os 17 gestores entrevistados, 12 deles responderam que o objetivo estratégico de “Garantir a segurança nos processos” foi alcançado. Em relação ao objetivo estratégico de “Melhorar a eficiência da gestão” a maior parte dos gestores, afirmaram que o objetivo estratégico foi cumprido. Já o objetivo estratégico de ampliar ações de governança foi que o teve mais avaliações negativas por parte dos gestores, sendo que 9 gestores entrevistados afirmaram que este objetivo estratégico não foi alcançado.

A pesquisa documental apontou que para garantir a excelência dos serviços prestados e conquistar certificações, o Grupo Santa Casa BH investiu em treinamentos e na melhoria contínua dos seus processos, serviços e estruturas. Como resultado desse esforço conjunto, o Hospital São Lucas, o CEM SCBH e a Funerária SCBH foram recomendados pela certificadora internacional *Det Norske Veritas (DNV)* para a certificação ISO 9001:2008. A conquista assegura o compromisso da instituição com a qualidade assistencial, a segurança do público externo e interno e o comprometimento dos profissionais envolvidos. A unidade de Ensino e Pesquisa da Santa Casa BH foi certificada pela ISO 9001: 2015 em 2017.

Em janeiro de 2016, foi instituído o Comitê de Gerenciamento de Risco Assistencial e Núcleo de Segurança do Paciente da instituição, um desdobramento das ações do Núcleo de Segurança do Paciente, que tem como compromisso a qualidade e segurança dos processos assistenciais. Apesar de todas as dificuldades, a pandemia trouxe várias oportunidades de crescimento desse núcleo, que incluiu o aprimoramento dos fluxos de acompanhamento de eventos adversos, a otimização dos treinamentos para disseminação das diretrizes de segurança e a proposição de ações voltadas para a melhoria dos processos assistenciais. O Sistema de Notificação de Incidentes (SINI) foi atualizado para otimizar o fluxo de informação entre as equipes. Alguns setores de apoio como a Engenharia Clínica e a Agência

Transfusional foram inseridos e passaram a contribuir com os pareceres técnicos no sistema. Essas iniciativas otimizaram o sistema Notivisa.

O Programa de Compliance e Integridade do Grupo Santa Casa BH foi estabelecido em dezembro de 2018 com o propósito de assegurar a conformidade e a ética de processos com base no estatuto da instituição e em suas estratégias. No mês de janeiro de 2019, foi implementada a coordenação de Compliance e Integridade. Em julho - após a revisão do "Manual de Conduta" - foram consolidadas as novas Regras Institucionais de Conduta, que uniformizam o comportamento dos profissionais para criar um ambiente de trabalho mais agradável, além de contribuir com a manutenção do bom relacionamento interpessoal e com a motivação de todos para o alcance de melhores resultados. Para monitorar o cumprimento dessas regras, são feitos treinamentos e reuniões com as lideranças e empregados. Além disso, são recebidos relatos por meio do Canal Confidencial de Denúncia. Em 2019, foram realizados 90 encontros com a participação de 1.407 funcionários do GSCBH.

Lançando mão da importante ferramenta que é o Mapa Estratégico na implementação da estratégia organizacional, o Grupo Santa Casa de Belo Horizonte (GSCBH) passou a apresentá-lo nos treinamentos de integração em 2017, oportunizando ao novo funcionário, logo no primeiro contato, ter consciência sobre a importância de se alcançar os objetivos traçados para a gestão. As unidades do Grupo realizaram, em 2017, seminários voltados para o estabelecimento de estratégias e metas que otimizam os processos internos e, consequentemente. Os temas foram os mais variados, desde assuntos administrativos à gestão estratégica, passando por comunicação interna, setores assistenciais e processos da qualidade. Uma oportunidade de aprendizado e crescimento profissional ímpar para os participantes.

O 'Consumo Consciente' é um programa que tem como objetivo conscientizar os seus funcionários sobre a importância de consumir com responsabilidade ambiental, bem como preservar as instalações internas e, ainda, capacitar sobre o uso adequado de materiais e equipamentos pertencentes à instituição. Em 2019, a instituição foi reconhecida pelo esforço e empenho da Gerência de Meio Ambiente e Sustentabilidade na redução dos impactos ambientais e recebeu diversos prêmios, entre eles: o "Desafio Resíduos" e "Desafio à saúde pelo clima", emitidos pela Rede Global de Hospitais Saudáveis; "Amigo do Meio Ambiente", concedido pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; a renovação do "Selo Verde *Green Kitchen*" e o "Prêmio Hugo Werneck de Sustentabilidade & Amor à Natureza", a maior premiação ambiental do Brasil.

4.3.3 Perspectiva Clientes e Mercado

Na terceira perspectiva do Mapa Estratégico 2016/2020 se encontram os objetivos estratégicos voltados para os clientes externos da organização, que são: "Aumentar a satisfação dos clientes". "Aprimorar a comercialização de serviços" e "Buscar e fortalecer parcerias estratégicas"

Aumentar a satisfação dos clientes foi o objetivo estratégico que teve avaliação mais positiva, dentre os demais objetivos. Dos 17 gestores entrevistados, 12 responderam que este objetivo estratégico foi alcançado, conforme tabela 9. O objetivo estratégico de "Aprimorar a comercialização de serviços" também foi bem avaliado pela maioria dos gestores que responderam a pesquisa. Todavia no objetivo de "Buscar e fortalecer parcerias estratégicas" a opção "sem avaliação" foi a mais frequente, comparando com outros dez objetivos estratégicos contidos no Mapa 2016-2020, empatando com o número de pessoas que afirmaram ter cumprido este objetivo, o que pode levar a interpretação de que esta estratégia não foi amplamente compreendida entre a instituição.

Em 2019, foi implantado o Serviço de Relacionamento com o Cliente (SAC) a nível corporativo no Grupo Santa Casa BH. Este é um setor estratégico, que visa não só contribuir

para aumentar a satisfação dos clientes, mas também fornecer dados sobre a perspectiva dos usuários do serviço e, assim, melhorar a eficiência da gestão. Alinhado às tendências de mercado na área da saúde, o Grupo Santa Casa BH passou a adotar o NPS (Net Promoter Score) para mensurar a experiência e a lealdade às suas marcas. A avaliação é feita por meio do sistema *Tracksale*, que encaminha uma pergunta por e-mail e SMS aos clientes que utilizaram os serviços. Em consonância com o mapa estratégico do GSCBH, a instituição trabalha com foco na satisfação dos clientes, oferecendo serviços de qualidade, com excelência e segurança. Em 2019, a Santa Casa BH conquistou 76 no NPS e a Funerária Santa Casa BH 80, atingindo a zona de excelência.

Em 2020, o Serviço de Relacionamento com o Cliente superou inúmeros desafios no relacionamento com os diversos públicos da instituição (paciente, familiares, visitantes, clientes, sociedade, entre outros) e se consolidou como setor estratégico para a eficiência da gestão. Acompanhando as tendências de mercado na área de saúde, o setor continuou usando a metodologia NPS (Net Promoter Score) para mensurar a satisfação e lealdade do cliente às marcas do Grupo Santa Casa BH. A avaliação é feita pelo sistema *Tracksale*, que encaminha uma pergunta por SMS e e-mail aos clientes que usaram os serviços.

Segundo Silva e Aguiar (2023) no artigo intitulado “Planejamento estratégico em uma instituição pública de saúde de 2012 a 2022: implicação das percepções da força de trabalho e decisões gerenciais” a ter uma boa comunicação sobre as ações estratégicas em todos os níveis organizações é um fator fundamental para o sucesso do Planejamento Estratégico. Em 2019, a Comunicação Institucional do Grupo Santa BH desenvolveu inúmeras campanhas internas e externas com o objetivo de divulgar ações e eventos da Santa Casa BH, do Hospital São Lucas, do Centro de Especialidades Médicas, da Funerária, do Instituto Geriátrico Afonso Pena e da Santa Casa BH Ensino e Pesquisa. Destaque para as ações em comemoração aos 120 anos da Santa Casa BH e as campanhas de conscientização do câncer infantojuvenil e de Doação de Órgãos e Tecidos, além das atividades relativas ao aniversário de 97 anos do Hospital São Lucas, da campanha do Serviço e Plano Funerário, da inauguração da Faculdade Santa Casa BH e das ações do Dia dos Pais e de doação de fraldas para o IGAP.

O Grupo Santa Casa BH esteve fortemente em destaque na imprensa em 2019. O trabalho desenvolvido nas unidades de negócio foi amplamente divulgado gerando mais de 1.000 inserções positivas de mídia espontânea em diversos veículos de comunicação como TVs, rádios, jornais, revistas e sites. Nas redes sociais, o Grupo Santa Casa BH está presente no Facebook, Twitter, Instagram e no YouTube. E, em 2019, foram criados perfis específicos para a Santa Casa BH Ensino e Pesquisa no Facebook e Instagram.

A Santa Casa BH foi vencedora regional e nacional do Prêmio Aberje 2020 – uma das maiores premiações em comunicação da América Latina – com o case “Batalha pela Vida”. Concorrendo na categoria Multipúblicos, o projeto mostra o resultado das ações de relacionamento implementadas pelas gerências de Comunicação Institucional e de Marketing e Responsabilidade Social durante a pandemia da COVID-19, que envolveram diversos públicos e tiveram um único objetivo: salvar vidas. A instituição ganhou extrema notoriedade na mídia em 2020 se tornando, de maneira ainda mais forte, uma referência na área de saúde. Durante o ano, foram 1.012 inserções de mídia espontânea na imprensa. Deste total, 522 diretamente relacionadas à atuação no enfrentamento à COVID-19.

De acordo com a pesquisa documental realizada, em 2019 foi criada a gerência comercial com o objetivo de explorar mais o potencial das unidades comerciais do GSCBH. O gestor G, cita que: Começarmos a ver as outras unidades como unidades que podem trazer mais benefícios para a instituição e depois focar na grande área fim, que é a assistência à saúde" G5

> Nós temos unidades comerciais que precisam ter um olhar diferenciado e que precisamos melhorar muito...o modelo de planejamento estratégico que foi feito neste período com workshops separados foi muito benéfico para a instituição (G14).

Em 2016, a Santa Casa BH realizou 233 transplantes e assumiu a liderança entre os 23 hospitais de Minas que ofereceram o serviço pelo SUS. Em relação ao transplante de medula óssea, a instituição também ocupou o 1º lugar (entre os 5 hospitais de MG), realizando 56 procedimentos - 33% do total estadual. Já no transplante de córnea, alcançou o 2º lugar (97 cirurgias). O hospital se destacou também no transplante de rim, estando entre os 3 maiores do Estado (71 procedimentos, deste total 20 infantis). O transplante de fígado - um dos procedimentos médicos mais complexos da cirurgia moderna - passou a ser oferecido em março. Em 9 meses, foram feitas 8 cirurgias.

Em ação inédita, a Santa Casa BH realizou em novembro 3 transplantes simultâneos - 1 fígado e 2 rim. As cirurgias foram feitas graças a um único doador de múltiplos órgãos, falecido no hospital. Diante da complexidade para realização de procedimentos desta natureza, como a espera por um doador, a retirada do órgão e as necessidades técnicas e estruturais para efetivação da cirurgia, geralmente é realizado apenas 1 transplante diário. O sucesso destes procedimentos comprova a capacidade da Santa Casa na realização de atendimentos complexos

A Santa Casa BH foi o maior hospital transplantador de Minas Gerais, ocupando o 1o lugar no ranking de transplantes de órgãos, tecidos e células e se destacando pela excelência nos atendimentos em 2019. Foram ofertados transplantes de córnea, medula óssea, rim, fígado, ossos e, desde janeiro de 2019, coração. Ao longo do ano, foram realizados 12 transplantes de coração (2ª posição no ranking. Neste mesmo período, a instituição fez 25 transplantes de fígado. Com destaque para o primeiro transplante hepático em crianças. Foram feitos também 54 transplantes de medula óssea, 63 de rim e 101 de córnea. Em 2019, a SCBH realizou 12 transplantes de osso de acordo com a Gerência de Alta Complexidade. 2020 foi marcante para a Unidade de Transplantes da instituição. Em maio, foi realizado o primeiro transplante cardíaco pediátrico.

A Santa Casa BH, através de sua participação em grupos técnicos e fóruns, têm contribuído historicamente com o aprimoramento do financiamento e gestão do setor público de saúde, uma das importantes atuações junto à Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) que lançou, em 2018, o Projeto Benchmarking, que possibilita às entidades filantrópicas ligadas à CMB realizarem processos de comparação de seus indicadores, com a média do resultado de todas as unidades. A Santa Casa BH faz parte desse grande projeto para disseminar e trocar conhecimento com os hospitais participantes.

O Grupo Santa Casa BH integra o projeto “Valor em Saúde” da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais (FEDERASSANTAS). Utilizando uma perspectiva inovadora baseada no Score de Valor em Saúde (EVS), a iniciativa compara os preços pagos pela remuneração dos serviços de saúde contratados junto aos hospitais filantrópicos e Santas Casas de Minas Gerais e os auxilia a manter o equilíbrio econômico e financeiro das contratações. Vários hospitais filantrópicos estão participando do projeto, que já apresentou resultados da análise das informações de 2018 e 2019.

Programa de parcerias e convênios com outras instituições de ensino que visa proporcionar aos alunos a possibilidade de um aprendizado prático em um dos maiores grupos hospitalares do Brasil. Em 2016, cerca de 970 alunos realizaram seu estágio curricular obrigatório na Santa Casa BH. Desse total, aproximadamente 70% são estudantes de Medicina.

4.3.4 Perspectiva Financeira

Na quarta e última perspectiva do Mapa Estratégico 2016/2020 se encontram os objetivos estratégicos voltados para o desempenho financeiro da organização, que são: "Proporcionar melhor resultado sobre os recursos aplicados" e "Buscar novas fontes de financiamento".

O objetivo estratégico de "Proporcionar melhor resultado sobre os recursos aplicados" obteve o resultado esperado de acordo com 13 dos 17 gestores que participaram da pesquisa. O mesmo resultado pode ser percebido com o objetivo de "Buscar novas fontes de financiamento" que obteve 9 avaliações positivas.

No dia 5 de agosto de 2014, a Santa Casa BH aderiu oficialmente ao PROSUS, sendo o primeiro hospital do Brasil a conquistar este feito junto ao Governo Federal, possibilitando a moratória e remissão da dívida tributária. A partir deste marco histórico, a instituição teve uma grande revolução em sua estruturação financeira, sendo uma das primeiras grandes conquistas a emissão da certidão positiva com efeito de negativa de débitos federais, que possibilitou o acesso a linhas de crédito mais atraentes e o recebimento de emendas e projetos governamentais que permitiram a redução do seu passivo. O deferimento da moratória gerou uma economia financeira mensal da ordem de R$1,6 milhão, referente à atualização dos débitos tributários, que são reconhecidos anualmente no balanço da instituição gerando uma melhora significativa em seus indicadores econômicos e financeiros.

Diante da representatividade do Grupo Santa Casa BH na prestação de serviços de saúde ao povo mineiro e das dificuldades pelas quais vem passando as instituições filantrópicas de saúde do País em função do subfinanciamento do SUS, o Comitê Executivo Operacional do GSCBH propôs um plano de soerguimento econômico de grande envergadura para assegurar a reestruturação financeira da SCBH. O ano de 2015 foi decisivo para o sucesso desse projeto e marca mais uma conquista histórica. Com o resultado desse esforço conjunto e das ações empreendidas nos últimos anos para alcançar a equalização tributária, a Santa Casa BH foi a primeira instituição do País a assinar contrato de financiamento com a Caixa Econômica Federal para ter acesso ao 'Programa BNDES Saúde' - criado pelo banco de fomento com o objetivo de fortalecer e ampliar a capacidade de atendimento do SUS. Essa operação de crédito - no valor de R$100 milhões - foi destinada especificamente para pagamento de dívidas com bancos e fornecedores. O hospital abriu, assim, a fila de todas as instituições filantrópicas brasileiras, candidatas a este financiamento, por ter adotado todas as providências necessárias em tempo hábil.

Em 2020, o crescimento da receita operacional foi um elemento importante para o crescimento do Patrimônio Líquido, entretanto, cabe destacar outras ações que contribuíram para esta evolução que vem ocorrendo ano após ano (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise do Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultados

ANÁLISE DO BALANÇO PATRIMONIAL E DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADO						
Balanço Patrimonial	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Ativo Circulante	102.500.256	118.036.549	140.971.933	153.240.938	159.664.013	193.119.182
Ativo Não Circulante	492.564.200	519.148.444	525.317.704	533.776.124	548.877.027	556.562.648
Ativo Total	595.064.455	637.184.993	666.343.637	687.017.062	708.541.040	548.877.027
Passivo Circulante	174.333.316	190.806.045	215.605.710	170.877.856	164.279.531	208.729.855
Passivo Não Circulante	534.414.381	557.177.695	505.404.996	495.049.710	487.164.937	442.619.503
Patrimônio Líquido	-113.683.241	-110.798.747	-54.667.069	21.089.496	57.096.572	98.332.473
Passivo Total	595.064.455	637.184.993	666.343.637	687.017.062	708.541.040	749.681.830

Indicadores	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Liquidez Corrente	0,59	0,62	0,65	0,90	0,97	0,93
Liquidez Geral	0,84	0,85	0,92	1,03	1,09	1,15
Grau de Endividamento	119,10%	117,39%	108,20%	96,93%	91,94%	118,67%
Resultado	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Receita Operacional Bruta	376.305.524	390.636.675	416.606.654	452.753.667	499.563.046	564.721.194
% de Evolução da Receita Bruta		4%	7%	9%	10%	13%
Superávit/Déficit	-23.267.968	2.884.494	56.131.678	75.756.565	36.007.076	41.235.901

Fonte: elaborado pelos autores.

> Na busca por equilibrar os resultados foram feitas várias ações para redução de custo. (G7)
>
> Eram raros os projetos que conseguimos concluir sem ultrapassar o orçamento, prazo ou escopo. Hoje estamos muito melhores neste sentido. (G10)
>
> As devolutivas que eram feitas do orçamento para a Alta Direção, na época, traziam o compromisso de ter resultado sobre que era investido, sendo mais intimista tendo os superintendentes mais próximos, essa era a ACAD e é diferente das reunião de resultados que são feitas hoje. (G15)

A Santa Casa de BH em 2016 arrecadou R$ 1.707.309,41, considerando doações provindas do telemarketing e doações recebidas na Provedoria. Ao todo foram 127.755 doações recebidas via telemarketing através da conta de luz, cartão de crédito e boleto bancário. 18.325 doadores contribuíram pelo menos uma vez em 2016, sendo 17.625 através da conta da CEMIG, 614 por boleto bancário e 86 por cartão de crédito

A destinação das emendas parlamentares pelos deputados estaduais e federais à Santa Casa BH contribui para a continuidade e melhoria do atendimento a milhares de usuários do SUS.

Em 2018, a Santa Casa BH concretizou importantes acordos junto às Instituições Bancárias Bradesco S.A. e Banco Cooperativo do Brasil S/A (SICOOB), que permitiram a renegociação de seu endividamento bancário com alongamento de prazos e redução de juros. A instituição reestruturou e renegociou sua dívida com a Copasa, em 2018, para garantir condições mais favoráveis de fornecimento e melhorar o fluxo de caixa. O reflexo deste acordo impactou de forma positiva no balanço financeiro do GSCBH.

As parcerias com a sociedade civil, empresariado e parlamentares, firmadas no ano, foram fundamentais na continuidade da prestação de serviços de excelência aos usuários do SUS. O esforço mútuo dos funcionários da instituição também foi imprescindível, assim como as diversas emendas parlamentares e doações.

5 CONCLUSÃO

O Planejamento Estratégico implantado no Grupo Santa Casa BH para os anos de 2016 a 2020 foi elaborado e conduzido pela equipe de planejamento interna da instituição mantendo elementos do ciclo de planejamento estratégico anterior, primando pela consistência de propósitos. Por meio do presente trabalho foi possível avaliar os resultados deste planejamento estratégico, comparando-os com os resultados esperados na elaboração do planejamento estratégico para o ciclo dos anos de 2016 a 2020.

De acordo com a pesquisa realizada, a fim de mensurar o nível de conhecimento e envolvimento dos gestores da implementação do planejamento estratégico, a maioria dos

entrevistados responderam ter conhecimento e propriedade no assunto e ter participado ativamente, se envolvendo nos assuntos relacionados ao trabalho que executam.

A percepção de que os valores descritos no Mapa Estratégico 2016-2020 refletem a realidade da instituição, assim como a concretização da missão institucional foram resultados identificados como alcançados nas respostas dos gestores à pesquisa aplicada.

Entre os 10 (dez) objetivos estratégicos, disposto em 4 perspectivas do Planejamento Estratégico implantado no ciclo 2016 a 2020, foi possível identificar que 8 (oito) objetivos estratégicos foram plenamente alcançados, 1 (um) foi parcialmente cumprido e 1 (um) não foi cumprido no período analisado, resultando em uma média de 61,8% e uma mediana de 64,7% de cumprimento do Planejamento Estratégico. Pela média 13,5% e pela mediana 11,8% dos objetivos estratégicos não foram alcançados segundo os entrevistados, sobre os itens sem avaliação, pelo média 24,7% e pela mediana 23,5% dos objetivos estratégicos não obtiveram avaliação dos entrevistados desta pesquisa, o que pode levar refletir sobre como foi a comunicação do planejamento estratégico, desde a implantação, passando pelo controle e avaliação e pode servir como um alerta para a instituição para verificar os motivos do não cumprimento destes objetivos.

Os pesquisadores encontraram dificuldades para localizar os dados anteriores à implantação do Sistema MV Estratégico. Houve muitas mudanças de indicadores estratégicos ao longo do período analisado o que impossibilitou a realização de uma análise dos indicadores estratégicos que suportaram os objetivos estabelecidos no Planejamento Estratégico. Para futuros estudos sugere-se que sejam analisados os indicadores estratégicos de acordo com cada perspectiva, entendendo que com a implantação do novo sistema em 2019, haverá dados mais consistentes de indicadores e suas respectivas metas.

A presente pesquisa apresenta uma fonte de pesquisa que contribui diretamente para apoiar outras instituições de saúde e acadêmicos que queiram ampliar o conhecimento teórico sobre planejamento estratégico na saúde e aprender com as práticas que foram aqui apresentadas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Flávia et al. O processo de formulação e implementação de planejamento estratégico em instituições do setor público. **Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 4, n. 3, p. 458-476, 2011.

BRITO, Rodrigo Lino de; FLEXA, Raquel Gonçalves Coimbra. Objetivos estratégicos de Agências Reguladoras em Saúde: um estudo comparativo internacional. **Revista Vigilância Sanitária em Debate**, v. 7, n. 3, p.3-13, 2019.

BOSSIDY, Larry; CHARAN Ram. **Execução**: a disciplina para atingir resultados. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.

CANCIAN, Mario; CAVALCANTE, Wylma Tenório; PINHO, Silvia Teixeira de. Desafios na gestão pública no processo de gestão em saúde: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v.5, n.4, p. 2697–2715, 2003.

DIAS, Pedro Henrique Rodrigues de Camargos; SOUSA, Jonilto Costa; DIAS, Jabson Cavalcante Um estudo de caso do planejamento estratégico do IFB. **Revista ibero-americana de estudos em educação**, v. 13, n. 1, p. 89-106, 2018.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Brasília – DF: Líber Livro, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo, SP: Atlas, 2010.

GRUPO SANTA CASA BH, 2022. Disponível em: <https://santacasabh.org.br/ver/apresentacao-3.html>. Acesso em: 27/08/2024.

GRUPO SANTA CASA BH, 2023. Disponível em: <https://santacasabh.org.br/app/webroot/coronavirus/>. Acesso em: 23/08/2024.

GRUPO SANTA CASA. **Relatório anual e balanço social 2016**. Publicado em 24 Abril de 2017. Disponível em <https://santacasabh.org.br/files/downloads/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o%202016.pdf > Acessado em 10 de agosto de 2024.

HERRERO Filho, Emílio. **Balanced scorecards e a gestão estratégica.** Rio de Janeiro: Alta Books, 2018.

HERRERO, Filho Emílio. **Os OKRs e as métricas exponenciais:** a gestão ágil da estratégia na era digital. Rio de Janeiro: Alta Books, 2021.

LOBATO, David Meneses. **Estratégias Empresariais.** 9 ed. Rio de Janeiros: Editora FGV, 2009.

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safári de estratégia:** um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MOREIRA, Eduardo. **Proposta de uma sistemática para o alinhamento das ações operacionais aos objetivos estratégicos, em uma gestão orientada por indicadores de desempenho**, Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2002.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento Estratégico:** conceitos, metodologia e práticas. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

PORTER, Michael E. **Estratégia Competitiva:** técnicas para análise de indústrias e da concorrência. 5. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

PORTER, Michael; TEISBERG, Elizabeth. **O. Repensando a saúde:** estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

SILVA, Alessandra Pereira da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Planejamento estratégico em uma instituição pública de saúde de 2012 a 2022**:** implicação das percepções da força de trabalho e decisões gerenciais. **Saúde & Sociedade,** v.32, n.1, e200871pt, 2023.

TARABOULSI, Fadi Antoine. **Serviços hospitalares:** teoria e prática: compreender para atender e surpreender. São Paulo: Reichmann & Autores Editores, 2005.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

YIN, Robert K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2011.

ZIMMERMAN Fábio. **Gestão da estratégia com o uso do BSC**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2015.

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Isadora Oliveira Gondim; Mestrado; Universidade Federal de Minas Gerais

Lismar Isis Campos; Mestrado; Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais

Claudilaine Silva Reis; Graduação; Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais

Karla Rona da Silva; Doutorado; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Vanessa De Almeida Guerra; Doutorado;Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Keli Bahia Felicíssimo Zocratto; Doutorado;Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO: A segurança do paciente em ambiente cirúrgico é um desafio, considerando a complexidade dos procedimentos e a integração multiprofissional. A lista de verificação cirúrgica da Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma estratégia consolidada, mas sua efetividade depende da adesão dos técnicos de enfermagem, diretamente envolvidos na execução do checklist. Objetivo: analisar a percepção desses profissionais sobre a aplicação do checklist na segurança do processo cirúrgico. Método: estudo exploratório-descritivo, qualitativo, realizado com 25 técnicos de enfermagem de um bloco cirúrgico, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas, analisadas segundo a técnica de análise temática. Resultados: como facilitadores emergiram o trabalho em equipe, a comunicação eficaz e o conhecimento prévio. Entre os obstáculos destacaram-se falta de capacitação, sobrecarga, desconhecimento da finalidade do checklist, atitudes desrespeitosas e dificuldade de aplicação integral das três etapas. Conclusão: a aplicação do checklist é reconhecida como essencial para a segurança do paciente, mas sua efetividade requer gestão de processos, valorização profissional e fortalecimento da cultura de segurança, com participação ativa dos técnicos de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Sala de Cirurgia; Lista de Checagem; Segurança do Paciente; Enfermagem

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é essencial na prestação de cuidados em saúde. Embora não garanta um cuidado integralmente qualificado, envolve a redução do risco de danos associados à assistência em saúde, até um mínimo aceitável. É um dos pilares da qualidade na saúde, uma vez que, ao se considerar a complexidade dos procedimentos e tratamentos na área, os riscos associados ao atendimento médico são evidentes e existe um real potencial de danos aos pacientes (Santos; Pinto, 2020; Tres et *al.*, 2016).

A cultura da segurança envolve toda a instituição e tem impacto na qualidade do atendimento prestado. Busca debater sobre a capacitação dos profissionais, a criação do sentimento de equipe e a importância da segurança do paciente, colocando a instituição como parte responsável no processo (Silva et *al.*, 2016; WHO, 2009). Neste sentido, qualquer movimento de mudança interna em uma instituição pode tornar necessária a reestruturação, o incentivo à inovação e à escuta ativa das demandas e sugestões do paciente (Bonato, 2011).

A capacitação dos profissionais de saúde está diretamente ligada ao fortalecimento da qualidade da assistência. Profissionais bem treinados e atualizados têm maior probabilidade de aplicar práticas clínicas baseadas em evidências, realizar procedimentos com segurança e

tomar decisões informadas. Investir na capacitação dos funcionários não apenas aprimora suas habilidades, mas também aumenta sua satisfação no trabalho e seu senso de valorização pela organização (Altimiller, 2023).

No cenário da assistência hospitalar, visando à redução de erros, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu o protocolo de cirurgia segura, com checklist estruturado em três momentos: "sign in", "time out" e "sign out", correspondendo ao momento anterior ao início da cirurgia, anterior à incisão e contagem de instrumentos, respectivamente. Durante o "time out", aplica-se o checklist sempre em tom de voz audível por todos (Moura; Diego, 2019; Brasil, 2021, 2015; Purim et *al.*, 2019).

Reconhecendo este como cenário ideal, existe a possibilidade de se adequar à realidade institucional, a partir da escuta de profissionais diretamente envolvidos, como enfermeiros e técnicos de enfermagem. Estes têm papel de destaque, considerando que lidam com diversas equipes e conhecem internamente o centro cirúrgico. Para além desse local, a equipe de enfermagem apresenta experiência e destaque na construção da segurança do paciente, captando aprendizados e sugerindo melhorias (Rocha et *al*., 2021), além de sua atuação em procedimentos assistenciais, com impacto direto na segurança do paciente e qualidade do serviço (Silva; Barbosa; Padilha, 2016; Rocha et *al*., 2022).Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo descrever a percepção dos técnicos de enfermagem do Centro Cirúrgico sobre a aplicação da lista de verificação (checklist) na segurança do processo cirúrgico (Lefevre; Lefevre; Teixeira, 2000).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, tendo como objeto de investigação o *checklist* de cirurgia segura (meta 04) estabelecido pela *Joint Commission International* (JCI) (BRASIL, 2021; BRASIL, 2014).

O cenário do estudo foi o bloco cirúrgico do Hospital das Clínicas da UFMG. Participaram 25 técnicos de enfermagem do setor, que estavam trabalhando no período da coleta de dados e que já haviam realizado e/ou realizam a aplicação do *checklist* na instituição. A coleta ocorreu por meio de entrevista com busca ativa dos participantes.

O roteiro de entrevista incluiu questões abertas sobre dados sociodemográficos, formação acadêmica, experiência profissional, percepção sobre a aplicação do *checklist* ("O que facilita a execução do *checklist* de cirurgia segura?", "O que dificulta a execução do *checklist* de cirurgia segura?", "Você acha que o *checklist* atual é simples, fácil de aplicar e possível de gerar estatísticas?", entre outras). O instrumento foi elaborado com participação dos profissionais envolvidos na gestão do cenário do estudo, e a coleta ocorreu durante uma semana, em julho de 2022. As respostas foram transcritas integralmente para análise.

As variáveis sociodemográficas, de formação acadêmica e ideias centrais foram descritas por medidas de frequência, utilizando o *software Excel*®. As demais questões foram analisadas pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Lefevre; Lefevre; Teixeira, 2000), construídas com base em categorias previamente estabelecidas, agrupando ideias com princípios similares. Foram apresentadas expressões-chave sem exposição de falas completas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CAAE 58502022.8.0000.5149.

3 RESULTADOS

Foram entrevistados 25 circulantes, a maioria do gênero feminino (n=20; 80%), na faixa etária de 40 a 50 anos (n=14; 56%), com atuação de 6 anos na unidade (n=17; 68%) e sem vivência anterior de aplicação do *checklist* (n=21; 84%). Todos possuíam formação técnica em enfermagem, sendo 12 (48%) exclusivamente técnicos, 6 (24%) com graduação em enfermagem, e 7 (28%) com formação em área diversa da saúde.

Entre os fatores que facilitaram a execução do *checklist* destacaram-se: conhecer o instrumento e informações sobre o paciente (n=10; 27,6%), trabalho colaborativo (n=7; 24,1%), experiência no serviço e conhecimento da equipe (n=6; 16,7%), e instrumento simples com perguntas claras (n=4; 13,8%). As dificuldades incluíram falta de seriedade/cooperatividade, falta de conhecimento sobre informações básicas do paciente (n=3; 12%), burocracia e sobrecarga de trabalho (n=3; 12%) e falta de comunicação com a gestão (n=1; 4%).

Sobre o instrumento em si, a maioria (n=16; 64%) considerou-o simples, rápido e capaz de gerar resultados estatísticos. Alguns mencionaram necessidade de repetição (n=6; 24%) e cooperação da equipe (n=4; 16%). Em relação a alterações no *checklist*, alguns profissionais sugeriram inclusão ou retirada de itens, observando problemas de formulação (n=9; 36%) ou ausência de parâmetros de comparação (n=3; 12%).

Todos concordaram que o *checklist* proporciona segurança ao processo cirúrgico. A comunicação efetiva depende da cooperação da equipe (n=18; 72%). A maioria (n=14; 56%) se sentiu contemplada pelas perguntas, enquanto outros sugeriram inclusão da assinatura da equipe médica (n=4; 16%), treinamento adicional (n=1; 4%) e ampliação do questionário para outros profissionais (n=1; 4%). Os DSC construídos e as ideias centrais estão apresentados nos quadros 01, 02 e 03 (Lefevre; Lefevre; Teixeira, 2000).

Quadro 1: Síntese das idéias Centrais por categoria e distribuição de freqüência e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Belo Horizonte, Minas Gerais, 2022.

N°	Facilitadores (F) (Ideias Centrais - Frequência/ DSC)	Dificultadores * (D) (Ideias Centrais - Frequência/ DSC)
1	Trabalho colaborativo **n= 7 (28%)** Parte importante do checklist é a resposta dos profissionais e, para isso, a colaboração da equipe e a boa vontade em responder é necessária, visando uma comunicação clara e concisa	Falta de seriedade/Cooperação Falta de consciência sobre a aplicação do checklist/ Falta de ações de capacitação **n= 18 (72%)** Os profissionais ignoram, respondem com ironia deixando bem claro que não sabem o propósito do checklist, evidenciando a falta de ações institucionais para promover a conscientização, tornando o processo de execução do checklist desgastante
2	Execução simples e perguntas claras. **n= 4 (16%)** As perguntas claras facilitam a execução e a colocação do checklist de forma visível, torna a equipe mais envolvida, facilitando realizar o processo	Falta de conhecimento sobre informações básicas. do paciente **n= 3 (12%)** Alguns profissionais, quando questionados, não sabem informações básicas como o nome completo do paciente e presença de alergias, gerando dúvidas e tornando necessário perguntar a outros profissionais, que às vezes não se encontram na sala
3	Experiência, com mais tempo de trabalho e conhecimento da equipe. **n=6 (24%)** O tempo de trabalho auxilia no ganho de experiência, facilitando a execução do checklist com algumas adaptações para adiantar o processo, "eliminando" algumas perguntas e alterando a ordem de outras	Momentos do check list e ausência de respostas. **n=5 (20%)** O checklist apresenta três momentos, mas o momento antes da excisão é o mais complicado, pois a equipe está muito agitada e com várias demandas, o que justifica ausência de respostas pelos médicos
4	Conhecer o instrumento profundamente e informações sobre o paciente e o procedimento cirúrgico. **n=10 (40%)** Começar a execução do checklist já	Burocracia em excesso.Sobrecarga de trabalho e culpabilização indevida. **n=3 (12 %)** O excesso de papel e informações a serem preenchidos pode causar sobrecarga, uma vez que o circulante é

	conhecendo as perguntas torna mais fluido a aplicação do checklist e com conhecimento prévio sobre o paciente e o procedimento cirúrgico torna o processo mais fácil, permitindo preencher umas questões antecipadamente	responsável por outras ações e a culpa dos erros recai quase totalmente sobre a enfermagem resultando medo de culpabilização indevida
5	Respaldo legal, caso haja problemas a culpa pode ser compartilhada. **n=2 (8 %)** Ainda existem questões legais, tornando necessário a preocupação com burocracias excessivas	
6	Não há benefício **n=2 (8 %)** Não tem nenhum benefício	

Legenda *Houve falas individuais sobre: a falta de comunicação da gestão com a equipe sobre a mudança de escala e horários, o que evitaria erros e situações constrangedoras; não haver dificuldades na aplicação do instrumento.

Quadro 2: Síntese das idéias Centrais por categoria e distribuição de freqüência e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Belo Horizonte, Minas Gerais, 2022.

N°	**Percepção sobre o checklist* (P) (Ideias Centrais - Frequência/ DSC)**	**Completude do instrumento* (C) (Ideias Centrais - Frequência/ DSC)**
1	Simples, fácil e rápido **n=16 (64 %)** É simples, fácil de aplicar e possível de gerar estatísticas	Questões repetitivas **n=7 (28%)** Algumas questões parecem similares ou não precisam ser questionadas, pois já são observadas ou não são importantes para enfermagem
2	Precisa de cooperação da equipe/ questões ambíguas **n=4 (16 %)** A equipe precisa colaborar para a execução bem sucedida do checklist, evitando a ironia e situações desrespeitosas, desencadeadas por questões que podem dar abertura para outros questionamentos	Completude **n=7 (28%)** Não falta informação e não há necessidade de retirar nada no checklist atual
3	Rápido com necessidade de repetir **n=6 (24%)** As questões são de rápida resposta, não geram dúvidas, não interferindo na rotina e no processo do centro cirúrgico, apesar das informações ficarem fragmentadas; pois, apenas alguns profissionais sabem as informações e nem sempre estão na sala	Dificuldade de realização em três momentos **n=2 (8%)** Deveriam ser retirados os três momentos, pois nem sempre dá para ser realizado
4		Foi reformulado e aprimorado **n=3(12%)** Algumas questões foram retiradas, com a redução do tamanho ficou mais simples, sendo a melhor versão e mais completa até agora, respondendo a todas as necessidades.

5		Problemas de elaboração na questão **n=9 (36%)** Algumas questões precisam ser reformuladas como aquela sobre preocupação específica que gera ambigüidade e pouca colaboração; ou sobre via aérea onde se responde algo difícil de prever, além daquela que busca saber se está tudo certo para a cirurgia que não precisa ser perguntada verbalmente, pois é para o circulante.
6		Informações retiradas **n=7 (28%)** O checklist foi remodelado, mas isso retirou questões importantes, que poderiam ajudar no processo, como conferência de materiais/equipamentos e tempo cirúrgico.

Legenda *Houve fala individual de que A questão sobre preocupações específicas é a mais importante, não sendo necessário aprofundar nas demais.
**Houve falas individuais que pontuaram sobre a construção coletiva do instrumento; a ausência de informações anteriores à aplicação do checklist; mudança do mapa cirúrgico sem comunicação eficiente

Quadro 3:Síntese das idéias Centrais por categoria e distribuição de freqüência e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Belo Horizonte, Minas Gerais, 2022.

N°	**Segurança no uso do Checklist (S) (Ideias Centrais - Frequência/ DSC)**	**Comunicação no uso do Checklist (C) ((Ideias Centrais - Frequência/ DSC)**	**Opiniões livres sobre o Checklist* (O) (Ideias Centrais - Frequência/ DSC)**
1	Colaboração da equipe, confirmar informações e segurança. **n= 8 (32%)** Quando existe colaboração da equipe, o checklist é executado corretamente, ajuda a identificar o paciente, a relembrar e confirmar informações importantes como reserva de hemoderivados, além de evitar erros e diminuir a exposição do paciente ao risco, promovendo segurança.	Comunicação efetiva depende da colaboração da equipe, falta colaboração **n=18 (72%)** Dependendo da equipe, algumas colaboram mais; a comunicação é efetiva, principalmente quando a equipe se conhece e conhece o circulante; outras respondem apenas após insistência e existem profissionais que debocham e são desrespeitados, ignorando o checklist.	Assinatura da equipe médica obrigatória **n=4 (16%)** A responsabilidade compartilhada traz mais segurança e a assinatura da equipe torna os médicos também responsáveis em caso de erro, pois a culpa normalmente recai mais sobre a enfermagem.
2	Segurança **n=17 (68%)** O checklist proporciona segurança ao processo cirúrgico	Cada um responde e sabe uma parte **n=6 (24%)** A informação é fragmentada, cada profissional sabe uma informação e, caso ele esteja fora da sala no momento de execução do checklist, é necessário repetir	Contagem de instrumental e processo de saída **n=3 (12%)** Os instrumentais são contados após o término da cirurgia e nem sempre as caixas vem de acordo com a listagem afixada, gerando dúvidas e insegurança; o médico não participa da saída e o circulante faz essa parte sozinho, seria muito bom o auxílio do médico na contagem final de perfurocortantes

3		A enfermagem é a última a ser informada **n=2 (8%)** Em alguns momentos a sala é alterada, ou o médico muda algumas coisas que serão necessárias na cirurgia, mas a enfermagem é a última a ser informada e precisa ir atrás de outras pessoas para saber informações	Anoto o que me falam; comentários desrespeitosos **n= 2 (8%)** Anotam o que me falam, não discuto e não insisto nas respostas; ainda existem piadinhas e respostas debochadas, que tornam chato perguntar
4		Péssima comunicação, durante e para além do checklist **n=2 (8%)** Durante a aplicação do checklist, a comunicação é sempre ruim; nos demais momentos existe diálogo mas também há falhas na comunicação com prejuízo ao serviço como um todo, pois existe a necessidade de buscar coisas durante a cirurgia	

Legenda * Falas individuais abordaram sobre: importância do auxílio do médico na contagem final de perfurocortantes; falta de comunicação na equipe médica e especialmente com enfermeiros, necessidade de treinamento da equipe médica pois desconhecem o instrumento; momento da saída é confuso o que aumenta responsabilidade do circulante; comentários e respostas debochadas na aplicação do instrumento; necessidade de incluir o tempo de duração da cirurgia; identificação do paciente antes do acesso ao checklist; procurar mecanismos para se ter responsabilidade compartilhada do circulante com a equipe. A maioria (56%) não teve mais nada para acrescentar.

4. DISCUSSÃO

A análise sobre a percepção dos profissionais em relação à aplicação do checklist transcendeu aspectos meramente técnicos do instrumento, abrangendo os processos de sua execução, com destaque para a experiência profissional e a gestão de pessoas. A experiência profissional, refletida pelo maior tempo de trabalho e conhecimento da equipe (n=4; 16%), foi identificada como fator que favorece a autonomia do circulante, possibilitando adequações no instrumento durante sua aplicação, contribuindo para sua melhoria (Quadro 1 – F3) (Santos; Bonato, 2011).

O trabalho colaborativo, aspecto relevante da gestão de pessoas, pode ser estimulado por meio de capacitação contínua, aprofundando o engajamento em questões sensíveis do checklist e promovendo impacto positivo na qualidade da assistência (Silva et *al*., 2016; Altimiller, 2023). Elementos como colaboração, clareza das informações e comunicação efetiva foram identificados nas falas analisadas (Quadro 1 – F1).

Boas práticas como identificação do paciente, conferência de prontuário e comunicação interpessoal já estão internalizadas por muitos profissionais (Tres et *al*., 2016). Entretanto, sugere-se que a identificação do paciente ocorra de forma clara e anterior ao deslocamento até o paciente (Quadro 1 – F4). A falta de seriedade e cooperação durante a aplicação do *checklist* evidencia a necessidade de ações institucionais de capacitação com escuta ativa dos envolvidos, visando maior efetividade do instrumento (Quadro 1 – D1) (Rocha et *al*., 2021).

Organização da equipe para execução adequada dos momentos do *checklist* foi apontada como dificultador, corroborando com achados de Tostes e Galvão (2018), que observaram que a pausa e a saída foram etapas mais negligenciadas. Assim, o cumprimento rigoroso das etapas é essencial para evitar falhas e incompletude do instrumento (Quadro 1 – D3).

Sobrecarga de trabalho e burocracia excessiva foram relacionados à culpabilização indevida, sendo destacados como fatores que dificultam a aplicação do *checklist*. Neste contexto, o instrumento funciona como respaldo legal ao distribuir corresponsabilidade entre equipe médica e circulante (Quadro 1 – D4) (Purim et *al.*, 2019). A incompletude do *checklist* deve ser evitada, sendo crucial a apresentação de respostas completas e coerentes, sem automatismos ou dúvidas do profissional (Silva; Barbosa; Padilha, 2016).

A comunicação efetiva é essencial para reduzir riscos ao paciente e otimizar recursos materiais e humanos (WHO, 2009). Déficit de comunicação da gestão, com ausência de feedback positivo ou sobre erros recorrentes, pode perpetuar condutas inadequadas (Tres et *al.*, 2016). Obstáculos à implementação da lista de verificação, como resistência ou limitada praticidade, evidenciam desafios na consolidação da cultura de segurança do paciente (Santos; Pinto, 2020).

A necessidade de ajustes no instrumento, incluindo inserção ou exclusão de questões, demonstra a importância do trabalho em equipe, monitoramento e avaliação contínua para aprimoramento e êxito do checklist (Lefevre; Levevre; Teixeira, 2000). A clareza e validação do instrumento são fundamentais para a implementação bem-sucedida e adesão da equipe (Quadro 2 – C6), evitando ambiguidades e hostilidade durante sua aplicação (Quadro 2 – C5) (Rocha et *al.*, 2022).

Quanto aos três momentos estabelecidos pela OMS, observou-se conhecimento predominante sobre a entrada e saída, enquanto o *time out* foi subvalorizado (Santos; Bonato, 2011). Adequações nas etapas, sem prejuízo do conteúdo, foram sugeridas, inclusive redução do número de etapas (Quadro 2 – C3).

A percepção de que o *checklist* proporciona segurança no processo cirúrgico reforçou a importância da cooperação entre os envolvidos (Quadro 3 – S1). A completude do instrumento e adesão verbal são desafios frequentes, sendo a comunicação eficaz dependente do perfil da equipe (Quadro 3 – C1) (Almeida; Rodrigues, 2020). A falha na comunicação impacta diretamente a equipe de enfermagem e, consequentemente, a segurança do paciente, reforçando a importância do papel da enfermagem na identificação correta e na coordenação entre os sujeitos do procedimento (Quadro 3 – C4) (Rocha et *al.*, 2021).

A inclusão da assinatura da equipe médica no *checklist* pode ser entendida como mecanismo de compartilhamento de responsabilidade, mitigando a percepção de burocracia e promovendo maior adesão ao instrumento (Quadro 3 – O1) (Brasil, 2021). Treinamento da equipe e ampliação do instrumento para outros profissionais evidenciam a relevância da gestão de pessoas e do papel da liderança na construção da cultura de segurança do paciente (Almeida; Rodrigues, 2020; Rocha et *al.*, 2022).

A responsabilidade compartilhada, como na contagem de perfurocortantes (Quadro 3 – O2), minimiza erros potenciais e fortalece a cultura de segurança, priorizando o cuidado centrado no paciente (Levefre; Levefre; Teixeira, 2000; Santos; Pinto, 2020).

5 CONCLUSÃO

A percepção dos técnicos de enfermagem atuantes no bloco cirúrgico evidencia que a execução do *checklist* de cirurgia segura vai além do instrumento em si, envolvendo gestão de processos e pessoas. Trabalho em equipe, comunicação clara e conhecimento prévio do instrumento foram facilitadores identificados. Por outro lado, falta de capacitação,

desconhecimento do *checklist*, atitudes irônicas ou desrespeitosas e a divisão em três momentos dificultam sua aplicação.

A colaboração da equipe foi percebida como fator essencial para a efetividade do *checklist*, mesmo sendo um instrumento simples e de fácil aplicação. Recomenda-se a readequação de questões ambíguas, inclusão de itens como tempo cirúrgico e exclusão de itens repetidos, visando melhorar a completude e coesão do instrumento.

O estudo reforça a importância da escuta dos técnicos de enfermagem como sujeitos ativos e essenciais para a efetivação do processo de segurança, contribuindo para a consolidação de uma cultura de cirurgia segura.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. E. de; RODRIGUES, M. C. S. Execução da lista de verificação de segurança cirúrgica em operações pediátricas: avaliação da conformidade. ***Revista Gaúcha de Enfermagem***, 2019. Disponível em: https://www.seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/89742. Acesso em: 23 set. 2025.

ALMEIDA, R. E. de; RODRIGUES, M. C. S. Preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica em hospitais brasileiros. ***Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste***, 2018. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/3240/324054783032/html/. Acesso em: 23 set. 2025.

ALTMILLER, G. National Study of Quality, Safety, and Just Culture in Prelicensure Nursing Education. ***Nursing Education Perspectives***, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000001164. Acesso em: 23 set. 2025.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. ***Mundo Saúde***, 2011. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-619083. Acesso em: 23 set. 2025.

BORGES DE OLIVEIRA, M. C.; KORB, A.; ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCCHE, D.; CABRAL, D. B.; PERTILLE, F.; FRIGO, J. Adesão do checklist cirúrgico à luz da cultura de segurança do paciente. ***Revista SOBECC***, v. 23, n. 1, p. 36–42, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800010007. Acesso em: 23 set. 2025.

BRASIL. Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Brasília, 15 abr. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente. Acesso em: 23 set. 2025.

BRASIL. Protocolo-cirurgia segura, 2014. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/PROTOCOLO-CIRURGIA-SEGURA.pdf. Acesso em: 23 set. 2025.

CAVALEIRO DA SILVA, C.; DIEZ BECK, A.; MARTINS DA SILVA, E. C.; PEREIRA PIRES RODRIGUES, T. Fatores que influenciam a adesão à lista de verificação de segurança cirúrgica. ***Revista SOBECC***, v. 26, n. 4, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100040004. Acesso em: 23 set. 2025.

ELIAS, A. C. G. P.; SCHMIDT, D. R. C.; YONEKURA, C. S. I.; DIAS, A. O.; URSI, E. S.; SILVA, R. P. J.; et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em Hospital

Universitário Público. ***Revista SOBECC***, v. 20, n. 3, p. 128–133, 2015. Disponível em: https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/81. Acesso em: 23 set. 2025.

FAGUNDES, T. E.; ACOSTA, A. da S.; GOUVEA, P. B.; MASSAROLI, R.; RANGEL, R. de C. T.; ANDRADE, P. D. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico na perspectiva da equipe de enfermagem. ***Journal of Nursing and Health***, v. 11, n. 2, 2021. Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19510. Acesso em: 23 set. 2025.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; TEXEIRA, J. J. V. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. **Caxias do Sul: EDUCS**, 2000.

LIMA CRUZ, L.; MONTEIRO DA SILVA NETO, R.; SOUZA RAMOS, J. L.; ALVES FEITOSA, N. K.; PINHEIRO BEZERRA, I. M.; DE LIMA GARCIA, C. Avaliação da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico: um estudo transversal. ***Nursing (São Paulo)***, v. 24, n. 278, p. 5980–5997, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i278p5980-5997. Acesso em: 23 set. 2025.

MOURA, M. L. de O.; DIEGO, L. A. dos S. Cirurgia segura. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*, 2019, p. 189–209. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788575416419.0012. Acesso em: 23 set. 2025.

MUCELINI, F. C.; MATOS, F. G. de O. A.; SILVA, E. B.; ALVES, D. C. I.; NISHIYAMA, J. A. P.; OLIVEIRA, J. L. C. Clima de segurança do paciente em centro cirúrgico: avaliação pela equipe multidisciplinar. ***Revista SOBECC***, v. 26, n. 2, p. 91–98, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100020005. Acesso em: 23 set. 2025.

OLIVEIRA, T. D. C.; GONÇALVES, P. A.; COSTA LIMA, T. A. Adaptação da lista de verificação de cirurgia segura para o contexto da COVID-19. ***Enfermagem em Foco***, v. 11, n. 2.ESP, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.4012. Acesso em: 23 set. 2025.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M. da; SOUZA, H. S. de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. ***Trabalho, Educação e Saúde***, v. 18, supl. 1, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246. Acesso em: 23 set. 2025.

PURIM, K. S. M.; GONÇALVES, C. G.; BINOTTO, L.; GROTH, A. K.; ARANHA JÚNIOR, A. A.; CHIBATA, M.; et al. Checklist de segurança no ensino de cirurgia ambulatorial. ***Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões***, v. 46, n. 3, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192197. Acesso em: 23 set. 2025.

ROCHA, R. C.; ABREU, I. M. de; CARVALHO, R. E. F. L. de; ROCHA, S. S. da; MADEIRA, M. Z. de A.; AVELINO, F. V. S. D. Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem. ***Revista da Escola de Enfermagem da USP***, v. 55, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020034003774. Acesso em: 23 set. 2025.

ROCHA, R. C.; NUNES, B. M. V. T.; ARAÚJO, A. A. C.; FARIA, L. F. L.; BEZERRA, M. A. R. Patient safety in nursing technician training. ***Revista Brasileira de Enfermagem***, v. 75,

n. 1, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1364. Acesso em: 23 set. 2025.

SANTOS, F.; PINTO, A. A. Segurança do paciente: concepção e implantação da cultura de qualidade. **Assis: Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA**, 2020. Disponível em: https://femanet.com.br/1511370297P823.pdf. Acesso em: 23 set. 2025.

SANTOS, S. M. P. dos; BONATO, M.; SILVA, E. F. M. Checklist de cirurgia segura: conhecimento da equipe cirúrgica. ***Enfermagem em Foco***, v. 11, n. 4, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.2887. Acesso em: 23 set. 2025.

SILVA, K. V.; GOMES, A. M. de A.; MAIA, M. A. de Q. Conhecimentos e práticas de cuidados humanizados por equipe multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva-UTI coronariana. ***Research, Society and Development***, v. 10, n. 8, e42210817390, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17390. Acesso em: 23 set. 2025.

SILVA, N. D. M. da; BARBOSA, A. P.; PADILHA, K. G.; MALIK, A. M. Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration. ***Revista da Escola de Enfermagem da USP***, v. 50, n. 3, p. 490–497, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400016. Acesso em: 23 set. 2025.

SOUZA, A. T. G.; SILVA, T. K. de P. da; DOMINGUES, A. N.; TOGNOLI, S. H.; EDUARDO, A. H. A.; MACEDO, J. I.; et al. Segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção dos profissionais de enfermagem. ***Revista SOBECC***, v. 25, n. 2, p. 75–82, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000020003. Acesso em: 23 set. 2025.

TOSTES, M. F. P.; GALVÃO, C. M. Implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica em hospitais. ***Revista SOBECC***, v. 25, n. 4, p. 204–211, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000040003. Acesso em: 23 set. 2025.

TRES, D. P.; OLIVEIRA, J. L. C.; VITURI, D. W.; ALVES, S. R.; RIGO, D. F. H.; NICOLA, A. L. Qualidade da assistência e segurança do paciente: avaliação por indicadores. ***Cogit Enferm (Online)***, 2016. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-1490. Acesso em: 23 set. 2025.

VAISMORADI, M.; TELLA, S.; LOGAN, P. A.; KHAKUREL, J.; VIZCAYA-MORENO, F. Nurses' adherence to patient safety principles: a systematic review. ***International Journal of Environmental Research and Public Health***, v. 17, n. 6, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph17062028. Acesso em: 23 set. 2025.

WILLASSEN, E. T.; JACOBSEN, I. L. S.; TVEITEN, S. Safe Surgery Checklist, Patient Safety, Teamwork, and Responsibility—Coequal Demands? A Focus Group Study. ***Global Qualitative Nursing Research***, v. 5, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1177/2333393618764070. Acesso em: 23 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Guidelines for Safe Surgery 2009.* ***Safe Surgery Saves Lives***. Geneva: WHO, 2009. ISBN 978-92-4-159855-2.

ENTRE AVANÇOS E CONTRASTES: ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E CAUSAS EVITÁVEIS DE MORTE NAS GRANDES REGIÕES BRASILEIRAS (2010-2023)

Mariana Peres Carneiro; Mestranda em Demografia; Universidade Federal de Minas Gerais

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

RESUMO: O estudo analisa a relação entre o envelhecimento e a mortalidade por causas evitáveis no Brasil, com estratificação por grandes regiões. Busca-se identificar se há associação negativa entre envelhecimento e mortalidade evitável ou paradoxos regionais. Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade e estimativas populacionais do IBGE, revisadas em 2024. Foram considerados óbitos por causas evitáveis entre indivíduos de 5 a 74 anos, conforme a lista brasileira de causas evitáveis por intervenções do SUS. As taxas de mortalidade foram padronizadas por idade, sendo avaliadas em relação ao índice de envelhecimento, idade mediana e a razão de dependência total. A análise foi dividida em duas etapas: contextualização das regiões segundo indicadores demográficos e análise de correlação de Pearson entre envelhecimento e mortalidade evitável, além da variação temporal das taxas. Observou-se que regiões mais envelhecidas, como Sudeste e Sul, apresentaram maiores reduções das taxas, enquanto Norte e Nordeste mostraram menores avanços. Houve associação negativa entre os indicadores de envelhecimento e as taxas em todas as regiões, indicando que, à medida que a população envelhece, a mortalidade por causas evitáveis tende a diminuir, contudo, a persistência desses óbitos indica que as falhas estruturais do sistema de saúde atuam como moderador para a redução da mortalidade e para os ganhos de esperança de vida.

PALAVRAS-CHAVES: Causas evitáveis, Envelhecimento, Mortalidade, Desigualdades.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio institucional e pelo financiamento das bolsas de mestrado e de doutorado que viabilizaram a realização deste estudo.

1 INTRODUÇÃO

Proposto primeiramente por Rutstein *et al*. (1976), o conceito de óbitos por causas evitáveis se refere às mortes que poderiam ter sido prevenidas ou reduzidas, total ou parcialmente, caso os serviços de saúde fossem efetivos e acessíveis em determinada área. A mortalidade por causas evitáveis funciona como indicador da qualidade e eficácia do sistema de saúde, evidenciando suas falhas estruturais e as desigualdades geográficas, socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde.

Os óbitos por essas causas também refletem diretamente o estágio de desenvolvimento de cada área que é resultado das mudanças epidemiológicas e de estrutura etária que ocorreram, e que ainda ocorrem, desde o século XVIII nos países desenvolvidos e desde o século XX nos países em desenvolvimento, conhecidas como Transição Demográfica e Transição Epidemiológica.

A Transição Demográfica (TD) corresponde a um processo histórico de transformação no perfil populacional, no qual se observa a substituição de um regime demográfico com elevados níveis de fecundidade e mortalidade por outro, caracterizado por taxas mais baixas desses mesmos indicadores (Notestein, 1945; Casterline, 2003; Kirk, 1996; Dyson, 2010). Contudo, essa transição não ocorreu de forma linear em todas as áreas, gerando diferenciais regionais, de sexo, etários e raciais.

Assim, a redução da fecundidade impacta primeiramente a base da pirâmide etária, uma vez que o número de nascimentos diminui consideravelmente. No entanto, a consequência mais significativa desse declínio, em longo prazo, é o envelhecimento da população (Dyson, 2010). Assim, a velocidade com que se dá a TD influencia diretamente o

ritmo do envelhecimento populacional: transições mais graduais tendem a resultar em um processo de envelhecimento mais lento, ao passo que transições mais aceleradas levam a um envelhecimento populacional mais rápido

No caso brasileiro, o processo de Transição Epidemiológica e de Saúde, onde o padrão de morbimortalidade é transfigurado, teve início na década de 1930. Diferentemente do que foi observado nos países europeus, esse processo não seguiu uma trajetória linear e uniforme, apresentando especificidades locais. Destacam-se, entre elas, a sobreposição de diferentes perfis de morbimortalidade entre distintos grupos sociais e regiões do país (Omran, 1971; Prata, 1992; Schramm *et al*., 2004). Essa característica, conhecida como polarização epidemiológica, reflete a persistência de doenças infecciosas e parasitárias em regiões como o Norte e o Nordeste, enquanto nas regiões Sudeste e Sul observa-se uma crescente predominância de doenças crônico-degenerativas, um fenômeno fortemente associado ao acelerado envelhecimento populacional nessas áreas.

Nesse sentido, espera-se que, com o envelhecimento populacional, a mortalidade por causas evitáveis siga uma tendência de declínio proporcional, já que essas causas geram óbitos prematuros, ou seja, afetam majoritariamente a população adulta. Todavia, sabe-se que o Brasil é marcado por desigualdades estruturais, socioeconômicas, geográficas e de acesso e cuidado à saúde inter e intrarregionais, assim, a persistência de óbitos por causas evitáveis, além de aumentar a carga de mortalidade prematura, também afeta o número de indivíduos que envelhecem, afetando tanto a dinâmica dos ganhos de esperança de vida, quanto o envelhecimento populacional como um todo. Dito isso, o objetivo deste estudo é investigar a relação entre o envelhecimento populacional e a mortalidade por causas evitáveis no Brasil, estratificado por grandes regiões, buscando identificar se o padrão esperado se confirma ou se há possíveis paradoxos regionais.

Este estudo oferece contribuições para a gestão de serviços de saúde, pois fornece evidências que podem subsidiar políticas, planejamento e avaliação em saúde a partir da relação entre o envelhecimento populacional e a mortalidade por causas evitáveis. A abordagem adotada visa permitir aos gestores compreenderem como as mudanças demográficas e epidemiológicas influenciam a demanda por ações de prevenção e cuidado, além de subsidiar estratégias voltadas à redução de óbitos evitáveis.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito de óbitos por causas evitáveis foi introduzido por Rutstein et al. (1976), ao propor a identificação de mortes que poderiam ser prevenidas ou reduzidas mediante intervenções adequadas do sistema de saúde. Essas causas, portanto, refletem falhas na prevenção, no diagnóstico oportuno ou no tratamento efetivo, e tornaram-se um importante indicador da eficácia e da qualidade dos serviços de saúde. Além de expressarem a capacidade do sistema em responder às necessidades da população, os óbitos por causas evitáveis permitem identificar áreas prioritárias para intervenção e avaliar o impacto de políticas e ações voltadas à melhoria da atenção e à redução de desigualdades em saúde.

As causas evitáveis estão intimamente relacionadas aos processos de Transição Demográfica (TD) e de Transição Epidemiológica e de Saúde, que remodelaram o perfil populacional e o padrão de morbimortalidade das sociedades. A TD refere-se a um processo histórico de longo prazo caracterizado pela passagem de um regime demográfico tradicional, com elevadas taxas de mortalidade e fecundidade, para um regime moderno, no qual ambas se encontram em níveis reduzidos. Esse processo resulta em mudanças na estrutura etária, com o aumento da proporção de idosos e a consequente intensificação do envelhecimento populacional. Paralelamente, a Transição Epidemiológica corresponde à substituição progressiva das doenças transmissíveis e causas externas como principais determinantes de

mortalidade por doenças crônicas e condições não transmissíveis, refletindo transformações nos modos de vida, nas condições sociais e na organização dos sistemas de saúde (Notestein, 1945; Casterline, 2003; Kirk, 1996; Dyson, 2010).

Omran (1971) propôs que os estágios da Transição Epidemiológica variam quanto ao padrão, à velocidade e aos determinantes das mudanças populacionais, sendo descritos em três modelos principais. O modelo clássico ou ocidental, observado sobretudo na Europa Ocidental, caracteriza-se por um declínio gradual e progressivo das taxas de mortalidade e fecundidade ao longo de um extenso período histórico. O modelo acelerado, identificado no Japão, apresenta oscilações iniciais da mortalidade durante a "era da pestilência e da fome", seguidas de uma rápida e expressiva redução até níveis baixos em um curto intervalo de tempo. Por fim, o modelo contemporâneo ou atrasado, predominante em países em desenvolvimento, distingue-se pelo declínio mais recente da mortalidade, impulsionado por avanços médicos e pela expansão das ações de saúde pública. Contudo, mesmo com melhorias na sobrevivência infantil e feminina, persistem elevados níveis de mortalidade materna e infantil, refletindo desigualdades estruturais e limitações no acesso equitativo aos serviços de saúde.

A noção de Transição de Saúde amplia e aprofunda a teoria da Transição Epidemiológica proposta por Omran, ao incorporar não apenas as mudanças no perfil das causas de morte, mas também as transformações mais amplas no estado de saúde das populações. Essa perspectiva reconhece que os estágios do processo não são rígidos, ocorrendo de forma contínua e variável conforme o nível de desenvolvimento social e econômico de cada país. Diferentemente da abordagem clássica, a Transição de Saúde considera que as trajetórias nacionais são heterogêneas, pois os países avançam em ritmos distintos e sob condições contextuais específicas. Além disso, entende-se que o processo não se restringe a fatores biomédicos, mas resulta de um conjunto de ações intersetoriais relacionadas às políticas públicas, à educação, ao saneamento, à nutrição e às condições de vida. Assim, compreender a Transição de Saúde como um fenômeno dinâmico e desigual, tanto entre países quanto entre grupos populacionais, permite observar que ela se desenvolve por meio de movimentos de divergência e convergência nas condições de mortalidade e saúde (Caselli; Meslé; Vallin, 2002; Vallin; Meslé, 2004).

No Brasil, o processo de Transição Epidemiológica e de Saúde teve início na década de 1930 e caracteriza-se por sua natureza não rígida nem linear, marcada pela coexistência de diferentes perfis de morbimortalidade entre distintos grupos sociais (Prata, 1992; Schramm et al., 2004; Martins et al., 2021). Esse fenômeno, denominado polarização epidemiológica, evidencia que, simultaneamente, algumas regiões apresentam elevada prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, enquanto outras registram crescente incidência de doenças crônico-degenerativas, refletindo o rápido envelhecimento populacional.

A polarização ressalta ainda as desigualdades sociais, econômicas, educacionais, habitacionais, nutricionais e de acesso aos serviços de saúde, que se manifestam em diferenças de morbimortalidade por região, sexo e faixa etária, assim como em disparidades de indicadores de saúde mesmo dentro de uma mesma região. Dessa forma, o contexto brasileiro ilustra claramente a dinâmica de divergência e convergência observada na Transição de Saúde, demonstrando que os processos de mudança epidemiológica e demográfica são moldados por determinantes sociais e estruturais (Borges, 2017; Araújo, 2012).

3 METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo proposto neste estudo, foi empregada a metodologia descritiva e transversal, utilizando os dados sobre óbitos do Sistema de Informações sobre

Mortalidade (SIM) do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde e a população por faixa etária das estimativas populacionais, revisão de 2024, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para os anos 2010 a 2023. Como se trata de uma pesquisa que utilizou dados secundários, não foi necessária a submissão à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme a Resolução n° 510, de 7 de abril de 2016 (Brasil, 2016).

3.1 Dados

Para os óbitos, foram utilizados os dados agregados do SIM extraídos por meio do TABNET, enquanto as estimativas populacionais foram extraídas diretamente do *site* do IBGE (IBGE, 2024a). O uso das estimativas populacionais do IBGE (2024b) ocorre pela incorporação dos dados dos Censos Demográficos de 2000, 2010 e 2022. Esse processo, conhecido como "conciliação demográfica", ajusta retroativamente inconsistências na distribuição etária e nas séries temporais, corrigindo problemas como subenumeração, erros de idade e falhas de cobertura. A definição do período de 2010 a 2023 se justifica pela progressiva melhoria na qualidade e na abrangência dos registros de óbitos no país ao longo das últimas décadas (Queiroz *et al*., 2017; Lima *et al*., 2024).

A opção por utilizar as grandes regiões brasileiras como unidade de análise é justificada pelos contrastes regionais já evidenciados, que refletem desigualdades socioeconômicas e no acesso à saúde, influenciando o ritmo das transições demográfica e epidemiológica. Embora essa agregação possa ocultar heterogeneidades intra-regionais, como as particularidades de cada Unidade da Federação, apresenta a vantagem de oferecer maior robustez estatística, sobretudo para eventos raros como algumas causas evitáveis de morte. A análise regional, portanto, contribui para estimativas mais estáveis e confiáveis, ao reduzir a variabilidade decorrente de pequenas populações.

Neste estudo, foram utilizados os cinco subgrupos da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS do Brasil para as faixas etárias entre 5 e 74 anos (Malta *et al*., 2007; 2011) de forma agrupada. A lista completa e atualizada com os subgrupos, as causas de óbito e seus respectivos códigos da 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) podem ser vistos em Malta *et al*. (2011).

3.2 Métodos

Foram calculadas taxas de mortalidade por causas evitáveis padronizadas por idade (ASCdR) utilizando o método de padronização direta e a estrutura etária do Brasil em 2010 como população padrão. As taxas calculadas foram utilizadas como variável dependente, enquanto as variáveis independentes foram: índice de envelhecimento a partir dos 60, 65 e 80 anos (IE60, IE65, IE80), idade média e mediana da população e razões de dependência total (RDT60, RDT65), idosa (RDI60, RDI65) e jovem (RDJ60, RDJ65) acima dos 60 e 65 anos.

A análise é dividida em duas etapas, sendo a primeira, a contextualização das cinco regiões a partir dos indicadores escolhidos para fazer este estudo, objetivando identificar o estágio de envelhecimento que cada região se encontra. Já a segunda etapa consistiu em fazer a análise de correlação de Pearson entre a variável dependente e as variáveis independentes com o intuito de identificar a associação entre o envelhecimento populacional e a mortalidade evitável.

Complementarmente, a variação da taxa de mortalidade por causas evitáveis entre os anos de 2010 e 2023 também foi analisada, a fim de entender como que essas taxas se comportaram no intervalo temporal estudado. A análise e o processamento dos dados foram feitos no *software R*, versão 4.5.1, e no *Microsoft Excel*, versão 2504.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

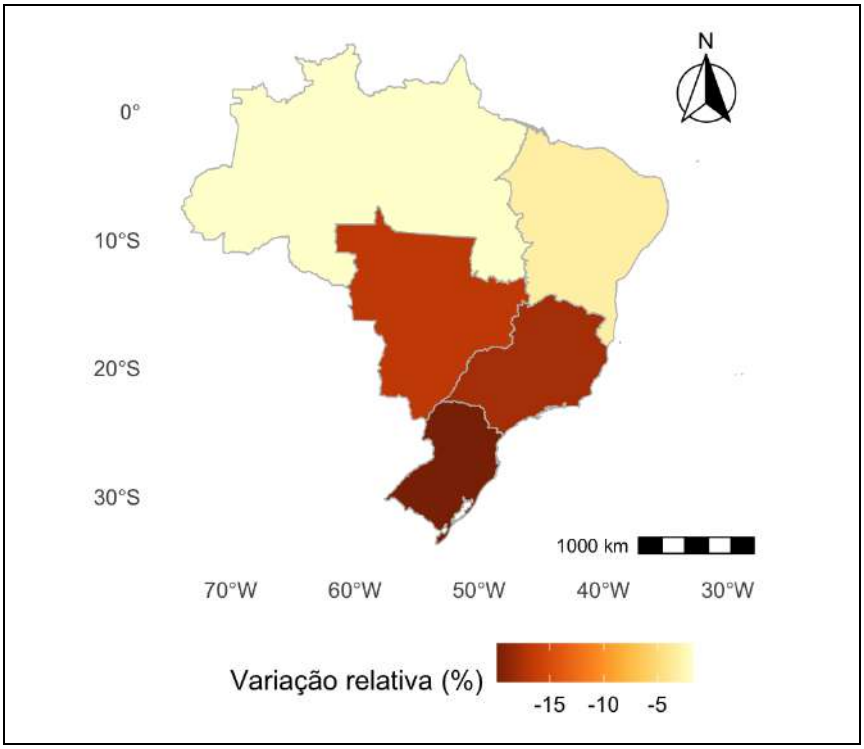
Foi observado que as taxas de mortalidade por causas evitáveis padronizadas por idade entre os anos de 2010 e 2023 sofreram uma redução em todas as grandes regiões brasileiras (Tabela 1), mas essa redução não ocorreu de forma linear, evidenciando que as desigualdades se perpetuam. Como pode ser visto na Figura 1, as maiores reduções ocorreram no Sul (19,9%), Sudeste (17,9%) e Centro-Oeste (16,8%), enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentaram reduções abaixo de 5%. Dessa forma, essa variação relativa das taxas sugere que o sistema de saúde se mostra mais efetivo e acessível nas regiões mais desenvolvidas e menos vulneráveis, resultando em uma maior prevenção de óbitos por causas evitáveis.

Tabela 1 – Taxas de mortalidade por causas evitáveis padronizada por idade (p./1.000 hab.) entre os anos de 2010 e 2023 por grandes regiões.

Região	Ano	
	2010	2023
Norte	2,63	2,59
Nordeste	2,72	2,64
Sudeste	2,79	2,29
Sul	2,93	2,35
Centro-Oeste	2,98	2,48

Fonte: Elaboração a partir dos dados do SIM e das estimativas populacionais, revisão de 2024 – IBGE.

Figura 1 – Variação relativa das taxas de mortalidade por causas evitáveis padronizada por idade (p./1.000 hab.) entre os anos de 2010 e 2023 por grandes regiões.



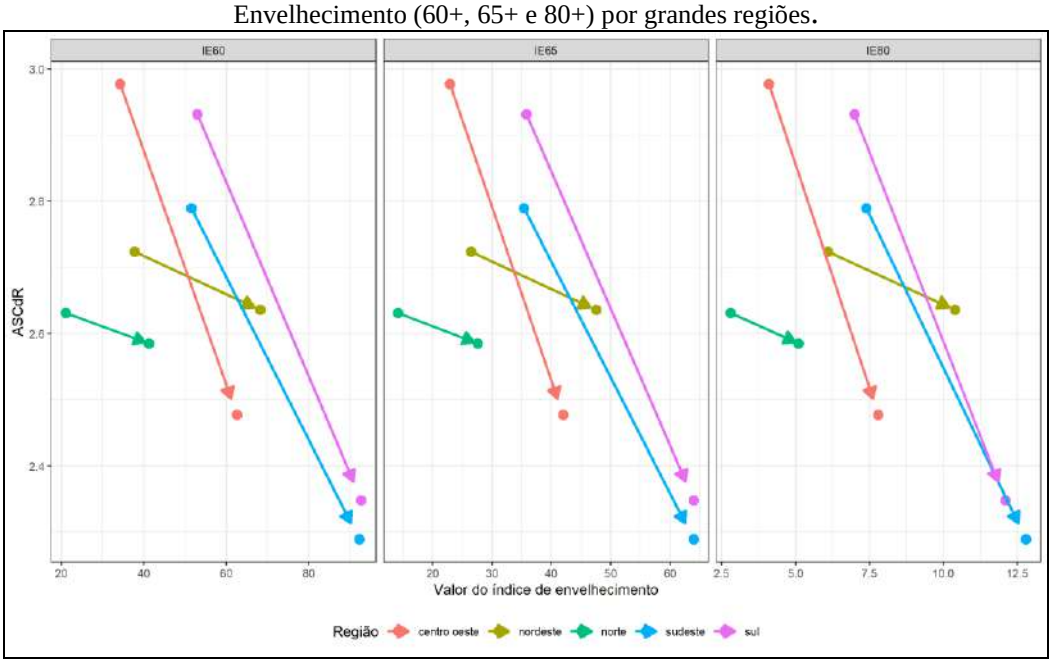
Fonte: Elaboração a partir dos dados do SIM e das estimativas populacionais, revisão de 2024 – IBGE.

A partir dos indicadores demográficos selecionados para este estudo, observa-se um avanço consistente do envelhecimento populacional em todo o território brasileiro. Contudo, esse avanço também ocorre de forma heterogênea, sendo mais expressivo nas regiões Sudeste e Sul, onde foram observados os maiores valores dos índices de envelhecimento, da idade

média e da idade mediana da população em 2023. As Figuras 1 e 2 ilustram a relação entre a taxa de mortalidade por causas evitáveis padronizada por idade (ASCdr) e os Índices de Envelhecimento (IE60, IE65 e IE80) e Razões de Dependência Idosa, Jovem e Total (60+ e 65+) nas grandes regiões brasileiras, comparando os anos de 2010 e 2023.

Foi observado que, entre os anos de 2010 e 2023, há uma relação inversa entre a taxa de mortalidade por causas evitáveis padronizada por idade e os Índices de Envelhecimento (IE60, IE65 e IE80) nas grandes regiões brasileiras (Figura 1). De modo geral, as regiões que apresentaram os maiores níveis de envelhecimento populacional em 2023, como o Sul e o Sudeste, com IE60 superiores a 90, também foram as que registraram as menores taxas de mortalidade evitável (ASCdr inferiores a 2,4). Por outro lado, nas regiões Norte e Nordeste, onde os índices de envelhecimento ainda são mais baixos, as taxas de mortalidade evitável permaneceram mais elevadas, mesmo após uma década.

Figura 2 – Taxa de mortalidade por causas evitáveis padronizada por idade e o Índice de Envelhecimento (60+, 65+ e 80+) por grandes regiões.

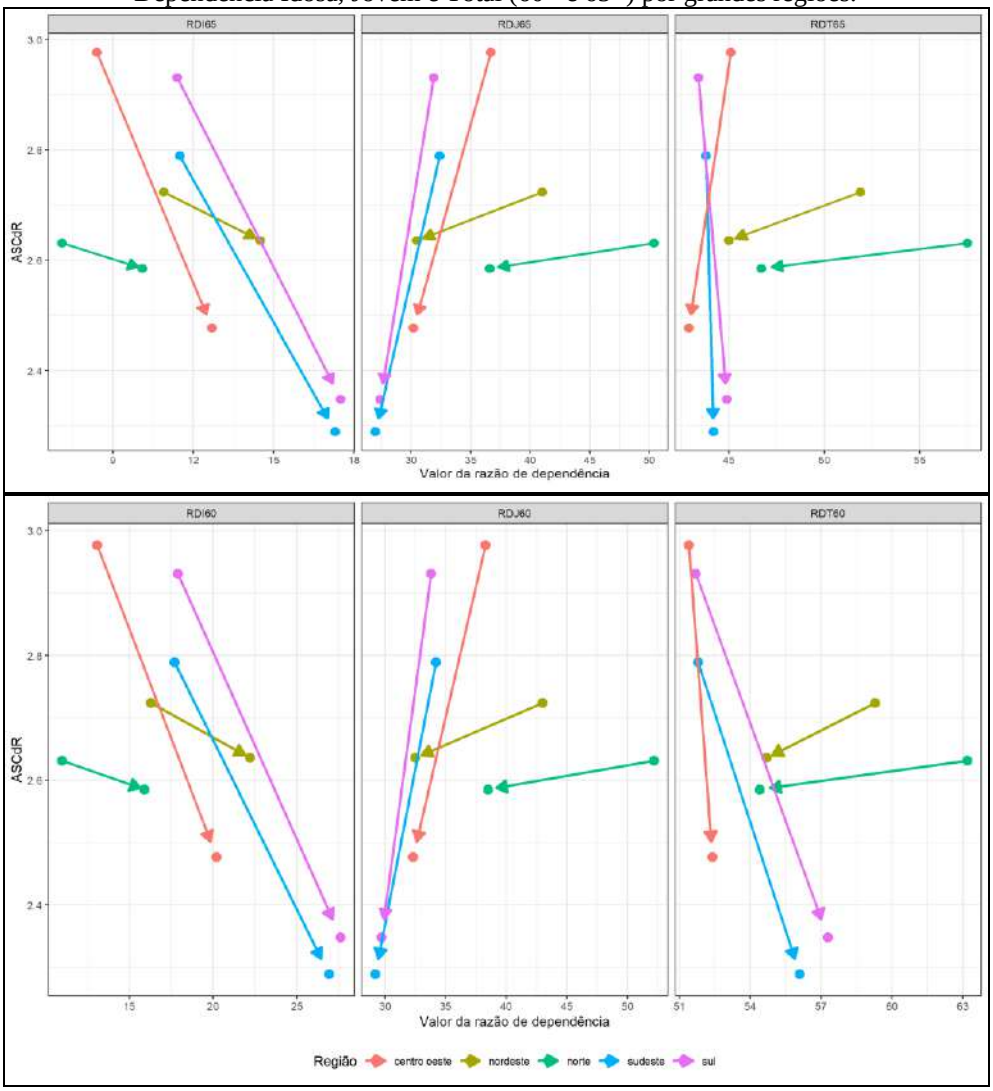


Fonte: Elaboração das autoras.

Esse padrão de associação inversa também se reflete na análise das razões de dependência populacional (Figura 2). Entre 2010 e 2023, observou-se que, à medida que a razão de dependência por idosos (RDI60 e RDI65) aumentou nas grandes regiões, especialmente no Sudeste e Sul, as taxas de mortalidade por causas evitáveis padronizadas por idade apresentaram redução significativa. Em 2023, essas duas regiões registraram as maiores RDI60 (26,9% e 27,6%, respectivamente) e, ao mesmo tempo, as menores ASCdr (2,289 e 2,348), reafirmando a tendência identificada anteriormente com os Índices de Envelhecimento.

Por outro lado, o Norte e o Nordeste, apesar de avanços na RDI, mantiveram níveis mais baixos desse indicador (15,9% e 22,2%, respectivamente) e menores reduções na ASCdr, revelando que a transição demográfica, por si só, não tem sido suficiente para garantir a efetividade do sistema de saúde em regiões com maior vulnerabilidade. Além disso, a queda nas razões de dependência por juventude (RDJ60 e RDJ65) em todas as regiões evidencia a progressiva mudança na estrutura etária, mas essa redução não apresentou relação direta com a diminuição das taxas de mortalidade evitável.

Figura 3 – Taxa de mortalidade por causas evitáveis padronizada por idade e as Razões de Dependência Idosa, Jovem e Total (60+ e 65+) por grandes regiões.



Fonte: Elaboração das autoras

No que tange à associação entre as taxas de mortalidade por causas evitáveis padronizadas por idade e os indicadores demográficos de envelhecimento nos anos de 2010 e 2023 (Tabela 3), foi observado que, em 2010, os índices de envelhecimento apresentavam associações positivas com as taxas, evidenciando que o nível socioeconômico influenciava mais a prevenção dos óbitos por causas evitáveis do que a estrutura etária. Por outro lado, em 2023, esse padrão de inverteu, sendo possível observar que os indicadores de envelhecimento passaram a exercer uma associação negativa com a mortalidade evitável, sugerindo que o avanço da TD e da TE no território brasileiro desempenharam um papel essencial para a redução da mortalidade por essas causas.

A análise da correlação de Pearson entre a ASCdr e os indicadores de envelhecimento reforça os padrões identificados anteriormente. De forma consistente, observou-se correlação negativa perfeita (-1) entre a ASCdr e os principais indicadores de envelhecimento populacional (IE60, IE65, IE80, RDI60, RDI65, idade média e idade mediana) em todas as regiões brasileiras, indicando que, à medida que o envelhecimento populacional avança, a mortalidade por causas evitáveis tende a diminuir. Esse comportamento é coerente com os achados descritos nos parágrafos anteriores, sobretudo nas regiões Sudeste e Sul, que apresentam os maiores níveis de envelhecimento e as menores taxas de mortalidade evitável.

Tabela 2 – Correlação de Pearson entre a taxa de mortalidade por causas evitáveis padronizada por idade e os indicadores demográficos de envelhecimento por ano.

Indicadores	Ano	
	2010	2023
RDT60	-0,886	-0,560
RDT65	-0,844	0,407
RDJ60	-0,767	0,739
RDJ65	-0,759	0,748
RDI60	0,333	-0,777
RDI65	0,273	-0,745
IE60	0,521	-0,807
IE65	0,488	-0,791
IE80	0,301	-0,676
Idade Média	0,621	-0,778
Idade Mediana	0,685	-0,790

Fonte: Elaboração das autoras.

Entretanto, os indicadores de dependência por juventude (RDJ60 e RDJ65) mostraram correlação positiva perfeita (1) com a ASCdr em todas as regiões, sugerindo que estruturas etárias mais jovens estão associadas a piores desfechos em saúde evitável. Já os resultados para a razão de dependência total (RDT) foram mistos: embora a correlação tenha sido negativa nas regiões mais envelhecidas (Sudeste e Sul), indicando um padrão mais favorável, ela se mostrou positiva no Norte e Nordeste, refletindo a persistência de contextos demográficos menos envelhecidos e com maior vulnerabilidade sanitária.

5 CONCLUSÃO

De modo geral, os resultados deste estudo evidenciam que há uma associação negativa entre o envelhecimento populacional e a mortalidade por causas evitáveis, o que confirma a hipótese de que há a existência de um padrão regional. Foi observado que as regiões mais envelhecidas, como o Sul e o Sudeste, apresentaram maiores reduções das taxas de mortalidade por causas evitáveis padronizadas por idade entre 2010 e 2023, enquanto as menores reduções foram observadas nas regiões menos envelhecidas, como o Norte e o Nordeste. É importante ressaltar que a redução da mortalidade por causas evitáveis não é explicada apenas pelo envelhecimento populacional e, sim, por uma série de fatores que abrange os diversos setores da sociedade como o desenvolvimento econômico, melhorias constantes no sistema de saúde e mudanças comportamentais.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser levadas em consideração para interpretar os resultados. A análise foi feita a partir do conjunto agregado das causas evitáveis, ou seja, não houve a desagregação por cada subgrupo da lista brasileira de causas evitáveis, o que não permite identificar se o padrão observado neste estudo se reproduz em cada subgrupo.

Além disso, o estudo não foi estratificado por sexo e nem por faixa etária, o que inviabiliza a identificação dos diferenciais existentes nessas variáveis demográficas. A terceira limitação se refere à pandemia de COVID-19, já que foram analisados apenas dois pontos no tempo (2010 e 2023) sem a estratificação do intervalo temporal para isolar o efeito da pandemia, por isso, não foi possível entender como foi o comportamento da moralidade evitável entre 2020 e 2022.

Por último, a escolha da unidade de análise pode não refletir o padrão verdadeiro das UFs já que as desigualdades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde persistem dentro de uma mesma região, fazendo com que o envelhecimento populacional avance de forma heterogênea e a mortalidade por causas evitáveis aumente os diferenciais de sexo e

geográficos. A fim de superar essas limitações, estudos futuros devem desagregar as causas evitáveis de acordo com os subgrupos propostos por Malta *et al*. (2007), utilizando as duas listas (a de menores de 5 anos e a para faixas etárias entre 5 e 74 anos), desagregar por sexo, faixa etária e UF e isolar o efeito da pandemia de COVID-19.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 510, de 7 de abril de 2016.** Brasília, 2016.

BORGES, G. M.. Health transition in Brazil: regional variations and divergence/convergence in mortality. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, p. e00080316, 2017.

CASELLI, G., MESLÉ, F., & VALLIN, J. Epidemiologic transition theory exceptions. **Genus**, v.58, n.1, p. 9–51, 2002.

ARAÚJO, J. D. de. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533–538, 2012.

CASTERLINE, J. B. **Demographic transition.** *In:* DEMENY, P.; McNICOLL, G. (eds.) Encyclopedia of Population. Vol. I. Farmington Hills (MI): Macmillan Reference, 2003. p. 210–216.

DYSON, T. **Population and Development**: The Demographic Transition. Londres: Zed Books, 2010.

INSITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da população.** Rio de Janeiro, 2024a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 3 jun. 2025.

INSITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da População:** Brasil e Unidades da Federação, estimativas e projeções, revisão 2024. Notas metodológicas 01/2024. Rio de Janeiro: IBGE, 2024b. 48p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102111>. Acesso em: 2 jun. 2025.

KIRK, D. Demographic transition theory. **Population Studies**, v. 50, n. 3, p. 361–387, 1996.

LIMA, E. et al. Analyzing regional patterns of mortality data quality and adult mortality for small areas in Brazil, 1980-2010. **Demographic Research**, v. 51, p. 1411-1428, 2024.

MALTA, D. C. et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis (5 a 74 anos de idade) por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.20, n.3, p. 409-412, 2011.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 4, p. 233–244, 2007.

MARTINS, T. C. de F. et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4483–4496, 2021.

NOTESTEIN, F. W. **Population — The Long View.** *In:* SCHULTZ, Theodore W. (ed.). Food for the World. Chicago: University of Chicago Press, 1945. p. 36–57.

OMRAN, A. R., 1971. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, p. 509-538, 1971.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 168–175, 1992.

QUEIROZ, B. L. et al. Estimativas do grau de cobertura e da mortalidade adulta (45q15) para as unidades da federação no Brasil entre 1980 e 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20 (suppl 1), p. 21-33, 2017.

RUTSTEIN, D D. et al. Measuring the quality of medical care. A clinical method. **The New England Journal of Medicine**, v. 294, n. 11, p. 582–588, 1976.

SCHRAMM, J. M. D. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

VALLIN, J.; MESLÉ, F. Convergences and divergences in mortality: A new approach of health transition. **Demographic Research**, v. S2, n. SUPPL. 2, p. 11–44, 2004.

GOVERNANÇA CORPORATIVA EM OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE NO BRASIL: ADESÃO ÀS PRÁTICAS REGULATÓRIAS NO MERCADO BRASILEIRO DE 2022 A 2024

Ester Toledo Guimarães; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Renato Rodrigues da Silva; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Gisele Gomes da Ponte; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A governança corporativa tem ganhado destaque no mundo corporativo, seja pela necessidade de melhorar o ambiente de negócios com foco na sustentabilidade ou mesmo pela importância que o tema tem no desempenho empresarial. A saúde suplementar apresenta desafios importantes de sustentabilidade em função dos crescentes custos, incorporação constante de tecnologias que incrementam as despesas que as empresas têm para os seus clientes e a judicialização. Objetivo: O estudo teve como objetivos avaliar a adesão das OPS de plano de Saúde com relação a adesão às práticas de governança corporativa estabelecidas na RN 518/2022 e discutir a importância das práticas para a sustentabilidade do setor. Método: Este estudo se caracteriza por ser de natureza quantitativa, ou seja, foram coletados e analisados dados empregando métodos de análises estatísticas, com abordagem qualitativa. Foram considerados dados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar sobre o envio, por parte das operadoras, sobre o cumprimento da RN 518/2022, nos anos de 2022 a 2024. Resultados e Discussão: Observa-se que houve evolução quanto a adesão às práticas de governança na comparação dos anos de 2022 a 2024, mas ainda há outros elementos que precisam ser compreendidos nesse processo de adesão às boas práticas pelas operadoras.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde suplementar; Governança corporativa; Relatório de procedimentos previamente acordados; Resolução normativa n° 518 de 2022.

1 INTRODUÇÃO

A governança corporativa tem ganhado destaque no mundo corporativo, seja pela necessidade de melhorar o ambiente de negócios com foco na sustentabilidade ou mesmo pela importância que o tema tem no desempenho empresarial. Ribeiro e Souza (2023) demonstraram que existe uma relação positiva entre as práticas de governança corporativa e o desempenho de mercado, o que evidencia a confiança que se estabelece quando se há qualidade nas práticas de governança de uma organização. A principal base para se discutir sobre a governança corporativa se deu por meio da Teoria da Agência que explicitou a ocorrência de conflitos decorrentes da diluição do capital, conforme postula Jensen & Meckling (1976). Nessa perspectiva, os autores consideram que a necessidade de se mitigar os conflitos mencionados suscitou a implementação das práticas de governança corporativa nas organizações. Ainda, Cuomo, Mallin e Zattoni (2016) explicam que os custos relacionados à mitigação de riscos pelos acionistas são arcados por estes com o objetivo de preservação de seus interesses.

O Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC, 2025) define governança como um sistema formado por princípios, regras, estruturas e processos pelo qual as organizações são dirigidas e monitoradas, com vistas à geração de valor sustentável para a organização, para seus sócios e para a sociedade em geral. E acrescenta que esse sistema baliza a atuação dos agentes de governança e demais indivíduos de uma organização na busca pelo equilíbrio entre os interesses de todas as partes, contribuindo positivamente para a

sociedade e para o meio ambiente. O setor de saúde no Brasil se divide, basicamente, em dois, sendo o primeiro voltado para o atendimento integral da população e o segundo pelo atendimento privado das pessoas que optam por acessar esses serviços. O primeiro compreende, essencialmente, do Sistema Único de Saúde (SUS) e o segundo da saúde suplementar, em que o mercado se organiza para oferta de planos de saúde.

Os serviços privados, nesse caso ofertados por operadoras de planos de saúde, são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A partir de dados da própria ANS, existem cerca de 50 milhões de usuários no país que possuem planos de assistência à saúde, perfazendo, dessa forma, aproximadamente 25% da população. E é sobre esse mercado que esse artigo irá se debruçar. A própria ANS, em 2022, estabeleceu a Resolução Normativa 518/2022 que "dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de planos de assistência à saúde" (ANS, 2025). Essa normativa abarca vários requisitos que precisam ser observados pelas operadoras de saúde na sua operação e os devidos mecanismos de comprovação.

A saúde suplementar apresenta desafios importantes de sustentabilidade em função dos crescentes custos, incorporação constante de tecnologias que incrementam as despesas que as empresas têm para os seus clientes e a judicialização. A própria definição de governança corporativa traz o desafio de implementação das práticas nas organizações, além disso, temos o mercado de saúde suplementar com questões que precisam ser superadas para que o sistema opere de forma sustentável. Diante disso, esse estudo se justifica para compreender como tem sido a adoção de práticas de governança pelas operadoras de planos de saúde no Brasil. Tem-se, portanto, que os objetivos são de avaliar a adesão das OPS de plano de Saúde com relação a adesão às práticas de governança corporativa estabelecidas na RN 518/2022 e discutir a importância das práticas para a sustentabilidade do setor.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Contexto constitucional

A Constituição Federal de 1988 nos artigos 196 a 200 dispõe sobre a responsabilidade do Estado para com a saúde do cidadão brasileiro, por meio de sua promoção e do combate a agravos através de políticas públicas. Isso pode ser observado na promulgação da Lei 8080/90, denominada Lei Orgânica da Saúde que regulamenta o SUS (Sistema Único de Saúde) determinando suas diretrizes, princípios, objetivos e regras para a promoção, proteção e funcionamento dos serviços de saúde.

No mesmo ano, a Lei 8.142/90 veio para complementar a Lei 8.080/90, em que seu escopo dispunha da regulamentação dos Conselhos de Saúde, a fim de dar poder para a população participar das decisões sobre a saúde brasileira, mas não somente também trata sobre os recursos financeiros destinados ao SUS. O subsistema público representado pelo Sistema Único de Saúde e o subsistema privado possuem diferentes formas de financiamento, porém se complementam e são de suma importância para criar um ecossistema propício de colaboração com o objetivo de levar saúde para a população brasileira.

O subsistema de saúde privado no Brasil possui duas ramificações sendo elas o subsetor de saúde suplementar e o subsetor liberal clássico, eles podem ser figurados da seguinte forma, o subsetor liberal clássico se caracteriza por ser menos regulamentado no qual o beneficiário paga diretamente pelos serviços que ele utiliza de maneira particular. Já o subsetor de saúde suplementar é regulamentado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) em que os beneficiários estão assegurados pelos planos e seguros de saúde, sendo o subsetor predominante neste sistema (Pietrobon, 2008). Este sistema complementa de

certa forma o SUS, e foi sacramentado pela lei 9656/1998, consolidando o funcionamento deste sistema, uma vez que os beneficiários podem contratar diretamente os planos de saúde oferecidos, de acordo com a sua disponibilidade financeira, tendo acesso a qualquer serviço que esteja coberto pelo plano.

2.2 Saúde suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mencionada anteriormente, foi criada com o objetivo de regulamentar os planos e seguros de saúde ofertados pelas operadoras aos cidadãos que fazem a adesão aos planos, denominados beneficiários. Foi formalmente criada pela lei 9.961/2000 se tornando uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Saúde (MS), tendo o papel de suma importância para a representação do interesse público dentro do setor. Uma das atribuições da ANS é aprovar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na lei 9961/98, que determina os serviços de saúde mínimos como procedimentos, exames e consultas que devem ser cobertos pelos planos de saúde (Vieira, 2014).

De acordo com os dados mais recentes da Sala de Situação da ANS, até março de 2025, o setor contabiliza aproximadamente 20.286.180 (vinte milhões, duzentos e oitenta e seis mil, cento e oitenta) beneficiários ativos. A Tabela 1 apresenta a distribuição desses beneficiários por faixa etária — de 0 a mais de 80 anos — e por sexo (masculino e feminino), abrangendo todas as modalidades de planos de saúde, independentemente da abrangência geográfica. Conforme o último Censo Demográfico realizado pelo IBGE, a população brasileira é estimada em 203 milhões de habitantes (Serviços e Informações do Brasil, 2023), o que indica que cerca de 10% da população do país possui algum tipo de plano de saúde.

Tabela 1 - Total de beneficiários ativos por regiões geográficas

Regiões Geográficas	Total de Beneficiários
Norte	828.460
Nordeste	2.820.301
Sudeste	11.714.518
Sul	3.298.863
Centro Oeste	1.624.038
Total	20.286.180

Fonte: SIB/ANS/MS, 2025. Disponível em: https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def. Acesso em: 15 mar. 2025.

Mediante ao apontado na tabela 1 a região sudeste segue com o maior número de beneficiários no setor, sendo o estado de São Paulo com o maior número de beneficiários da região (ANS, 2025). De acordo com a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) 103 produzida pelo IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), em janeiro de 2025, o mercado de saúde paulista registrou 18,3 milhões de beneficiários em planos médico-hospitalares, correspondendo a 35,8% no total. Isso se deve principalmente pelo estado de São Paulo ser um grande polo corporativo financeiro do país, com diversas organizações oferecendo aos seus funcionários, planos coletivos empresariais. Esse crescimento vem acompanhando a recuperação econômica do estado com maior incentivo de acesso à assistência à saúde.

Sobre outra perspectiva, já no próprio portal da ANS, como explicitado na tabela 2, observamos que, há um número maior de beneficiários ativos nos planos de assistência médica com ou sem cobertura odontológica, do que nos planos exclusivamente odontológicos, é mostrado também que houve um crescente número de beneficiários destes planos. Esse fato se dá principalmente pela pandemia da COVID-19, na qual a busca por tratamento médico se fez necessária e urgente, o que fez com que as pessoas repensassem a importância da assistência à saúde (ANS, 2025).

Tabela 2 - Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial no Brasil de 2022-2025

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
2022	50.510.035	30.026.446
2023	51.258.168	32.404.890
2024	52.072.773	34.476.737
2025	52.179.323	34.566.583

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS. Dados atualizados até 04/2025. Adaptado pelos autores.

No período analisado até maio de 2025, há cerca de 1114 operadoras com o registro ativo na ANS desde 1998. As operadoras são classificadas dentre oito modalidades: autogestão, administradora de benefícios, cooperativa médica, cooperativa odontológica, filantropia, seguradora especializada em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo. As autogestões são operadoras que fornecem planos de assistência à saúde para um grupo fechado de pessoas, geralmente pertencentes à mesma classe profissional, elas podem ser divididas em três grupos: autogestão sem mantenedor, autogestão com mantenedor e autogestão por RH (RN 137/2006). Na autogestão sem mantenedor, a própria operadora fica a cargo das responsabilidades financeiras exigidas pela ANS, na autogestão com mantenedor, essas operadoras possuem uma outra pessoa jurídica de direito privado que garante os riscos decorrentes da operação perante a agência reguladora, e a autogestão por RH consiste no plano de saúde que é oferecido pela entidade aos seus funcionários e dependentes como um benefício.

As cooperativas médicas e odontológicas são formadas por médicos e cirurgiões dentistas, respectivamente, que se uniram para oferecer serviços de saúde de maneira conjunta no qual os médicos e dentistas são sócios cooperados, tendo como objetivo a redução de intermediários e custos, ofertando serviços semelhantes aos planos de saúde, no qual os pagamentos são feitos via mensalidade (RN 531/2022). Nelas, os profissionais são sócios cooperados e podem participar das decisões que permeiam a cooperativa ou podem eleger um conjunto de profissionais da classe associados que façam esse trabalho. No caso das cooperativas odontológicas elas operam planos exclusivamente odontológicos.

A segunda maior modalidade atuante no mercado brasileiro de saúde suplementar é a medicina de grupo, que atua como empresa privada que oferece planos de saúde para pessoas físicas e jurídicas, atuando como intermediárias entre prestadores de serviços e os beneficiários (RN 531/2022). A sua rede de atendimento pode ser própria, tendo estabelecimentos de saúde administrados por elas, ou credenciados. Já a odontologia de grupo comercializa exclusivamente planos odontológicos. A vantagem dessas modalidades é que os planos oferecidos são mais acessíveis, uma vez que o risco é diluído entre os beneficiários.

A filantropia consiste em pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que operam planos privados de assistência à saúde, são consideradas pelas entidades competentes como sendo de utilidade pública para assistência à saúde no Brasil, essas organizações dispõem do certificado de entidade beneficente emitido pelo Ministério da Saúde (RN 531/2022). Já a seguradora especializada em saúde, de acordo com o disposto na Lei 10.185/2001, são as sociedades seguradoras que operam no ramo de seguro saúde, e possuem atuação registrada exclusivamente para este fim, dentre todas as modalidades é a que menos possui organizações registradas na ANS, de acordo com a tabela 3. As administradoras de benefícios são pessoas jurídicas, que atuam na intermediação entre os consumidores, podendo ser um grupo de pessoas ou empresas, e as operadoras de saúde (RN 515/2022).

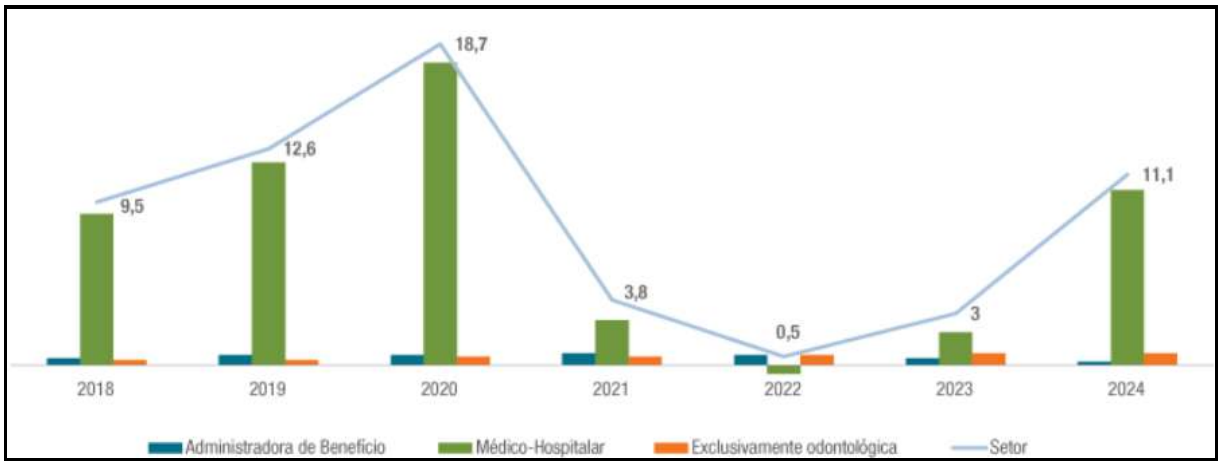
Tabela 3 - Operadoras por modalidade com registro ativo na ANS, até maio de 2025

Operadoras	**Total**
Autogestão	145
Cooperativa Médica	265
Filantropia	35
Medicina de Grupo	243
Seguradora Especializada em Saúde	8
Cooperativa Odontológica	91
Odontologia de Grupo	151
Administradora de Benefícios	176
Total	**1114**

Fonte: SIB/ANS/MS, 2025. Disponível em: https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def. Acesso em: 11 jun. 2025. Adaptado pelos autores.

No que tange às questões financeiras do setor de saúde suplementar, de acordo com os dados divulgados pela ANS, contidos no Painel Econômico Financeiro de 2024, mostrados no gráfico 1, a modalidade que mais movimenta o setor anualmente são as operadoras médico hospitalares, observa-se que antes do período pandêmico de 2019, o resultado líquido anual variava entre 9,5 e 12,6 bilhões, em 2020 o setor teve um pico de 18,7 bilhões voltando a cair exponencialmente nos anos seguintes, tendo a sua mínima em 2022. No ano anterior, em 2024, teve o melhor resultado desde a pandemia, de 11,1 bilhões.

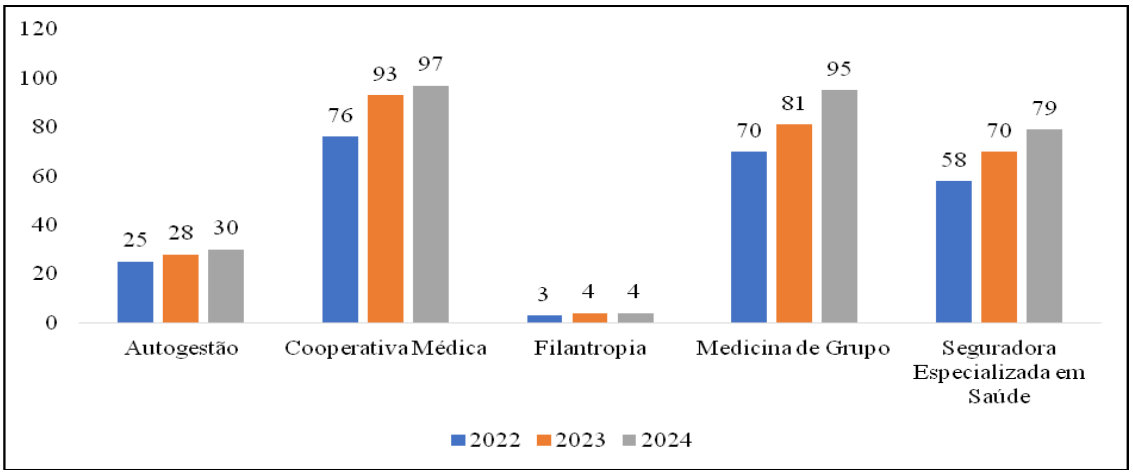
Gráfico 1 - Resultado Líquido Anual por grupo de modalidade - em R$ bilhões



Fonte: ANS, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-economico-financeiros-de-2024. Acesso em: 15 mai. 2025

A receita de contraprestações, diz respeito sobre o valor que as operadoras recebem pelos beneficiários, para garantirem a cobertura assistencial aos mesmos, como consultas e exames, no período de vigência do contrato. Em 2022 essa receita foi menor do que em 2023, na maioria das modalidades, conforme o gráfico 2 abaixo. Na análise dos serviços médico-hospitalares, as cooperativas médicas foram as que tiveram a contraprestação mais alta seguida das medicinas de grupo. Isso se deve principalmente pelas diferenças na estrutura organizacionais de ambas, uma vez que as cooperativas têm uma maior solidez no mercado, pelo seu modelo cooperativista ela consegue gerar mais receita mesmo diante da alta sinistralidade (Zanatta, Halberstadt, Camargo, 2023).

Gráfico 2 - Receita de contraprestações, por modalidade, em bilhões de reais, nos anos de 2022 a 2024

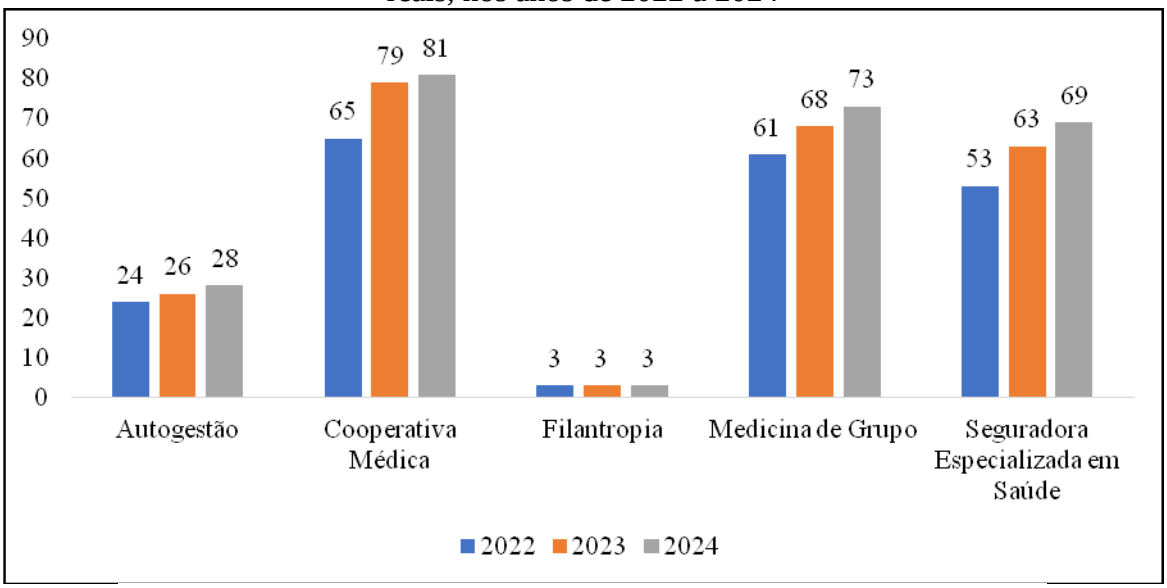


Fonte: DIOPS/ ANS/ MS/ ANS Tabnet 2025. Adaptado pelos autores. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_rc.def> Acesso em: 15 mai. 2025.

Já as despesas assistenciais se referem ao quanto as operadoras gastam na prestação efetiva dos serviços assistenciais relacionados à saúde dos seus beneficiários. De acordo com o demonstrado no gráfico 3. Isso se dá principalmente pelas cooperativas possuírem o maior percentual de centenários em suas carteiras de beneficiários, cerca de 37,4% (Panorama-Saúde Suplementar 2024). Os idosos requerem um cuidado maior, e utilizam muito mais os planos do que pessoas mais jovens, principalmente pelo fato de que nesta fase da vida os

cuidados com a saúde se redobram devido a maior carga de doenças crônicas (Veras, 2009), devido a isso a despesa assistencial nesta modalidade é crescente.

Gráfico 3 - Despesa assistencial, por grupo de modalidade médico hospitalar, bilhões de reais, nos anos de 2022 a 2024



Fonte: DIOPS/ ANS/ MS/ ANS Tabnet 2025. Adaptado pelos autores. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_rc.def > Acesso em: 15 mai. 2025.

2.3 Governança corporativa na saúde suplementar

Por ser um setor que passa por muitas regulamentações é imprescindível que as operadoras estejam em conformidade com as legislações e com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Para se ter a conformidade esperada, é importante que as empresas empreguem boas práticas de governança em seus sistemas internos. Ferreira et al. (2015) reforçam que a adoção de práticas de governança em operadoras de planos de saúde fortalece o modelo de gestão organizacional, ainda que existam oportunidades de melhoria a serem feitas.

O IBGC (Instituto Brasileiro de Governança Corporativa) define que a governança é um sistema no qual as empresas e demais organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas e neste processo estão envolvidos alguns agentes sendo eles os sócios, conselho de administração, diretoria, órgãos reguladores e demais *stakeholders* envolvidos diretamente e indiretamente no funcionamento daquele negócio (Bevilacqua, Alberto 2022). Neste sentido, ferramentas como prestação de contas, gestão de riscos, ética e transparência nas decisões podem ser cruciais para a sustentabilidade a longo prazo, a adoção de práticas ESG também pode ser grande aliadas das empresas nesse quesito.

A origem da governança corporativa se remete ao século XX em que se observou um crescimento da separação entre gestão e propriedade na empresa. Tal fenômeno ensejou preocupações voltadas pelos conflitos de interesse existentes na relação entre o agente (executivos, administradores e gestores) e o principal (acionistas e proprietários) e para mitigar esses conflitos. A caracterização principal desse fenômeno se deu em um trabalho publicado por Jensen e Meckling (1976) postulando a Teoria da Agência. Os autores explicam que para mitigar o conflito é necessário incorrer em gastos como monitoramento das operações e auditoria e que as práticas de governança corporativa são importantes para reduzir as assimetrias de informação e os prejuízos dos conflitos de interesse.

Handa (2018) explica que as práticas de governança corporativa têm como principal objetivo melhorar o valor gerado pelo negócio no longo prazo para os acionistas, fortalecendo o desempenho e a responsabilidade corporativa das partes interessadas.

Durante Consulta Pública nº 67, que tratou da "adoção de práticas de governança, controles internos e gestão de riscos pelas operadoras de planos de assistência à saúde", realizada em 2018, a ANS definiu as principais motivações para que houvesse uma norma específica para as operadoras de planos de saúde. Reconhece-se que, "as boas práticas de governança corporativa têm grande importância para o fortalecimento da gestão das operadoras e proteção adequada dos interesses dos beneficiários e prestadores de serviços de assistência à saúde e, consequentemente, para a própria continuidade das operações de planos de saúde." (ANS, 2018).

Como resultado da consulta pública, foi publicada em 2019 a Resolução Normativa nº 443/2019 que buscava dispor sobre "adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de planos de assistência à saúde". Observa-se, nesse contexto, que a norma tinha como foco a solvência das operadoras. Por solvência, entende-se, como "capacidade de uma operadora de plano de saúde de honrar seus compromissos financeiros e assistenciais com os beneficiários e prestadores de serviços, tanto no curto quanto no longo prazo." (ANS, 2017).

Em 2022, foi publicada nova norma, a Resolução Normativa nº 518/2022, contemplando algumas alterações na Resolução Normativa nº 443/2019, sendo essa última revogada. A adequação teve como objetivo detalhar as exigências que deveriam ser seguidas pelas operadoras. O quadro 1 abaixo detalha os principais pontos trazidos pela Resolução Normativa nº 518/2022.

Quadro 1 - Resumo dos principais requisitos da Resolução Normativa nº 518/2022

Item	Conceito	Requisitos/Objetivos
Governança Corporativa	Sistema pelo qual as operadoras são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre seus acionistas, administradores, órgãos de fiscalização e demais partes interessadas.	Programas de integridade (compliance), definição clara de funções e responsabilidades, ética e conduta, estruturas de tomadas de decisão e fluxo de informações.
Gestão de Riscos	Processo contínuo e abrangente para identificar, analisar, avaliar, tratar, monitorar e comunicar os riscos que podem afetar o alcance dos objetivos da operadora.	Abrange riscos de subscrição (sinistralidade), crédito, mercado, legal, operacional, entre outros.
Controles Internos	Conjunto de políticas, procedimentos, práticas e estruturas organizacionais estabelecidas para fornecer razoável segurança de que os objetivos da operadora serão alcançados.	Assegurar a confiabilidade das informações financeiras e operacionais, a eficiência das operações, a proteção de ativos e o cumprimento das leis e regulamentações.

Fonte: Adaptado de ANS (2022)

A norma contempla itens que são obrigatórios para as operadoras no geral (requisitos mínimos) e para aquelas que pretendem usar o Capital Baseado em Risco (requisitos avançados). A partir de 2022 as operadoras passaram a ser obrigadas a enviar a comprovação, que se dá mediante relatório de auditoria independente, sobre o cumprimento dos requisitos que são estabelecidos.

3 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza por ser de natureza quantitativa, ou seja, serão coletados e analisados dados empregando métodos de análises estatísticas. De acordo com Mattar (2001), a principal vantagem da utilização desta natureza metodológica é a maior capacidade de validação de hipóteses mediante a análise de dados. No caso desta pesquisa a amostra serão os relatórios enviados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) acerca das obrigações regulatórias, baseadas na RN 518/2022 das operadoras de saúde, dos anos de 2022 a 2024.

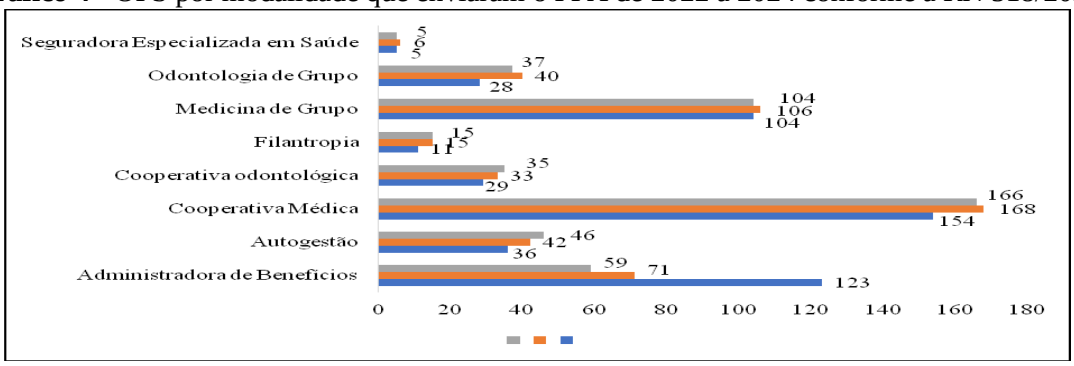
Em seu escopo a RN 518/2022 prevê no artigo 11 quais tipos de operadoras de saúde são obrigadas a enviarem os seus Relatório de Procedimentos Previamente Acordados (PPA), na qual deve ser elaborada por um auditor independente da operadora e deve conter os dados dos exercícios antecedentes referentes aos processos de governança daquela operadora. Ainda neste sentido, é sustentado que o envio é obrigatório por parte de operadoras de médio e grande porte, exceto as denominadas autogestões, e para administradoras de benefícios, já as operadoras de pequeno porte e autogestões o envio é facultativo.

Os dados analisados neste estudo quantitativo estarão presentes nos relatórios PPAs das operadoras, conforme as diretrizes preconizadas na RN 518 e citadas anteriormente, no período compreendido de 2022 a 2024. Mediante isso, os dados coletados destes relatórios, compilados em planilhas de Excel, foram filtrados e tratados de maneira a analisar o contexto em que foram gerados.

4 ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em primeira análise, foi feito um levantamento das principais modalidades que enviaram o relatório PPA, conforme mostrado no gráfico 4, no ano de 2022 a modalidade que mais enviou os seus relatórios foram as cooperativas médicas seguida pelas administradoras de benefícios, vale ressaltar que as administradoras de benefícios não são obrigadas pela lei a enviar os seus relatórios. Já em 2023, as cooperativas seguiram na frente, sendo precedidas pelas medicinas de grupo, principalmente por serem as modalidades com maior número de OPS do setor, conforme mostrado na tabela 3 anteriormente. Em 2024, as OPS que aumentaram o envio dos relatórios foram filantropia, cooperativa odontológica e autogestão, já asss cooperativas médicas e medicinas de grupo seguiram com poucas variações no envio dos seus PPAs.

Gráfico 4 - OPS por modalidade que enviaram o PPA de 2022 a 2024 conforme a RN 518/2022



Fonte: Dados retirados do relatório de envio de PPA dos anos de 2022 a 2024. ANS, 2025.

É importante que as operadoras enviem os PPAs principalmente como forma de prestar a ANS conta das suas práticas de governança, gestão de controles internos e auditoria, contribuindo para a sustentabilidade do setor. Além disso, para que uma operadora obtenha

incentivos financeiros, de acordo com o Manual de Acreditação de Operadoras da ANS, é de suma importância que elas enviem, de acordo com a frequência preconizada na norma, o seu PPA (RN 507/2022). Devido a isso, algumas operadoras, como é o caso das autogestões, em que não tem obrigatoriedade, acabam por enviar os seus PPA. Porém ainda assim, o engajamento desta modalidade é pequeno uma vez que das 145 autogestões com registro ativo na ANS (tabela 3), menos da metade envia seus relatórios de governança.

Conforme apresentado no Gráfico 4, as cooperativas médicas se destacam na entrega dos seus relatórios de governança. Esse desempenho pode ser atribuído, principalmente, à natureza do sistema cooperativista, que valoriza o crescimento mútuo entre os profissionais cooperados. A transparência, pilar essencial desse modelo, garante que as informações estejam disponíveis e acessíveis aos stakeholders. Até o ano de 2024, havia cerca de 271 cooperativas médicas ativas na ANS, das quais pouco mais de 160 enviaram seus Programas de Prestação de Contas (PPA), o que representa aproximadamente 62%.

Tabela 4 - OPS que enviaram os PPAs e que não enviaram, dentro do período analisado de 2022 a 2024

Modalidade	OPS que enviaram o PPA			OPS que não enviaram o PPA		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Administradora de Benefícios	123	71	59	55	99	113
Autogestão	36	42	46	112	103	98
Cooperativa Médica	154	168	166	119	103	100
Cooperativa odontológica	29	33	35	67	62	58
Filantropia	11	15	15	21	18	19
Medicina de Grupo	104	106	104	146	145	134
Odontologia de Grupo	28	40	37	130	117	111
Seguradora Especializada em Saúde	5	6	5	3	2	3

Fonte: ANS, PPAs, 2025.

Na tabela 4 acima infere-se a evolução no envio dos Relatório de Procedimentos Previamente Acordados (PPA), as administradoras de benefícios a luz da RN 518/2022 não são obrigadas a enviar o relatório a ANS por não prestarem assistência direta ao beneficiário, dessa forma o não envio pela parte delas não configura descumprimento da lei. Nas autogestões mesmo não sendo todas obrigadas a enviarem os PPAs, a maioria se mostrou comprometida com a governança fazendo com que houvesse um crescente envio dentro do período analisado. Como já era esperado as cooperativas médicas e medicina de grupo mantiveram a frequência no envio de seus relatórios, uma vez que são obrigadas pela norma devido ao seu porte e presença dentro do setor. Já as modalidades de OPS odontológicas um número de envios dos PPA estáveis, com poucas variações, muito pelo fato de não serem obrigadas, porém subentende-se o comprometimento das mesmas com as boas práticas regulatórias, já que o envio continua constante com poucas variações.

As cooperativas médicas e medicina de grupo de destacaram como sendo as OPS que mais enviaram PPA em ambos os anos, mostrando maior conformidade com os instrumentos legais, e com as exigências regulatórias da RN 518/22. Na modalidade de Seguradora Especializada em Saúde, devido ao baixo número de OPS nesta modalidade com registro ativo na ANS, a quantidade de envios tende a ser pequena.

A tabela mostra que, mesmo que haja avanços em cumprir a RN nº 518/2022, ainda há um grande número das operadoras que não enviam os Relatórios de Procedimentos Previamente Acordados (PPA). Essa situação pode ser perigosa no que diz respeito as regras e a clareza do setor. O cenário mostra que é preciso intensificar ações de orientação e fiscalização por parte da ANS, assim como maiores investimentos em práticas de governança e compliance pelas operadoras.

5 CONCLUSÃO

Após a análise criteriosa dos resultados obtidos neste estudo, pode se inferir que não são todas as operadoras, das que devem enviar o PPA, que enviam de fato, fazendo com que a transparência, um dos pilares da governança, seja comprometida. Para isso, a ANS deve intensificar a fiscalização sobre essas operadoras, dentro do que preconiza a RN 518. As OPS que mais enviaram os relatórios foram as cooperativas médicas, pelo fato da cultura de clareza enraizada no sistema cooperativista. A medicina de grupo também apresentou o envio significativo dos seus PPA, uma vez que elas são fortes dentro do setor, em questão de OPS ativas.

As principais limitações encontradas no estudo estão relacionadas sobre a disponibilidade de informações, os relatórios disponibilizados anonimizam o nome das operadoras, o que dificulta uma análise do histórico da mesma e avaliação concreta de sua regularidade a luz da RN 518/2022. Em segundo plano, outra limitação encontrada neste estudo dispõe sobre a própria resolução em que nela não estão descritas as penalidades para as operadoras, incluídas na prestação de contas, caso elas não enviem os demonstrativos. O que pode ser um grande influenciador para a disponibilidade e precisão dos dados disponibilizados. Dentre as potencialidades do estudo pode-se citar o monitoramento das políticas relacionadas às boas práticas de governança corporativa dentro do setor de saúde suplementar, subsidiando dados interessantes para estudos neste campo.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Tabnet – Base de Dados**. Disponível em: https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def. Acesso em: 15 mar. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resumo sobre as modalidades organizacionais**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/registro-e-manutencao-de-operadoras/registro-de-operadora-1/resumo-sobre-as-modalidades-organizacionais. Acesso em: 16 mar. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Histórico**. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/quem-somos-1/historico. Acesso em: 20 jun. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Setor de planos de saúde fecha 2024 com números recordes de beneficiários**. Agência Nacional de Saúde

Suplementar, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-de-planos-de-saude-fecha-2024-com-numeros-recordes-de-beneficiarios. Acesso em: 16 mai. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Margem de Solvência**. 2017. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comissao-permanente-de-solvencia/material_de_apoio_introducao_margem_solvencia.pdf. Acesso em: 17 mai. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa 531/2022**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0531_04_05_2022.html. Acesso em: 19 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa 515/2022**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0515_04_05_2022.html. Acesso em: 19 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **ANS divulga dados de beneficiários referentes a maio de 2025**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-de-beneficiarios-referentes-a-maio-de-2025. Acesso em: 19 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **ANS divulga dados econômico-financeiros de 2024**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-economico-financeiros-de-2024. Acesso em: 19 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Glossário Saúde Suplementar**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_saude_suplementar.pdf. Acesso em: 20 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa 528/2022**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0528_06_05_2022.html. Acesso em: 20 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Panorama da saúde suplementar 2013 – 6ª edição**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-a-6a-edicao-do-panorama-2013-saude-suplementar/PanoramaSaudeSuplementar_Out_2024.pdf. Acesso em: 20 mai. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Manual de Acreditação R06**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/Manual_de_Acreditao_r06.pdf. Acesso em: 20 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa 507/2022**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0507_11_04_2022.html. Acesso em: 26 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa 443, de 25 de janeiro de 2019**. 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2019/res0443_28_01_2019.html. Acesso em: 26 abr. 2025

ANAB – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS. **Operadoras de Medicina de Grupo**. Disponível em: https://anab.com.br/operadoras-de-medicina-de-grupo/. Acesso em: 26 abr. 2025

BRASIL. **Lei nº 10.185, de 2001**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10185.htm. Acesso em: 02 mai. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 02 mai. 2025.

BRASIL. **Censo 2022 indica que o Brasil totaliza 203 milhões de habitantes**. Portal Gov.br, 8 jun. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2023/06/censo-2022-indica-que-o-brasil-totaliza-203-milhoes-de-habitantes. Acesso em: 02 mai. 2025.

CANTERLE, J. **Lei que institui o SUS completa 30 anos**. Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2020. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/lei-que-institui-o-sus-completa-30-anos. Acesso em: 02 mai. 2025.

CUOMO, F.; MALLIN, C.; ZATTONI, A. Corporate governance codes: a review and research agenda. **Corporate Governance: An International Review**, v. 24, n. 3, p. 222–241, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1111/corg.12148. Acesso em: 20 mai. 2025.

FERREIRA, E. F. C.; MATOS, F. R. N.; MATOS, D. M.; BUGARIM, M. C. C.; MACHADO, D. de Q. **Governança Corporativa na Saúde Suplementar: Estudo de Caso em uma Operadora de Plano de Saúde**. **Pensamento & Realidade**, v. 29, n. 3, p. 21, 2015. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/pensamentorealidade/article/view/16491. Acesso em: 20 mai. 2025.

HANDA, R. Does corporate governance affect financial performance: a study of select Indian banks. **Asian Economic and Financial Review**, v. 8, n. 4, p. 478–486, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.18488/journal.aefr.2018.84.478.486. Acesso em: 01 jun. 2025.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **São Paulo lidera crescimento de beneficiários de planos de saúde**. Disponível em: https://www.iess.org.br/press-release/sao-paulo-lidera-crescimento-de-beneficiarios-de-planos-de-saude. Acesso em: 02 mai. 2025

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **TD 104: Perfil e tendências do setor de saúde suplementar**, 2024. Disponível em: https://www.iess.org.br/sites/default/files/2024-08/TD%20104.pdf. Acesso em: 20 mai. 2025.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Idosos em planos de saúde crescem de forma constante e batem recorde em número de beneficiários**.

Disponível em: https://www.iess.org.br/press-release/idosos-em-planos-de-saude-crescem-de-forma-constante-e-batem-recorde-em-numero-de. Acesso em: 01 jun. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC). **O que é governança corporativa**. Disponível em: https://www.ibgc.org.br/quemsomos. Acesso em: 01 jun. 2025.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. H. Theory of the firm: managerial behavior, agency cost and ownership structure. **Journal of Financial Economics**, v. 3, n. 4, p. 305–360, 1976. Disponível em: https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X. Acesso em: 01 jun. 2025.

LUCENA, D. **Saúde Suplementar e sua evolução**. Jusbrasil, 2019. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/artigos/saude-suplementar-e-sua-evolucao/787918566. Acesso em: 01 jun. 2025.

MENDES VIEIRA, P. **PLANOS DE SAÚDE: O ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS** [Monografia], 2014. Disponível em: https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/5650. Acesso em: 01 jun. 2025.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Lei Orgânica da Saúde completa 30 anos | Portal**, 17 set. 2020. Disponível em: https://www.mpmg.mp.br/portal/menu/comunicacao/campanhas/lei-organica-da-saude-completa-30-anos.shtml. Acesso em: 01 jun. 2025.

NOGI, F. **Os Desafios da Governança Corporativa no Setor de Saúde: Riscos e Prioridades Estratégicas**. Liderança Em Movimento - LinkedIn, 2025. Disponível em: https://www.linkedin.com/pulse/os-desafios-da-governan%C3%A7a-corporativa-setor-de-sa%C3%BAde-riscos-nogi-vosif/. Acesso em: 17 jun. 2025

PIETROBON, L.; PRADO, M. L. do; CAETANO, J. C. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 767–783, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0103-73312008000400009. Acesso em: 20 mai. 2025.

POWER BI. **Dashboard ANS - Dados 2025**. Disponível em: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTEwNThjM2UtOWEzYy00Mjk0LTlkMjAtOWE2MTY0MDZiMmQwIiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9. Acesso em: 17 jun. 2025

REVISTA UNICURITIBA. **Governança corporativa e desempenho empresarial: um estudo sobre operadoras de planos de saúde**. Disponível em: https://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/admrevista/article/download/e-6060/371374428. Acesso em: 17 jun. 2025

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548–554, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/pmygXKSrLST6QgvKyVwF4cM/. Acesso em: 17 jun. 2025.

GOVERNANÇA LOCAL E RESILIÊNCIA DO SUS: O PLANO MUNICIPAL DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM LAGOA SANTA/MG

Gilson Urbano de Araújo; Sociólogo, Mestrando em Gestão de Serviço, Universidade Federal de Minas Gerais

Deijiane Mendes Cruz; Contadora; Mestranda em Gestão de Serviço de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: A pandemia de COVID-19 exigiu respostas rápidas e coordenadas dos sistemas de saúde. Este estudo teve como objetivo analisar o Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 de Lagoa Santa/MG como estratégia de reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e identificar os principais legados estruturais e organizacionais. Foi realizado um estudo de caso qualitativo, descritivo e exploratório, com análise documental de planos municipais, relatórios de gestão, atos normativos e literatura científica, utilizando o método de análise temática. Os resultados demonstram que o plano promoveu a centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS), a criação da Central de Atendimento Remoto (CEAR), a descentralização da testagem, a implantação do primeiro CTI microrregional e a estruturação de serviços de reabilitação pós-COVID, além de fortalecer a logística de insumos e a comunicação social. A experiência evidencia que estratégias emergenciais podem se consolidar como políticas permanentes, ampliando a resolutividade e a resiliência do SUS em nível local.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; Rede de Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Central de Atendimento Remoto; Centro de Terapia Intensiva; reabilitação; governança.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19, declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, representou uma das maiores emergências sanitárias globais das últimas décadas, exigindo respostas rápidas, coordenadas e multissetoriais. No Brasil, a descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) conferiu aos municípios papel central na organização das ações de vigilância, assistência e prevenção, em conformidade com a Lei nº 8.080/1990 e com o Decreto nº 7.508/2011. Essa configuração demandou a elaboração de estratégias locais capazes de integrar diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e de responder às necessidades específicas de cada território.

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi amplamente reconhecida como eixo estruturante da resposta local, atuando como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Giovanella *et al.* (2020) destacam que a Atenção Primária à Saúde desempenha papel crucial no enfrentamento da pandemia de Covid-19, sobretudo pela articulação comunitária e territorial das equipes da ESF. Neste contexto o papel da APS na pandemia assume o protagonismo da resposta local, atuando de forma articulada com vigilância, no manejo inicial dos casos e na coordenação do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde, mesmo em um cenário de sobrecarga e incertezas (p. 3). Essa centralidade também é ressaltada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que reforça a necessidade de manter a APS como "porta de entrada preferencial e contínua, capaz de articular vigilância e assistência em todos os ciclos da pandemia" (CONASS, 2020).

No município de Lagoa Santa, Minas Gerais, a elaboração do Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 constituiu-se como aposta estratégica para coordenar ações de monitoramento, atenção e assistência articuladas na RAS. Desde sua primeira versão, o documento previu a integração de eixos como vigilância epidemiológica, testagem, APS, atenção às urgências, retaguarda hospitalar, monitoramento remoto, assistência clínica e reabilitação, sendo periodicamente atualizado para responder às mudanças no cenário epidemiológico.

A experiência de Lagoa Santa ganha relevância adicional pelo contexto regional: a implantação do Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital Municipal Dr. Lindouro Avelar, o primeiro e único da microrregião de saúde de Vespasiano/Lagoa Santa, durante a pandemia. Conforme registrado no plano municipal, "o CTI foi estabelecido como retaguarda exclusiva para pacientes críticos, sendo posteriormente habilitado de forma definitiva pelo Ministério da Saúde" (Plano Municipal, 2021, p. 8). Esse avanço estruturante permanece como legado permanente da crise sanitária.

O protagonismo municipal não se restringiu à ampliação da capacidade hospitalar. Serviços inovadores, como a Central de Atendimento Remoto (CEAR), criados inicialmente para telemonitoramento de casos leves e agendamento de testagens, consolidaram-se como centrais articuladoras da rede, desempenhando inclusive funções regulatórias. Estratégias de descentralização de testagem através da Central de Testagem Rápida (CENTRA) para as 20 Unidades de Saúde da Família e a implantação de serviços de reabilitação multiprofissional pós-COVID exemplificam como ações emergenciais podem ser institucionalizadas, fortalecendo a capacidade resolutiva da rede municipal.

Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar o Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 de Lagoa Santa/MG como instrumento de governança e reorganização da RAS, identificando impactos e legados durante a pandemia da COVID-19.

A pesquisa busca investigar em que medida e por quais mecanismos o plano municipal contribuiu para a integração da rede e o fortalecimento da capacidade resolutiva e de resiliência do sistema local. A análise combina pesquisa documental, incluindo as diferentes versões do plano, notas técnicas e relatórios, com revisão narrativa da literatura científica e normativa sobre gestão de serviços de saúde em contextos de crise sanitária.

2 REFERENCIAL TÉORICO

2.1 Governança local no SUS em crises sanitárias

A governança em saúde no SUS opera em três dimensões indissociáveis - política, técnica e administrativa - que se tensionam especialmente em contextos de emergência. Esses momentos exigem liderança, coordenação intergovernamental e gestão orientada por evidências. Em termos analíticos, essa tripla dimensão condiciona a capacidade de replanejar serviços, ampliar leitos, mobilizar força de trabalho, incorporar telessaúde e organizar fluxos assistenciais sob forte incerteza. Todos esses elementos foram amplamente vivenciados pelos gestores do SUS durante a pandemia de COVID-19 (Castro et *al.*, 2023).

Em nível estadual, a experiência brasileira evidenciou assimetrias de resposta e lacunas de coordenação nacional, impondo aos entes subnacionais a adoção de estratégias próprias. Essa situação impactou tanto a saúde física e mental das equipes gestoras quanto os arranjos decisórios cotidianos. Fazer gestão em crise revela-se, assim, um exercício de risco e de construção de consensos, no qual a politização dos temas e a pressão por soluções rápidas convivem com a necessidade de manter legalidade, transparência e efetividade (Castro et *al.*, 2023).

Como contrapartida, análises documentais realizadas na Amazônia Legal (Pará) mostram que marcos normativos, medidas de calamidade, reorganização de leitos, especialmente de UTI, e contratos emergenciais forçaram a modernização da gestão. O legado principal foi a ênfase em governança preparada para crises e em planejamento normativo-operacional (Simões et *al*., 2025).

No caso de Lagoa Santa/MG, essa moldura conceitual delimita o papel do Plano Municipal como instrumento de governança. Ele integra vigilância, atenção, provisão de insumos e comunicação social, sob liderança municipal e articulação regional (Lagoa Santa, 2021).

2.2 Redes de Atenção à Saúde (RAS) e resiliência

Os desafios de governança se manifestam, de forma particularmente aguda, na organização dos sistemas de atenção, frequentemente fragmentados e pouco responsivos a condições complexas. A literatura nacional identifica uma crise estrutural desses sistemas quando condições crônicas e demandas complexas são enfrentadas por arranjos voltados a episódios agudos.

Mendes (2010) propõe recompor a coerência entre situação de saúde e resposta social por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essas redes se caracterizam por organização poliárquica, missão e objetivos comuns, coordenação pela Atenção Primária à Saúde (APS) e provisão contínua e integral no tempo certo, lugar certo e custo certo (Mendes, 2010).

A crítica de Mendes aos sistemas fragmentados, sanitária e economicamente disfuncionais, sustenta que o problema não se resume ao volume de recursos, mas à forma como o sistema se organiza. Em síntese, a resiliência depende de rede integrada, gestão baseada na população adscrita e coordenação pela APS (Mendes, 2010).

Na perspectiva do Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 de Lagoa Santa/MG, a RAS foi configurada como um arranjo operativo integrado. A APS assumiu a coordenação dos fluxos assistenciais; a Central de Atendimento Remoto (CEAR) desempenhou o papel de nó regulador e comunicacional; a testagem foi descentralizada para conectar vigilância e atenção clínica; o Centro de Terapia Intensiva (CTI) microrregional fortaleceu a retaguarda hospitalar; e os serviços de reabilitação multiprofissional passaram a compor o contínuo do cuidado (Lagoa Santa, 2021).

2.3 Centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e vigilância territorial

Nesse arranjo, a APS emerge não apenas como um componente da rede, mas como sua coordenadora estratégica e operacional. A literatura sobre a resposta à COVID-19 ressalta a centralidade da APS: rede capilarizada, com vínculo territorial, vigilância ativa, cuidado longitudinal e potência para reduzir iniquidades, atributos decisivos para coordenar a RAS, filtrar a demanda aos níveis especializados e sustentar a continuidade do cuidado (Sarti et *al.*, 2020; Giovanella et *al.*, 2021).

No plano operacional, a APS deve atuar em quatro campos articulados: (i) vigilância em saúde nos territórios (busca ativa, notificação, apoio ao isolamento e comunicação comunitária); (ii) cuidado individual de casos leves e moderados; (iii) ação comunitária para grupos vulneráveis; e (iv) continuidade dos cuidados rotineiros, evitando efeitos colaterais da crise (Giovanella et *al.*, 2021).

A experiência brasileira também evidencia que telessaúde e telemonitoramento são estratégias críticas para reduzir pressão sobre portas de urgência, orientar a população e regular fluxos entre pontos de atenção, modelo compatível com centrais remotas como a CEAR (Sarti et *al*., 2020).

Para sustentar tais funções, a literatura recomenda planejamento baseado em dados, protocolos integrados, apoio diagnóstico, provisão de EPIs, atuação dos agentes comunitários de saúde na vigilância territorial e organização de processos de trabalho que retroalimentem informações em tempo oportuno à rede. Todos esses elementos são transferíveis ao caso de Lagoa Santa (Sarti et *al*., 2020).

2.4 Da emergência ao legado: institucionalização e aprendizagem

Superada a fase aguda da crise, a literatura destaca outro movimento crucial: a conversão de inovações emergenciais em dispositivos permanentes de gestão. As respostas

locais à pandemia de COVID-19 no Brasil revelaram que medidas inicialmente excepcionais podem se tornar permanentes quando há capacidade institucional para incorporá-las às rotinas do sistema de saúde.

Simões et al. (2025) e Giovanella et *al*. (2021) indicam que essa transição depende de quatro elementos estruturantes: (a) capacidade logística e de suprimentos para garantir continuidade das ações; (b) arranjos regulatórios claros e transparentes, que formalizem contratos e fluxos criados em emergência; (c) coordenação efetiva em rede, com a APS como ordenadora do cuidado e integração entre vigilância, urgência e reabilitação; e (d) participação social e comunicação pública, fundamentais para legitimar ações e promover adesão comunitária.

No estado do Pará, medidas como ampliação rápida de leitos de UTI, criação de centrais de regulação e adoção de novas rotinas logísticas se consolidaram como políticas permanentes quando acompanhadas de marcos legais e administrativos claros. A gestão em saúde pública em crises funciona como um laboratório institucional, em que experiências bem-sucedidas tendem a ser incorporadas aos instrumentos de planejamento e às rotinas administrativas (Simões et *al*., 2025).

Mendes (2010) ressalta que a resiliência dos sistemas de saúde está diretamente associada à capacidade de organizar redes integradas orientadas pela população adscrita, com fluxos bem definidos entre atenção básica, urgência e média e alta complexidade. Quando mantida após o período agudo, essa integração amplia a resolutividade e reduz custos estruturais a longo prazo. Giovanella et *al.* (2021) reforçam que a atuação da APS só é efetiva quando integrada a outros níveis de atenção; diagnósticos precoces não se traduzem em cuidado de qualidade sem acesso oportuno à média e alta complexidade, infraestrutura adequada e fluxos regulatórios definidos.

Na experiência de Lagoa Santa/MG, o Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 (2021) ilustra claramente esse movimento de institucionalização. Estratégias emergenciais foram incorporadas de forma definitiva à rede municipal. A APS manteve o papel de coordenação dos fluxos assistenciais, com estratificação de risco e monitoramento domiciliar.

A CEAR consolidou-se como central reguladora, articulando telemonitoramento, teleatendimento e encaminhamentos. A descentralização da testagem, adotada inicialmente em caráter emergencial, tornou-se rotina de vigilância territorial, ampliando o acesso ao diagnóstico. A criação do CTI microrregional fortaleceu a retaguarda hospitalar da região. Os serviços de reabilitação multiprofissional foram institucionalizados como parte do contínuo do cuidado, estendendo sua abrangência para além da COVID-19 (Lagoa Santa, 2021).

Essa combinação de medidas confirma achados da literatura nacional e internacional: a robustez dos sistemas de saúde frente a crises depende menos de respostas *ad hoc* e mais da capacidade de converter experiências emergenciais em políticas permanentes. Trata-se de fortalecer a governança local e a integração em rede (Simões et *al.*, 2025; Giovanella et *al*., 2021; Mendes, 2010). O legado da pandemia não se limita à ampliação de estruturas físicas, mas inclui mudanças institucionais que reconfiguram a operação da rede local, melhoram a coordenação do cuidado e ampliam a resiliência do SUS em nível municipal.

3 METODOLOGIA

Este estudo adota uma abordagem qualitativa, que, para Flick (2009) tem seu foco na compreensão das realidades sociais a partir das experiências e perspectivas dos participantes, em vez de se basear apenas em dados numéricos. O enfoque do estudo será analítico, descritivo e exploratório, na forma de estudo de caso único, visando analisar o Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 de Lagoa Santa/MG como estratégia para reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) durante a pandemia.

O uso do estudo de caso se justifica por permitir a compreensão aprofundada de um fenômeno contemporâneo em seu contexto real, a partir de múltiplas fontes de evidência (Yin, 2015). Mariz et al. (2005) fala da versatilidade do estudo de caso como método de pesquisa, enfatizando sua capacidade de se adaptar a diferentes abordagens, como estudos exploratórios, descritivos ou práticos. Além disso, aponta que o estudo de caso, especialmente em pesquisas organizacionais, lida com dados complexos e variados, situando-se em um "polo real", onde os fenômenos são analisados em seus contextos reais, sem controle rígido.

Os dados do trabalho foram coletos entre janeiro a agosto de 2025 , contemplando as fontes de dados primários, que incluíram , os Planos Municipais de Enfrentamento à COVID-19 referentes à 1ª, 2ª e 3ª ondas epidemiológicas, contratos, termos aditivos e notas técnicas associadas à execução das ações, relatórios de monitoramento epidemiológico e de gestão elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde, atos normativos municipais (decretos, portarias e instruções normativas) relacionados à pandemia, publicados no portal da Prefeitura de Lagoa Santa.

Como Fonte secundária foram utilizados as publicações institucionais de abrangência nacional, como o Plano Nacional de Enfrentamento à COVID-19 (Ministério da Saúde, 2020), documentos do CONASS e CONASEMS e relatórios e orientações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2021) e dois artigos científicos e documentos técnicos presentes nos anexos, sendo eles: O papel da APS na Pandemia e Gestão Pública da Pandemia no Município da Amazônia.

Para análise de critério de inclusão e exclusão de dados, após a busca do material foram incluídos as publicações que abordaram diretamente a resposta do município de Lagoa Santa à pandemia de COVID-19, os que se relacionassem à organização ou reorganização de componentes da RAS e apresentaram informações sobre serviços implantados ou fortalecidos durante a pandemia e mantidos no período pós-pandêmico. Os dados foram avaliados por análise temática segundo Braun e Clarke (2006), envolvendo a leitura flutuante e compreensão geral dos documentos, a codificação inicial dos conteúdos, o agrupamento das codificações em categorias temáticas, a interpretação dos achados à luz da literatura e das diretrizes normativas.

As categorias temáticas foram definidas a priori com base nos eixos estruturantes do plano municipal: Atenção Primária à Saúde (APS), Central de Atendimento Remoto (CEAR) Testagem e diagnóstico (CENTRA e descentralização), Atenção às urgências e retaguarda hospitalar (incluindo CTI) Assistência clínica, Reabilitação e cuidados pós-COVID , Proteção dos trabalhadores da saúde e Comunicação e mobilização social.

A análise das categorias foram realizadas através da triangulação entre diferentes fontes e tipos de documento visou assegurar a validade interna da análise (Minayo, 2014), enquanto a utilização de referências cruzadas com publicações técnico-científicas buscou fortalecer a consistência acadêmica do estudo. Segundo Stake (2011) consiste em observar e observar. Para o autor a triangulação ajuda a reconhecer que as coisas precisam de uma explicação mais elaborada do que pensamos inicialmente, para tanto se faz necessário a combina de diferentes às versões fontes de evidência para garantir maior confiabilidade e validade às conclusões.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos documentos evidenciou que o Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 de Lagoa Santa/MG foi estruturado em oito eixos estratégicos que, articulados entre si, permitiram reorganizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para responder de forma adaptativa ao avanço da pandemia. O plano foi periodicamente atualizado, nas versões

correspondentes à 1ª, 2ª e 3ª ondas epidemiológicas, e as ações inicialmente emergenciais consolidaram-se, em sua maioria, como serviços permanentes no município.

Quadro 1 – Eixos estratégicos e legados do Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 (Lagoa Santa/MG)

Eixo Estratégico	Ação durante a pandemia	Legado permanente/Impacto estrutural
Atenção Primária à Saúde (APS)	Coordenação do cuidado; estratificação de risco; monitoramento domiciliar; continuidade de cuidados essenciais.	Consolidação da APS como ordenadora da rede e base de vigilância integrada.
Central de Atendimento Remoto (CEAR)	Telemonitoramento e teleatendimento; regulação de fluxos; agenda de testagens; equipe multiprofissional.	Institucionalização como central reguladora com integração APS-ambulatórios-serviços de urgência.
Testagem e diagnóstico (CENTRA → descentralização)	Padronização inicial via central; posterior descentralização para 20 USF; agendamento pela CEAR.	Acesso ampliado ao diagnóstico e vigilância ativa territorializada.
Urgências e retaguarda hospitalar	Porta COVID; leitos dedicados; implantação do CTI no hospital municipal.	Primeiro CTI da microrregião, habilitado; reforço permanente da capacidade crítica regional.
Assistência clínica	Protocolos operacionais e integração logística de insumos, medicamentos e equipamentos.	Aprimoramento da logística sanitária e prontidão para crises de suprimento.
Reabilitação e cuidados pós-COVID	Centro multiprofissional (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, especialidades).	Serviço permanente com expansão para condições crônicas e sequelas.
Proteção dos trabalhadores da saúde	EPIs contínuos; testagem prioritária; reorganização de escalas; realocação de risco.	Protocolos de biossegurança e gestão de força de trabalho institucionalizados.
Comunicação e mobilização social	Boletins epidemiológicos, campanhas educativas e transparência de fluxos.	Confiança pública fortalecida e controle social ativo.

Fonte: própria dos autores

4.1Atenção Primária à Saúde (APS) e coordenação do cuidado

A APS foi definida como a base da resposta municipal, desempenhando o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. No documento O papel da APS na Pandemia, enfatiza-se que "a Atenção Primária à Saúde foi a base da resposta local, atuando na vigilância, no manejo inicial dos casos e na coordenação do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde, mesmo em um cenário de sobrecarga e incertezas" (Giovanella; Franco; Almeida, 2021, p. 3). Em Lagoa Santa, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) reorganizaram seus processos de trabalho para ampliar a estratificação de risco, intensificar o monitoramento domiciliar e garantir a continuidade dos cuidados essenciais, em consonância

com as diretrizes do Plano Nacional de Enfrentamento à COVID-19 (Ministério da Saúde, 2020) e com as recomendações do CONASS (2020).

4.2Central de Atendimento Remoto (CEAR)

Implantada no contexto do Fique em Casa, a CEAR constituiu-se como inovação organizacional ao articular teleatendimento, telemonitoramento e regulação de fluxos assistenciais. A equipe inicial foi composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais afastados do atendimento presencial por comorbidades, garantindo o aproveitamento da força de trabalho e a preservação da saúde dos profissionais. O plano da 2ª onda descreve a CEAR como "centro articulador e regulador de fluxos, garantindo teleatendimento, telemonitoramento e encaminhamentos seguros" (Plano Municipal, 2021, p. 6). O serviço também assumiu a agenda de testagem de casos suspeitos, orientação preventiva e acompanhamento de condições clínicas leves, modelo comparável a experiências documentadas em Gestão Pública da Pandemia no Município da Amazônia.

4.3 Testagem e diagnóstico – CENTRA e descentralização

Inicialmente, a Central de Testagem Rápida (CENTRA) centralizou a coleta e processamento de testes para COVID-19, assegurando padronização e rastreabilidade. A partir da 3ª onda, houve descentralização da testagem para as 20 Unidades de Saúde da Família, com agendamento realizado via CEAR. Essa estratégia, registrada no Plano Municipal de Enfrentamento – 3ª Onda (2022), ampliou o acesso, reduziu o tempo para confirmação diagnóstica e atendeu à recomendação da OPAS (2021) sobre descentralização como medida de vigilância ativa.

4.4 Atenção às urgências e retaguarda hospitalar

O Pronto Atendimento Municipal foi reestruturado com uma "porta COVID" exclusiva e leitos dedicados de enfermaria e semi-intensivo. O marco mais relevante foi a implantação do Centro de Terapia Intensiva (CTI) no Hospital Municipal Dr. Lindouro Avelar, primeiro e único da microrregião de Vespasiano/Lagoa Santa, posteriormente habilitado de forma definitiva pelo Ministério da Saúde. O Plano de Enfrentamento nos Hospitais destaca que a ampliação da capacidade de leitos críticos é um dos principais indicadores de prontidão hospitalar e resiliência regional.

4.5 Assistência clínica

A assistência clínica foi organizada segundo protocolos técnicos e operacionais das diretrizes do Ministério da Saúde e da OMS, garantindo integração entre APS, CEAR, pronto atendimento e CTI. Adotou-se a máxima dos princípios da logística sanitária, no lugar certo, na quantidade certa, no tempo certo, para otimizar a distribuição de insumos, medicamentos e equipamentos, assegurando a continuidade da assistência.

Essa gestão logística foi crucial para enfrentar crises de abastecimento: escassez generalizada de insumos em 2020; falta de soro fisiológico em 2021; e desabastecimento de oxigênio hospitalar em 2021 e 2022. Somaram-se a esses desafios a elevação acentuada dos preços e o aumento expressivo nos custos dos insumos do kit intubação, cuja demanda cresceu exponencialmente durante os picos da pandemia. O município adotou medidas como antecipação de compras, constituição de estoques reguladores e negociação direta com fornecedores, alinhadas às recomendações da OPAS (2021) para gestão de cadeias de suprimento em emergências sanitárias.

4.6 Reabilitação e cuidados pós-COVID-19

Foi estruturado o Centro de Especialidades e Atenção à Reabilitação, com equipe multiprofissional - fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e especialidades médicas - para pacientes com sequelas respiratórias, motoras e cognitivas pós-COVID. Em linha com Halpin et *al.* (2021), o serviço expandiu seu escopo para outras condições crônicas, garantindo sustentabilidade no período pós-pandêmico.

4.7 Proteção dos trabalhadores da saúde

O plano previu fornecimento contínuo de EPIs, testagem prioritária, reorganização de escalas e realocação de profissionais com fatores de risco para funções remotas, conforme diretrizes do CONASEMS (2021) e do Plano Nacional de Enfrentamento à COVID-19. Essas medidas preservaram a força de trabalho e reduziram a exposição ocupacional.

4.8 Comunicação e mobilização social

A Prefeitura manteve boletins epidemiológicos regulares, campanhas educativas e informações transparentes sobre fluxos e serviços. O documento Controle Social no Plano da COVID-19 ressalta que a comunicação clara e a participação social contribuíram para a adesão da população às medidas sanitárias e para o fortalecimento da confiança na gestão.

4.9 Discussão

A análise da experiência de Lagoa Santa/MG revela que o Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 constituiu-se como uma aposta estratégica de governança, permitindo à gestão municipal não apenas coordenar a resposta à emergência sanitária, mas também reorganizar de forma estrutural a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa centralidade do plano como instrumento dinâmico de gestão reforça a concepção apresentada por Pires (2019), segundo a qual determinadas políticas públicas funcionam como apostas performativas, capazes de moldar fluxos institucionais e articular múltiplos atores em torno de um objetivo comum.

A implementação do plano favoreceu a integração progressiva dos diferentes pontos da RAS, em linha com o modelo de redes proposto por Mendes (2011), que preconiza a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos assistenciais. Essa diretriz está igualmente presente no Plano Nacional de Enfrentamento à COVID-19 (Ministério da Saúde, 2020) e no documento O papel da APS NA Pandemia, que enfatiza o papel da APS na vigilância, manejo clínico inicial e continuidade do cuidado.

Em Lagoa Santa, essa coordenação foi potencializada pela criação da Central de Atendimento Remoto (CEAR), articulando teleatendimento, telemonitoramento e regulação de fluxos, estratégia que encontra paralelo em outras experiências brasileiras, como demonstrado no estudo Gestão Pública da Pandemia no Município da Amazônia, onde a centralização de informações e encaminhamentos reduziu a sobrecarga hospitalar e fortaleceu a integração entre vigilância e assistência.

Outro elemento-chave foi a descentralização progressiva da testagem, inicialmente concentrada na Central de Testagem Rápida (CENTRA) e posteriormente expandida para as 20 Unidades de Saúde da Família, com agendamento via CEAR. A OPAS (2021) aponta a descentralização diagnóstica como componente essencial de vigilância ativa e resposta rápida em emergências, e a experiência de Lagoa Santa confirma que tal medida reduz tempos de confirmação e facilita o isolamento oportuno de casos.

No campo da atenção às urgências e retaguarda hospitalar, a implantação do Centro de Terapia Intensiva (CTI) no Hospital Municipal Dr. Lindouro Avelar, o único da microrregião,

é emblemática. A ampliação da capacidade de leitos críticos é amplamente reconhecida como um dos principais indicadores de prontidão e resiliência hospitalar (Kruk et al., 2015). Além disso, a habilitação definitiva do CTI pelo Ministério da Saúde representa não apenas uma conquista emergencial, mas um legado estrutural que expande permanentemente a capacidade assistencial da região.

A assistência clínica foi fortemente influenciada pela adoção dos princípios da logística sanitária, no lugar certo, na quantidade certa, no tempo certo, assegurando a alocação eficiente de insumos, medicamentos e equipamentos. Esse aspecto é particularmente relevante diante das crises de abastecimento vividas no período, como a escassez generalizada de insumos em 2020, a falta de soro fisiológico em 2021 e o desabastecimento de oxigênio em 2021 e 2022, somava-se à elevação acentuada dos preços e ao aumento expressivo nos custos do kit intubação. Segundo a OPAS (2021), a capacidade de manter cadeias de suprimento funcionais durante crises é um marcador crítico de resiliência operacional, e as ações adotadas em Lagoa Santa, antecipação de compras, estoques reguladores e negociação direta com fornecedores, exemplificam essa competência.

Os legados da pandemia no município ultrapassam a dimensão hospitalar. A criação do Centro de Especialidades e Atenção à Reabilitação para pacientes pós-COVID incorporou recomendações internacionais para inclusão da reabilitação multiprofissional no continuum do cuidado (Halpin et *al.*, 2021), fortalecendo a capacidade da rede em manejar condições crônicas e sequelas de doenças agudas. Do ponto de vista da governança participativa, a manutenção de canais transparentes de comunicação com a população e o fortalecimento do controle social, como descrito no documento Controle Social no Plano da COVID-19, foram determinantes para a adesão comunitária às medidas sanitárias e para a legitimação das ações da gestão.

Assim, a experiência de Lagoa Santa confirma achados da literatura que associam a eficácia das respostas a emergências sanitárias à integração entre níveis de atenção, ao fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado, à utilização estratégica da tecnologia da informação e à capacidade de incorporar inovações emergenciais como políticas permanentes (Thomas et *al.*, 2020; Giovanella et *al.*, 2021). Ao posicionar o plano como instrumento vivo e adaptativo, a gestão municipal não apenas mitigou os impactos imediatos da pandemia, mas também deixou um legado institucional e estrutural que ampliou a resolutividade e a resiliência do SUS em nível local.

5 CONCLUSÃO

A experiência de Lagoa Santa/MG no enfrentamento da pandemia de COVID-19 evidencia que um plano municipal, quando concebido como aposta estratégica de governança, pode transcender a função emergencial e tornar-se um instrumento estruturante da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 não apenas articulou ações de vigilância, assistência clínica e logística, mas também promoveu a integração efetiva entre a Atenção Primária, serviços de urgência, retaguarda hospitalar e reabilitação, gerando legados permanentes que ampliaram a capacidade resolutiva do sistema local.

A criação e institucionalização de serviços como a Central de Atendimento Remoto (CEAR), a descentralização da testagem, a implantação do Centro de Terapia Intensiva (CTI) no Hospital Municipal Dr. Lindouro Avelar e o estabelecimento de um centro multiprofissional de reabilitação configuram avanços estruturais que reposicionam Lagoa Santa como referência microrregional em assistência e gestão em saúde. Esses legados reforçam a importância da APS como coordenadora do cuidado, da adoção de estratégias logísticas inovadoras e do uso de tecnologias para ampliar acesso e eficiência.

Ao conjugar coordenação intersetorial, inovação tecnológica, resiliência logística e participação social, Lagoa Santa materializa princípios fundamentais para a construção de sistemas de saúde mais robustos, responsivos e equitativos. A experiência analisada oferece subsídios para que outros municípios incorporem planos municipais de enfrentamento como ferramentas permanentes de governança em saúde, aptas a responder a crises emergenciais e a fortalecer o SUS no cotidiano.

Não obstante, este estudo apresenta limitações por tratar-se de um estudo de caso único, fundamentado majoritariamente em documentos administrativos e técnico-normativos, sem coleta de dados primários junto a usuários ou profissionais e sem avaliação econômica formal. Além disso, permanece o risco de viés de relato em documentos institucionais, ainda que mitigado por triangulação.

Diante disso, destaca-se a importância de institucionalizar rotinas do CEAR e de indicadores assistenciais/logísticos, bem como formalizar a governança intersetorial por meio de protocolos permanentes. Para a pesquisa, sugere-se posterior realização de estudos de séries temporais e avaliações econômicas, à incorporação de desenhos comparativos entre municípios e a investigação dos desfechos em reabilitação. Assim, a experiência de Lagoa Santa abre caminho para novas agendas investigativas e práticas de gestão que podem contribuir para o fortalecimento contínuo do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

CASTRO, J. L. de et al. A gestão da pandemia de covid-19 e as suas repercussões para o gestor do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, supl. 2, e230491pt, 2023.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária à Saúde e enfrentamento da pandemia de Covid-19**. Brasília: CONASS, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O papel da APS na pandemia**. Brasília: CONASS, 2021.

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Diretrizes para proteção dos trabalhadores de saúde durante a pandemia de Covid-19.** Brasília: CONASEMS, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Controle social no plano da COVID-19**. Brasília: CONASEMS, 2021.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009. (Cap. 7).

GIOVANELLA, L. et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 748-762, jul./set. 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113014.

GIOVANELLA, Lígia et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 4, p. 161-176, dez. 2020. DOI: 10.1590/0103-11042020E410.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. et al. O papel da APS na pandemia de Covid-19: enfrentando a crise e fortalecendo o SUS. **Saúde em Debate**, v. 45, n. spe1, p. 85–103, 2021.

HALPIN, S. J. et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: a cross-sectional evaluation. **Journal of Medical Virology**, v. 93, n. 2, p. 1013-1022, 2021. DOI: 10.1002/jmv.26368.

KRUK, M. E.; MYERS, M.; VARPILAH, S. T.; DAHN, B. T. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. **The Lancet**, v. 385, n. 9980, p. 1910–1912, 2015.

LAGOA SANTA (MG). **Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19**: 1ª, 2ª e 3ª ondas epidemiológicas. Lagoa Santa: Secretaria Municipal de Saúde, 2021.

LAGOA SANTA (MG). **Plano Municipal de Enfrentamento à Covid-19 (Coronavírus)**. Lagoa Santa: Prefeitura Municipal, [ano de publicação]. Disponível em: https://www.lagoasanta.mg.gov.br/downloads/category/392-plano-municipal-de-enfrentamento-covid-19-coronavirus. Acesso em: set.–out. 2025.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Plano Nacional de Enfrentamento à COVID-19**. Brasília: MS, 2020.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Orientações estratégicas para o fortalecimento da vigilância, diagnóstico e abastecimento de insumos em emergências sanitárias**. Brasília: OPAS/OMS, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Organização e funcionamento dos serviços de saúde em tempos de COVID-19**. Brasília: OPAS, 2021.

PIRES, R. R**. Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA. **Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 – 1ª onda**. Lagoa Santa: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA. **Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 – 2ª onda**. Lagoa Santa: Secretaria Municipal de Saúde, 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA. **Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 – 5ª onda**. Lagoa Santa: Secretaria Municipal de Saúde, 2022.

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

SIMÕES, M. C. et al. Gestão em saúde pública: enfrentamento da COVID-19 em um Estado na Amazônia Brasileira. **Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana**, Curitiba, v. 23, n. 4, p. 1-22, 2025. DOI: 10.55905/oelv23n4-057.

SOUZA, M. F. et al. Gestão pública da pandemia no município da Amazônia: aprendizados e desafios. **Revista de Administração Pública**, v. 55, n. 6, p. 1584–1602, 2021.

STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam [recurso eletrônico**]. Tradução: Karla Reis. Revisão técnica: Nilda Jacks. Porto Alegre: Penso, 2011.

THOMAS, S.; SAGAN, A.; LARKIN, J. et al. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. **Health Policy**, v. 124, n. 6, p. 617–624, 2020.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19** – 11 March 2020. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020. Acesso em: 5 out. 2025.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001. (Cap. 1 e 4).

QUADRO

Quadro 1 – Eixos estratégicos e legados do Plano Municipal de Enfrentamento à COVID-19 (Lagoa Santa/MG)

IMPACTOS DA CARGA DE TRABALHO E DO CUIDADO AO PACIENTE NA SAÚDE MENTAL E FÍSICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Tereza Raquel Da Silva Tomé; Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Karla Rona da Silva; 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

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

Monique Fernanda Felix Ferreira; Doutora em Demografia; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas

Patrícia Lourdes Silva; Doutora em Ciências Aplicadas a Saúde do Adulto Gestão em Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: Este estudo analisou os impactos da sobrecarga de trabalho e do cuidado ao paciente na saúde ocupacional de profissionais da saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases BVS e Portal Capes, incluindo publicações entre 2018 e 2024. Os resultados apontaram que a sobrecarga laboral, agravada pela pandemia de COVID-19, intensificou estresse, ansiedade e exaustão, sobretudo entre profissionais de enfermagem. O subdimensionamento de equipes, jornadas extensas e ausência de apoio psicológico adequado comprometeram a saúde física e mental, refletindo na segurança do paciente. Conclui-se pela necessidade urgente de políticas e estratégias de saúde ocupacional que garantam condições dignas de trabalho, suporte emocional e dimensionamento adequado de equipes.

PALAVRAS-CHAVE: Sobrecarga de trabalho; Saúde ocupacional; Equipe de saúde; Saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

O estresse ocupacional contribui significativamente para o desenvolvimento de doenças crônicas, impactando direta e indiretamente o desempenho e a organização dos serviços de saúde (Muniz et *al.*, 2023). Na área da saúde, há uma variedade de doenças que podem ser desencadeadas pelo excesso de estresse, afetando não só a saúde física dos profissionais como também o funcionamento geral das equipes de trabalho.

Os profissionais de saúde enfrentam desafios físicos e emocionais constantes no ambiente laboral. Entre esses desafios, destacam-se a carga de trabalho excessiva, o estresse, a exposição a situações traumáticas, a pressão por resultados e a responsabilidade de cuidar de pacientes em condições delicadas, que impactam negativamente a saúde dos profissionais. Esses fatores contribuem para o aumento dos eventos adversos, comprometendo a segurança do paciente e, consequentemente, a qualidade dos serviços ofertados (Teixeira *et al.*, 2020). Além disso, questões como a falta de controle e o desconhecimento sobre novas condições e a evolução da pandemia de COVID-19 geraram impactos psicológicos profundos entre os trabalhadores da saúde (El-Hage et *al.*, 2020).

A relevância deste estudo está em evidenciar como os profissionais de saúde são constantemente expostos a condições laborais desafiadoras que podem comprometer sua saúde física e mental. As consequências vão além do indivíduo, afetando o ambiente de trabalho e, principalmente, a qualidade da assistência prestada aos pacientes. O agravamento desses problemas durante a pandemia de COVID-19 tornou ainda mais evidente a necessidade

de atenção a esse tema, especialmente no contexto hospitalar (Muniz et *al*., 2023; Teixeira et *al*., 2020; El-Hage et *al*., 2020).

A justificativa para a realização deste estudo reside na importância de compreender os impactos da sobrecarga de trabalho e as condições adversas enfrentadas por esses profissionais, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de saúde ocupacional que promovam melhores condições de trabalho. Além disso, busca-se preencher lacunas na literatura sobre o tema, fornecendo subsídios para intervenções preventivas e políticas públicas que mitiguem os efeitos do trabalho exaustivo e garantam um ambiente mais saudável e seguro para os trabalhadores (Muniz et *al*., 2023; Teixeira et *al*., 2020; El-Hage et *al.*, 2020).

A síndrome de Burnout, por exemplo, é uma resposta prolongada aos estressores crônicos no ambiente de trabalho, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução do sentimento de realização pessoal. Estudos indicam que profissionais de saúde têm maior propensão a desenvolver essa síndrome, sendo identificada com frequência entre médicos de diferentes especialidades (25% a 60%), médicos residentes (7% a 76%) e enfermeiros (10% a 70%) (Perniciotti et *al*., 2020). Durante a pandemia de COVID-19, esses profissionais foram ainda mais sobrecarregados e expostos a uma doença nova, elevando os níveis de estresse físico e mental devido ao aumento da carga de trabalho e aos riscos associados (Do Salgado, C.U.V., 2022).

Neste contexto, o presente estudo busca contribuir com o entendimento das condições de trabalho enfrentadas pelos profissionais de saúde, destacando os fatores que impactam diretamente sua saúde ocupacional e propondo estratégias que promovam bem-estar físico e mental, além de melhorias na qualidade dos serviços de saúde (Muniz et *al*., 2023; Teixeira et *al*., 2020; El-Hage et *al*., 2020).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Autores clássicos como Laurell e Noriega (1989), Dejours (1992) e Mendes (2003) oferecem referenciais fundamentais para compreender a relação entre organização do trabalho, sofrimento e adoecimento. Além disso, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2012) constitui marco normativo essencial no contexto brasileiro, reforçando a necessidade de proteção e promoção da saúde ocupacional.

2.1 O Trabalho na Área da Saúde

As doenças associadas ao trabalho, tanto físicas quanto emocionais, têm aumentado expressivamente entre profissionais de saúde, como médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares administrativos (Silva, 2011). Esses profissionais enfrentam desafios diários que elevam seus níveis de estresse, incluindo a convivência constante com dor, sofrimento e morte, bem como jornadas intensas, baixos salários, relações interpessoais complexas e escassez de recursos materiais e humanos. Esse contexto aumenta o risco de desenvolverem problemas de saúde ocupacional (Brasil, 2012).

No ambiente hospitalar, os riscos são intensificados por fatores como a ausência de controle sobre o ritmo de trabalho, longas jornadas e a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados, bem como a deficiência em medidas de proteção coletiva (Berton, 2012). Tais condições afetam tanto a saúde mental quanto a física dos trabalhadores, gerando um ambiente de trabalho que eleva o risco de doenças ocupacionais.

A pandemia de COVID-19 evidenciou e agravou esses desafios. Entre profissionais e estudantes de saúde, o surgimento de sintomas psicológicos se tornou frequente, impactando a formação acadêmica e o atendimento aos pacientes. A identificação precoce dessas alterações

é fundamental para um manejo adequado, evitando consequências de longo prazo (Martinho, 2024).

Em setores específicos, como saúde mental e unidades de emergência, esses profissionais são submetidos a uma carga emocional ainda mais intensa. A convivência com pacientes em estado de sofrimento psicológico grave e a necessidade de tomar decisões rápidas em ambientes de alta pressão geram estresse contínuo. Esses fatores, aliados à falta de suporte emocional no ambiente de trabalho, contribuem para o desenvolvimento da síndrome de Burnout e outras condições relacionadas à saúde mental (Oliveira, 2019).

Outro elemento relevante é a dinâmica hierárquica nos ambientes hospitalares. A hierarquia e as relações interpessoais afetam diretamente a saúde ocupacional, influenciando a comunicação e a cooperação entre equipes. Relações de poder mal geridas, associadas à pressão por resultados e à falta de autonomia, tornam o ambiente hospitalar propício a conflitos, que se refletem em estresse adicional e desgaste emocional dos profissionais (Berton, 2012). A comunicação eficaz e o estabelecimento de um ambiente de trabalho colaborativo são fundamentais para minimizar esses impactos e promover um ambiente de trabalho mais saudável.

2.2 Saúde Ocupacional na Área da Saúde

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define saúde ocupacional como a promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões (OIT, 1998). No setor de saúde, a saúde ocupacional vai além da prevenção de problemas decorrentes das condições laborais; ela busca adaptar o ambiente de trabalho às capacidades e limitações dos trabalhadores, visando preservar sua saúde e segurança (Soares et *al*., 2023).

A ergonomia, uma área essencial dentro da saúde ocupacional, é fundamental para evitar problemas musculoesqueléticos, comuns entre profissionais de saúde que se alternam entre posturas sentadas e em pé. A adoção de práticas ergonômicas, como o uso de mobiliário adequado, equipamentos de fácil manuseio e técnicas de levantamento seguro de pacientes, pode reduzir o risco de lesões e fadiga, especialmente em turnos prolongados (Soares, 2023).

Além da ergonomia, práticas de promoção do bem-estar dos trabalhadores, como ginástica laboral, sessões de *mindfulness* e espaços de descompressão, têm se mostrado eficazes para mitigar os efeitos do estresse ocupacional. Em ambientes hospitalares, essas práticas auxiliam na recuperação física e emocional dos profissionais, contribuindo para a manutenção de um clima organizacional saudável e sustentável (Oliveira, 2019).

2.3 Políticas de Saúde Ocupacional e Impactos da Pandemia no Brasil

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem implementado políticas de saúde ocupacional voltadas para o bem-estar dos trabalhadores da saúde. Entre essas iniciativas, destacam-se programas de apoio psicológico para os profissionais que atuaram na linha de frente durante a pandemia de COVID-19. Esse período ressaltou a urgência de políticas que valorizem a saúde mental, oferecendo suporte emocional, redução de carga horária e melhores condições de trabalho para esses profissionais (Machado, 2023).

A pandemia de COVID-19 trouxe impactos profundos e duradouros sobre a saúde física e mental dos trabalhadores da saúde. O aumento da carga de trabalho, associado à pressão emocional e ao risco constante de contaminação, intensificou os níveis de estresse e desgaste psicológico. Estudos indicam que, mesmo após a redução das internações, os efeitos acumulados durante esse período continuam a impactar esses profissionais, destacando a necessidade de políticas permanentes para a prevenção do Burnout e outras condições associadas (Teixeira et *al*., 2020).

Além disso, os desafios enfrentados durante a pandemia evidenciam a importância de investimentos contínuos em saúde ocupacional. Práticas ergonômicas e estratégias preventivas, como ginástica laboral, *mindfulness* e programas de suporte psicológico, são fundamentais para mitigar os efeitos do estresse ocupacional e promover a recuperação física e emocional dos trabalhadores. A implementação de tais medidas é indispensável para a construção de um ambiente de trabalho seguro, sustentável e capaz de garantir a qualidade dos serviços prestados (Brasil, 2012; Machado et *al*., 2023; Teixeira et *al*., 2020).

Por fim, empregadores e profissionais de saúde precisam atuar de forma colaborativa, desenvolvendo condições laborais que respeitem a saúde ocupacional. Apenas por meio de um esforço conjunto será possível assegurar o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que se promove a excelência no atendimento à população (Brasil, 2012; Machado et *al.*, 2023; Teixeira et *al.*, 2020).

3 METODOLOGIA

Para a realização desta revisão integrativa da literatura, a fim de responder à pergunta norteadora, o método adotado no presente estudo foi a revisão sistemática de literatura do tipo integrativa, uma vez que possibilita sintetizar os estudos pesquisados e conduzir uma investigação abrangente contribuindo para a realização de novos estudos (Mendes et *al*. 2008).

A revisão integrativa possibilita a síntese de estudos com diferentes abordagens metodológicas, oferecendo uma visão abrangente sobre o tema investigado e permitindo a identificação de padrões e lacunas nas evidências disponíveis. Ela busca integrar e analisar de forma crítica as evidências disponíveis, promovendo uma visão mais completa e detalhada do assunto investigado. A revisão integrativa se distingue por permitir a inclusão de estudos qualitativos, quantitativos e até mesmo de diferentes tipos de evidências, o que a torna uma ferramenta valiosa para a construção de um entendimento mais amplo sobre fenômenos complexos. Além disso, ela não apenas resume os achados dos estudos, mas também os analisa criticamente, possibilitando a identificação de padrões, divergências e tendências nas evidências existentes (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Santos; Pimenta; Nobre, 2007; Moher et *al*., 2015).

Esse método é dividido em seis etapas (Mendes et *al.* 2008):

Primeira etapa: a primeira etapa consistiu na identificação do tema e da pergunta pesquisada (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). A pergunta estabelecida através da estratégia PICO, onde a letra P se refere à população estudada, a letra I à intervenção, a letra C à comparação e a letra O ao resultado (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007) foi: “quais os impactos da carga de trabalho e do cuidado ao paciente na saúde mental e física dos profissionais de saúde?” (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Santos; Pimenta; Nobre, 2007; Moher et *al*., 2015).

Segunda etapa: Na segunda etapa foram estabelecidos critérios para a inclusão ou exclusão dos estudos (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Foram selecionadas pesquisas das bases de dados Lilacs e Medline do Portal BVS e Portal Capes, trabalhos científicos publicados em periódicos e dissertações, entre os anos de 2018 a 2024, seleção apenas de artigos conduzidos em populações no Brasil, foram considerados os textos em português. Para as bases da BVS e Portal Capes foi planejada a interseção entre os descritores: Pessoal da Saúde, Carga de Trabalho, Saúde Ocupacional e seus correspondentes em inglês e espanhol, para as bases da BVS e Portal Capes. Para a combinação foram utilizados os operadores booleanos AND e OR.

A amostra inicial constituiu-se de 13 artigos, sendo 13 (BVS); 0(Pubmed); 0 (Cochrane); 0 (Scopus); 0 (Web of Science). As estratégias de busca nas bases de dados, juntamente com o número de artigos, encontram-se abaixo registradas na Tabela 1.

Tabela 1 - Bases de dados, estratégias de busca e resultado de artigos encontrados. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2024.

BASE	ESTRATÉGIA DE BUSCA	RESULTADOS
BVS	("Pessoal de Saúde" OR "Health Personnel" OR "Personal de Salud" OR "Personnel de santé" OR "Pessoal da Saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissionais de Saúde" OR "Trabalhador da Saúde" OR "Trabalhador de Saúde" OR "Healthcare Professional" OR "Healthcare Worker") AND ("Carga de Trabalho" OR Workload OR "Carga de Trabajo" OR "Charge de travail") AND ("Saúde Ocupacional" OR "Occupational Health" OR "Salud Laboral" OR "Santé au travail")	13
Cochrane library (CAPES)	("Health Personnel" OR "Healthcare Professional" OR "Healthcare Worker") AND (Workload) AND ("Occupational Health")	0
SCOPUS	("Health Personnel" OR "Healthcare Professional" OR "Healthcare Worker") AND (Workload) AND ("Occupational Health")	0
Web of Science (CAPES)	("Health Personnel" OR "Healthcare Professional" OR "Healthcare Worker") AND (Workload) AND ("Occupational Health")	0
Scopus (CAPES)	("Health Personnel" OR "Healthcare Professional" OR "Healthcare Worker") AND (Workload) AND ("Occupational Health")	0

Fonte: Elaborado pelos autores.

O processo de estudo dos dados contidos nas publicações foi realizado primeiramente por meio de leitura dos títulos e resumos dos artigos selecionados, foram eliminados 6 trabalhos conforme aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, resultando em uma seleção parcial de 7 textos, que após a leitura do material completo de cada publicação resultaram em um total de publicações para a amostra final, registradas no Quadro 2 (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Santos; Pimenta; Nobre, 2007; Moher et al., 2015).

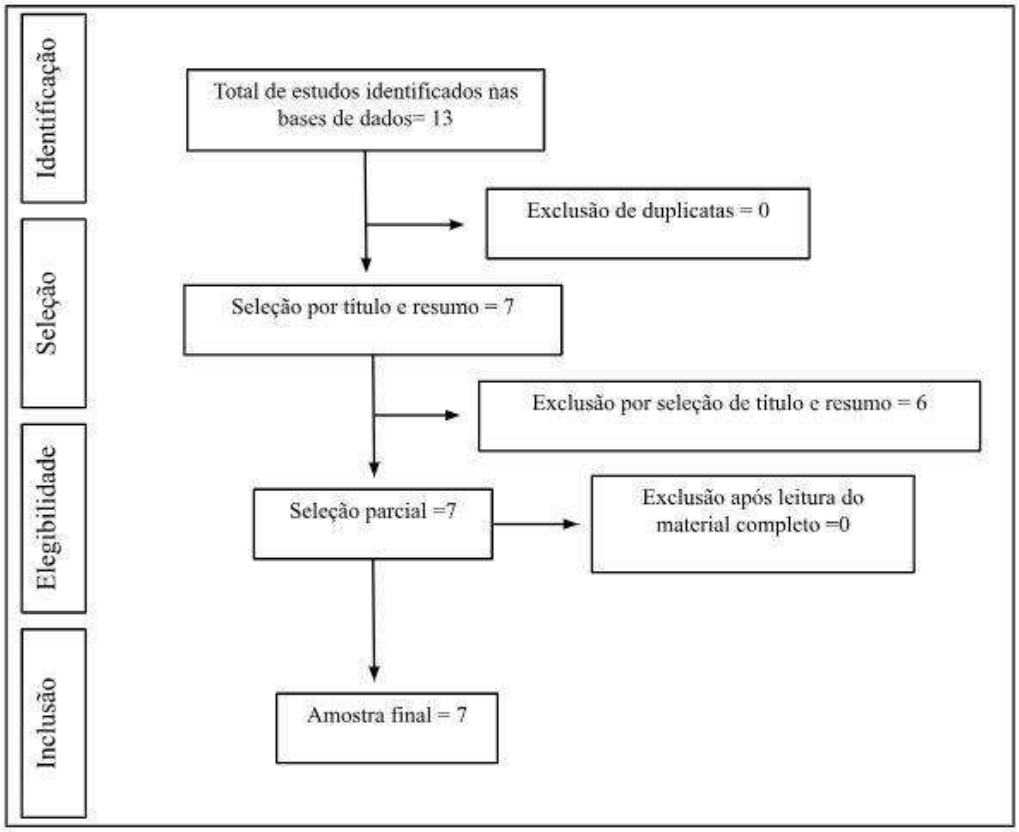
Tabela 2 - Processo de seleção. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2024.

Bases de dados	Resultados encontrados	Resultados selecionados
BVS	13	7
PubMed (CAPES)	0	0
Cochrane (CAPES)	0	0
Scopus (CAPES)	0	0
Web of Science (CAPES)	0	0
Total	13	7

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na sequência, o processo de seleção das publicações é apresentado utilizando-se da recomendação PRISMA (Moher et *al.*, 2015). Foi desenhado o fluxograma, apresentado na Figura 1 representando todas as etapas da triagem dos estudos.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos primários. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2024.



Fonte: Elaborado pelos autores.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados foi organizada de forma clara e objetiva, permitindo uma investigação detalhada e comparativa com as hipóteses e objetivos do estudo. A discussão dos resultados buscará compreender suas implicações, relacionando-os com a literatura existente e avaliando sua consistência. O quadro a seguir ilustra de maneira precisa os principais achados, que serão aprofundados ao longo desta seção para uma análise crítica e reflexiva (Machado et *al*., 2023; Meese et *al*., 2021; Karasek; Theorell, 1990; Siegrist, 1996; Oliveira et *al*., 2019; Souza et *al*., 2018).

Quadro 1 – Estudos incluídos na revisão integrativa.

Nº	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE DE DADOS	PERIÓDICOS	ANO
1	Condições de trabalho e saúde de profissionais da linha de frente na pandemia de covid-19	Alves, Laura Izabel do Nascimento; Siqueira, Gisela Rocha de; Santos, Gabriela da Silva; Soares, Aenoan Rayane de Souza; Souza, Ana Izabel Godoy; Dantas, Diego de Sousa; Tenório, Angélica da Silva	LILACS	Saúde debate;48(141) : e8791, abr.-jun. 2024. tab, graf	2024
2	Estresse ocupacional entre psicólogos atuantes na	Eidelwein, Carmem Andréia Dutra; Trindade, Letícia de	LILACS	Psicol. ciênc. prof;44:	2024

Nº	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE DE DADOS	PERIÓDICOS	ANO
	atenção primária à saúde no contexto pandêmico	Lima; Bordignon, Maiara		e259089, 2024. tab, graf	
3	Trabalhadores de apoio de um hospital de referência na Bahia, Brasil, no enfrentamento da COVID-19: essenciais e invisíveis	Carvalho, Emily Lima; Castellanos, Marcelo Eduardo Pfeiffer; Teixeira, Ana Maria Freitas; Lima, Mônica Angelim Gomes de; Coulon, Alain Lucien Louis	LILACS	Ciênc. Saúde Colet. (Impr.);Ciênc. Saúde Colet. (Impr.);28(5): 1355-1364, maio 2023.	2023
4	Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de Evidências	Barbosa, Diogo Jacintho; Gomes, Márcia Pereira; Souza, abiana Barbosa Assumpção de; Gomes, Antônio Marcos Tosoli	LILACS	Comun. ciênc. saúde;31(suppl .1): 31-47, 2020. ilus, tab	2020
5	Estresse psicossocial e qualidade de vida em trabalhadores de enfermagem de um hospital militar: modelo desequilíbrio esforço-recompensa	Senna, Natália Victor Madeira	LILACS	Rio de Janeiro; s.n; 2019. 90 p.	2019
6	A relação da Síndrome de Burnout com os profissionais de enfermagem: revisão integrativa	Larré, Mariana Costa; Abud, Ana Cristina Freire; Inagaki, Ana Dorcas de Melo	LILACS	Nursing (Ed. bras., Impr.);21(237) : 2018-2023, fev. 2018.	2018
7	Dimensionamento do pessoal de enfermagem na terapia intensiva adulto	Souza, Verusca Soares de; Inoue, Kelly Cristina; Oliveira, João Lucas Campos de; Magalhães, Ana Maria Müller de; Martins, Eleine Aparecida Penha; Matsuda, Laura Misue	LILACS	REME rev. min. enferm;22: e-1121, 2018. ilus	2018

Fonte: Elaborado pelos autores.

A análise dos impactos do trabalho durante a pandemia de COVID-19 sobre os profissionais de saúde revela um cenário alarmante, com destaque para o estresse, a sobrecarga e a exaustão física e mental enfrentados, especialmente pelos profissionais de enfermagem. O subdimensionamento das equipes, as jornadas de trabalho intensas e a alta demanda por cuidados, especialmente nas unidades de terapia intensiva (UTI), agravam os riscos psicossociais e comprometem a qualidade da assistência prestada. Esses fatores resultaram em consequências significativas para a saúde mental dos profissionais, com o aumento de estresse, ansiedade e depressão (Machado et *al.*, 2023; Meese et *al.*, 2021; Karasek; Theorell, 1990; Siegrist, 1996; Oliveira et *al.*, 2019; Souza et *al.*, 2018).

Além disso, a invisibilidade e desvalorização do trabalho de apoio, realizado por maqueiros, agentes de limpeza e auxiliares administrativos, também contribuíram para a sobrecarga desses trabalhadores, que enfrentaram estigma e desprezo, evidenciando a

fragilidade das redes de apoio institucional e social. Os estudos demonstram que as condições de trabalho e o ambiente psicossocial têm um impacto direto na saúde e no bem-estar dos profissionais, refletindo na qualidade da assistência oferecida tanto na Atenção Primária à Saúde (APS) quanto nas unidades hospitalares, incluindo as de Terapia Intensiva (UTI) (Machado et *al.*, 2023; Meese et *al.*, 2021; Karasek; Theorell, 1990; Siegrist, 1996; Oliveira et *al*., 2019; Souza et *al.*, 2018).

Nos casos dos psicólogos atuantes no NASF-AB, a pesquisa revelou que fatores como o tempo de trabalho, a presença de doenças como a hipertensão e a carga horária influenciam significativamente a percepção de apoio social e demanda no trabalho. A relação entre esforço e recompensa foi destacada como um ponto crítico, com profissionais que enfrentam altos níveis de esforço e baixa recompensa apresentando maior risco de estresse e desgaste mental. A predominância de altos níveis de demanda e controle, bem como as condições de apoio social, indicam que a qualidade de vida dos profissionais está intimamente ligada à organização do trabalho e ao suporte recebido (Machado et *al.*, 2023; Meese et *al.*, 2021; Karasek; Theorell, 1990; Siegrist, 1996; Oliveira et *al.*, 2019; Souza et *al.*, 2018).

De maneira semelhante, os trabalhadores de enfermagem, especialmente os enfermeiros militares, também enfrentam altos níveis de esforço, com baixos índices de recompensa, o que impacta diretamente na sua saúde mental e física, evidenciando uma relação negativa entre esforço e qualidade de vida no domínio psicológico. A sobrecarga de trabalho, muitas vezes exacerbada por jornadas excessivas, parece ser um fator-chave que contribui para o estresse psicossocial e, consequentemente, para a baixa qualidade de vida desses profissionais. Essa situação reflete a necessidade de políticas de gestão que considerem o estresse psicossocial como uma das principais causas de adoecimento ocupacional e que busquem equilibrar as exigências do trabalho com o suporte e as recompensas adequadas (Machado et *al.*, 2023; Meese et *al*., 2021; Karasek; Theorell, 1990; Siegrist, 1996; Oliveira et *al*., 2019; Souza et *al.*, 2018).

No contexto da UTI, o subdimensionamento da equipe de enfermagem, especialmente na categoria de enfermeiros, é um problema crítico, com implicações sérias para a gestão do cuidado e a segurança do paciente. A deficiência quantitativa e qualitativa do quadro de pessoal resulta em sobrecarga de trabalho e pode comprometer a qualidade do cuidado intensivo prestado. A revisão do dimensionamento da equipe, visando adequar o número de profissionais à complexidade do cuidado, é fundamental para garantir a qualidade da assistência e a saúde dos trabalhadores, além de prevenir o desgaste excessivo e o absenteísmo (Machado et al., 2023; Meese et *al*., 2021; Karasek; Theorell, 1990; Siegrist, 1996; Oliveira et *al.*, 2019; Souza et *al*., 2018).

A pesquisa ainda aponta a necessidade urgente de políticas de valorização e apoio psicológico para os profissionais de saúde, com ênfase na criação de ambientes de trabalho mais equilibrados e no fortalecimento das redes de apoio social e institucional. A implementação de estratégias de autocuidado, acompanhamento psicológico contínuo e a revisão das práticas de dimensionamento de equipes são fundamentais para mitigar os impactos negativos da sobrecarga e melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde. Além disso, é essencial que as instituições de saúde considerem as dimensões psicossociais do trabalho, promovendo mudanças estruturais que garantam o reconhecimento e o suporte adequado a todos os profissionais envolvidos no cuidado à saúde, em especial os da enfermagem, que desempenham papel central na linha de frente no combate à COVID-19 (Machado et *al*., 2023; Meese et *al*., 2021; Karasek; Theorell, 1990; Siegrist, 1996; Oliveira et *al.*, 2019; Souza et *al.*, 2018).

Em suma, o estudo reafirma a importância de compreender o trabalho da saúde não apenas sob a ótica da carga laboral, mas também em relação aos fatores emocionais e psicológicos que afetam os trabalhadores. A saúde mental desses profissionais deve ser uma

prioridade para as políticas de saúde ocupacional, com medidas que garantam não apenas o reconhecimento da importância de seu trabalho, mas também condições adequadas de trabalho e suporte contínuo, visando à sustentabilidade da força de trabalho e à manutenção da qualidade do atendimento prestado à população (Machado et *al.*, 2023; Meese et *al*., 2021; Karasek; Theorell, 1990; Siegrist, 1996; Oliveira et *al*., 2019; Souza et *al*., 2018).

5. CONCLUSÃO

A partir da análise dos impactos da carga de trabalho e do cuidado ao paciente sobre a saúde mental e física dos profissionais de saúde, especialmente durante a pandemia de COVID-19, pode-se concluir que esses fatores exercem um impacto profundo e multifacetado no bem-estar desses trabalhadores. O estudo evidenciou que a sobrecarga de trabalho, exacerbada pela escassez de recursos humanos e pela intensificação das jornadas, resultou em um aumento significativo de estresse, ansiedade, exaustão física e mental entre os profissionais, com destaque para a categoria de enfermagem, que lidam diretamente com as situações mais críticas.

Além disso, o subdimensionamento das equipes e a pressão constante pela prestação de cuidados de alta qualidade comprometem a saúde mental desses trabalhadores, refletindo diretamente na qualidade da assistência prestada. A falta de apoio psicológico adequado, a invisibilidade e a desvalorização de trabalhadores de apoio, como maqueiros e auxiliares administrativos, também foram identificadas como causas que agravam os efeitos negativos da sobrecarga.

Os dados indicam que, além de políticas de gestão de recursos humanos, é imprescindível a implementação de estratégias de saúde ocupacional que considerem a organização do trabalho, o suporte emocional e o bem-estar dos profissionais de saúde. É necessário garantir condições adequadas de trabalho, apoio psicológico contínuo e a revisão das práticas de dimensionamento de equipes, com o objetivo de reduzir o estresse psicossocial e proteger a saúde dos profissionais, promovendo assim uma assistência de melhor qualidade aos pacientes.

Concretamente, as instituições hospitalares podem desempenhar um papel ativo na mitigação desses problemas. A implementação de programas de saúde mental robustos, com psicólogos disponíveis para atendimento individual e em grupo, é um primeiro passo crucial. Adicionalmente, para tornar o ambiente de trabalho menos exaustivo, podem ser adotadas estratégias como a criação de salas de descanso e descompressão, a implementação de pausas programadas e rotativas, o treinamento de lideranças para a gestão humanizada de equipes e o desenvolvimento de canais de comunicação seguros onde os funcionários possam relatar esgotamento sem receio de retaliação. Tais medidas contribuem não apenas para o bem-estar do profissional, mas também para a construção de um clima organizacional mais saudável e colaborativo.

O cuidado à saúde desses profissionais deve ser uma prioridade para as políticas de saúde ocupacional, visando melhorias nas condições de trabalho, para que a qualidade do atendimento à população seja mantida, mesmo em períodos de crise. Este artigo foi elaborado com o objetivo de fornecer uma base sólida de evidências que contribua para o entendimento aprofundado do cenário atual, com a expectativa de servir como subsídio para a proposição de intervenções eficazes e estratégicas, capazes de promover melhorias significativas e duradouras em futuras ações.

REFERÊNCIAS

BERTON, F.; DI NOVI, C. Occupational hazards of hospital personnel: assessment of a safe alternative to formaldehyde. **Journal of Occupational Health**, v. 54, n. 1, p. 74-78, 2012.

Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22186296/. Acesso em: 18 maio 2024.

DO SALGADO, C. U. V.; DE LIMA, G. L. Impactos da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde. **Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 16, n. 4, 2024. DOI: 10.54620/cadesp.v16i4.1447. Disponível em: https://doi.org/10.54620/cadesp.v16i4.1447. Acesso em: 28 maio 2024.

EL-HAGE, W. et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. **Encephale**, v. 46, n. 3S, p. S73-S80, 2020. DOI: 10.1016/j.encep.2020.04.008. Disponível em: https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106587. Acesso em: 15 maio 2024.

MACHADO, M. H. et al. Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, p. 2809–2822, out. 2023. DOI: 10.1590/1413-812320232810.10072023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10072023. Acesso em: 25 abr. 2024.

MARTINHO, P. L. P. et al. Avaliação da qualidade de sono e ansiedade em profissionais e estudantes da saúde no contexto da pandemia pela covid-19. **Revista de Ciências Plurais**, v. 10, n. 1, p. 31509, abr. 2024. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1553363. Acesso em: 29 maio 2024.

MEESE, K. A. et al. Healthcare is a team sport: stress, resilience, and correlates of well-being among health system employees in a crisis. **Journal of Healthcare Management**, v. 66, n. 4, p. 304-322, jul.-ago. 2021. DOI: 10.1097/JHM-D-20-00288. PMID: 34228687; PMCID: PMC8274584. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34228687/. Acesso em: 17 abr. 2024.

MENDES, K. D. S. et al. 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. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018. Acesso em: 25 nov. 2024.

MUNIZ, A. et al. Níveis de estresse e fatores relacionados em profissionais de saúde da atenção básica: uma revisão integrativa. **HSJ**, v. 1, p. 26-34, 30 mar. 2023. Disponível em: https://portalrcs.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit_zero/article/download/1369/869/. Acesso em: 20 jun. 2024.

OLIVEIRA, J. F. de et al. Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2593–2599, jul. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/334594480_Satisfacao_profissional_e_sobrecarga_de_trabalho_de_enfermeiros_da_area_de_saude_mental. Acesso em: 21 jun. 2024.

PERNICIOTTI, Patrícia et al. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. **Revista SBPH**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 35-52, jun. 2020. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 maio 2024.

SILVA, N. R. da. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3393–3402, ago. 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000900006. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000900006. Acesso em: 29 maio 2024.

SOARES, W. D. et al. Ergonomia do trabalho em profissionais da área da saúde. **Revista Cereus**, v. 15, n. 1, p. 49-59, 23 abr. 2023. Disponível em: http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/4035. Acesso em: 19 jun. 2024.

TEIXEIRA, C. F. de S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, set. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020259.19562020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020. Acesso em: 28 jun. 2024.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR ENDOMETRIOSE NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS

Caio Vinícius de Moura Silva; Graduando em Enfermagem; Universidade Vale do Rio Doce

Clara Belmiro Rodrigues de Assis; Graduanda em Enfermagem; Universidade Vale do Rio Doce

Lara Ferreira Brito; Graduanda em Enfermagem; Universidade Vale do Rio Doce

Valéria de Oliveira Ambrósio; Docente em Enfermagem; Universidade Vale do Rio Doce

RESUMO: A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora do útero, afetando diversos órgãos. Podendo ser assintomática ou apresentar dores intensas até infertilidade, em casos de lesões profundas. Analisar as internações hospitalares por endometriose na região Sudeste do Brasil, entre 2015 e 2024, considerando frequência, taxa de mortalidade, distribuição etária e racial, bem como desigualdades regionais. Estudo ecológico, descritivo e quantitativo que analisou registros de internações hospitalares por endometriose, com base no DATASUS. Identificando padrões temporais e diferenças regionais. Foram calculados proporções, médias e taxas, possibilitando uma análise descritiva. Os resultados apontaram que SP e MG concentraram o maior número de casos e custos. Observou-se maior letalidade proporcional entre mulheres pretas, evidenciando barreiras de acesso e subdiagnóstico. O impacto econômico ultrapassou R$32 milhões, reforçando a necessidade de políticas públicas. Conclui-se então, que a endometriose representa um problema de saúde pública e social, marcado por desigualdades estruturais que demandam cuidado integral, equitativo e fortalecimento da rede de atenção do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Endometriose; Saúde da Mulher; Internações Hospitalares; Desigualdades Regionais.

1 INTRODUÇÃO

A endometriose é uma condição ginecológica inflamatória e crônica, caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio fora da cavidade uterina, principalmente em órgãos pélvicos e abdominais. Afeta cerca de 6 a 10% das mulheres em idade reprodutiva, estando associada a dor pélvica crônica, dismenorreia, dispareunia, infertilidade ou podendo ser assintomática. Clinicamente, apresenta-se em três fenótipos: lesões peritoneais superficiais (SUP), endometriomas ovarianos (OMA) e endometriose profunda infiltrativa (DIE) (Moretto *et al*., 2021).

Trata-se de uma condição multifatorial, associada tanto a fatores genéticos quanto ambientais. Devido a dependência de hormônios, como o estrogênio, a endometriose prevalece significativamente em mulheres que estejam em idade reprodutiva. O risco da condição também pode aumentar devido a outros fatores, como por exemplo: ciclos menstruais curtos, menarca precoce ou até mesmo menopausa tardia (Marqui, 2014). Exposição a substâncias químicas ou poluentes juntamente com uma má alimentação, podem ser fatores que irão influenciar nessas mudanças epigenéticas (Borghese *et al*., 2017).

Além disso, a doença repercute diretamente na qualidade de vida, impactando as atividades diárias, desempenho profissional, interações sociais e infertilidade, tudo isso devido às lesões mais profundas (Yela; Quagliato; Benetti-Pinto, 2020). A inflamação crônica é caracterizada como outro fator, que pode ser intensificada tanto por mudanças no sistema imunológico, quanto na angiogênese, contribuindo para o desenvolvimento de lesões endometriais (Mohamed; Mehaseb; Ibrahim, 2024).

Nesse sentido, os casos graves geralmente demandam hospitalizações e cirurgias de alta complexidade, gerando maiores custos aos sistemas de saúde (Mohamed; Mehaseb;

Ibrahim, 2024). No Brasil, a análise de dados evidencia um crescimento expressivo das internações por endometriose entre 2015 e 2024, concentrando-se sobretudo na região Sudeste, que apresenta taxa média de … internações por 100.000 mulheres, sendo a mais elevada do país.

Um estudo conduzido por Cardoso *et al*. (2020), analisou o perfil clínico e sociodemográfico das pacientes com endometriose, realizado com base em uma amostra de 237 mulheres atendidas em hospitais de referência no Rio de Janeiro. A média de tempo entre o começo dos sintomas e o diagnóstico foi de cerca de 5 anos, com a maioria dos casos diagnosticados em fases mais avançadas. Aproximadamente 49,5% dos pacientes apresentavam infertilidade, geralmente ligadas a casos de EPI nas tubas uterinas. A pesquisa também associa elementos como sobrepeso, consumo de álcool e antecedentes familiares a uma maior severidade dos sintomas.

No contexto da saúde pública, os atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aumentaram significativamente, passando de 82 mil em 2022 para quase 146 mil em 2024, um crescimento de mais de 76% em três anos (Brasil, 2025). Segundo Soliman *et al*. (2021), mulheres com endometriose relatam perdas significativas de produtividade no trabalho, sendo: 17,1% do tempo de trabalho e comprometimento significativo na produtividade; 41,8% na capacidade de trabalhar; 46,5% no desempenho geral e 41,4% nas atividades realizadas.

No que se refere ao manejo clínico, o Relatório Preliminar da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), sugere o uso de contraceptivos orais combinados com progestágenos como tratamento primário para endometriose (Brasil, 2025).

Além do impacto físico, uma pesquisa realizada com 60 mulheres em seguimento ambulatorial na Universidade de Campinas, SP, indica uma redução de 38% na produtividade laboral dessas pacientes, que demonstram repercussões psicológicas significativas, onde 88% delas apresentam transtornos de ansiedade ou depressão (Yela; Quagliato; Benetti-Pinto, 2020). Ademais, a demora no diagnóstico e a terapia inadequada podem intensificar os sintomas e a severidade da doença, tornando-se obstáculos no acesso a um diagnóstico e tratamento precoce, principalmente entre as mulheres em condições de vulnerabilidade (Oliveira; Brilhante; Lourinho, 2018).

Complementando essa perspectiva, o presente estudo analisou os dados do DATASUS de 2015 a 2024, contabilizando 53.105 internações por endometriose na região Sudeste. As idades mais impactadas variaram de 30 a 49 anos, sendo a maioria dos atendimentos de natureza eletiva. A média de dias de hospitalização foi de 2,4 e o custo total das internações superou 32 milhões. Por não ser uma doença de notificação compulsória com dados escassos de atendimento ambulatorial, faz-se necessário o estudo das internações para entender a magnitude do problema.

Considerando a relevância clínica, social e econômica da endometriose, o número elevado de diagnósticos em mulheres adultas pode ter relação com a fisiopatologia da doença e com fatores de risco relacionados a esse grupo etário. Diante disso, pode-se confirmar que o diagnóstico tardio influencia diretamente o aumento dos sintomas e a diminuição da qualidade de vida dessas mulheres por anos. Dessa forma, observa-se a necessidade de os profissionais de saúde terem mais conhecimento sobre o tema, reduzindo o impacto negativo da doença no cotidiano e nas relações interpessoais dessas mulheres com endometriose (Moretto *et al*., 2021).

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar o panorama das internações hospitalares por endometriose na região Sudeste do Brasil, entre 2015 e 2024, considerando frequência, taxa de mortalidade, distribuição etária e racial, bem como desigualdades regionais.

2 METODOLOGIA

Para confecção do presente trabalho, foi realizado um estudo ecológico, descritivo e quantitativo. Segundo Gil (2022), pesquisas retrospectivas são aquelas que analisam fatos passados a partir de registros disponíveis, o pesquisador parte de informações já existentes para compreender eventos ocorridos anteriormente, muitas vezes relacionando efeitos a possíveis causas. Já as pesquisas descritivas servem para descrever as características de determinada população ou fenômeno. Ainda conforme o autor, a pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo uso de técnicas estatísticas para a coleta e análise de dados, permitindo a generalização dos resultados para um universo mais amplo.

A coleta de dados foi realizada por meio da pesquisa no Sistema de Informações Hospitalares do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIH/DATASUS), sendo ocorrido nos meses de julho e agosto de 2025. Foram utilizadas as etapas abaixo:

Figura 01- Fluxograma das etapas de acesso ao DATASUS

Fonte: Adaptado pelos autores baseados em Salomé *et al*. (2020, p. 40).

O recorte incluiu registros de internações hospitalares por endometriose ocorridas entre janeiro de 2015 e dezembro de 2024, nos estados da região Sudeste do Brasil (São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo). Os dados foram organizados em tabelas comparativas, de modo a possibilitar a identificação de padrões temporais e diferenças entre os estados. Foram calculados proporções, médias e taxas de mortalidade hospitalar, permitindo análise descritiva dos resultados. Todas as informações utilizadas na construção das tabelas e análises desta pesquisa foram retiradas do DATASUS.

A análise dos dados relacionados ao número de internações por endometriose, distribuição geográfica, faixa etária, cor, taxa de mortalidade, tempo médio de internação, valor médio de internação e valor dos serviços hospitalares foram discutidos à luz da literatura pertinente.

Visto que o DATASUS é um banco de dados de domínio público e sem identificação nominal de pacientes, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

3 ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A endometriose é uma condição crônica de alta complexidade que exerce impacto significativo não apenas na saúde reprodutiva e na qualidade de vida das mulheres, mas também no sistema de saúde e na esfera socioeconômica. As internações hospitalares, embora

necessárias em casos graves, trazem consigo desvantagens importantes, como negligência estrutural legitimada por questões de gênero e barreiras, falhas na assistência, custos elevados, riscos cirúrgicos e afastamentos laborais prolongados, que repercutem tanto na vida pessoal quanto profissional das pacientes (Brilhante; Lourinho, 2019; Marqui, 2015; Mohamed; Mehaseb; Ibrahim, 2024).

Dessa forma, torna-se importante a análise dos resultados das hospitalizações, justamente para ter uma melhor compreensão desse problema no contexto socioeconômico, desigualdades regionais, faixas etárias mais afetadas, diferenças raciais e a dimensão do problema dentro do SUS gerado pelas internações. Esses indicadores fornecem um panorama fundamental para o planejamento de políticas públicas e para a formulação de estratégias de manejo mais eficientes e equitativas (Bellelis *et al*., 2010; Mohamed; Mehaseb; Ibrahim, 2024; Salomé, 2020).

Assim, as tabelas apresentadas a seguir não apenas ilustram a magnitude da doença na região Sudeste, mas também evidenciam suas repercussões clínicas, sociais e econômicas, permitindo uma leitura crítica sobre a necessidade de intervenções voltadas ao diagnóstico precoce, à redução de internações e ao fortalecimento do cuidado integral.

Tabela 01- Internações, óbitos e taxa de mortalidade de pacientes com endometriose, dos estados da região Sudeste do Brasil, no período entre 2015 a 2024.

REGIÃO	INTERNAÇÕES	ÓBITOS	TAXA DE MORTALIDADE
São Paulo	22.163	42	0,19
Minas Gerais	21.375	21	0,10
Rio de Janeiro	7.238	12	0,17
Espírito Santo	2.329	3	0,13
TOTAL	**53.105**	**78**	**0,15**

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir dos dados obtidos no tabnet no período de 2015 a 2024.

Em relação ao quantitativo de internação por estado, as diferenças observadas na tabela podem ser explicadas pela concentração de centros de referência em saúde, já que estados como São Paulo recebem pacientes de todo o país para tratamento de formas complexas da doença, como a endometriose profunda intestinal e urinária, que exigem cirurgias de alta complexidade (Bellelis *et al*., 2010). Além disso, o fato de Minas Gerais apresentar mortalidade proporcionalmente menor pode estar associado à maior proporção de internações eletivas, ou seja, planejadas, em comparação a urgências (Rocha *et al*., 2018).

Vale destacar que por não ser uma doença de notificação compulsória, os dados não refletem a prevalência/incidência da endometriose na população, mas apenas os casos suficientemente graves para demandar internação hospitalar, geralmente relacionados a dor refratária, complicações ou cirurgia. Moretto *et al*. (2021) apontam que a endometriose afeta cerca de 6 a 10% das mulheres em idade reprodutiva, estando associada a dor pélvica crônica, dismenorreia, dispareunia, infertilidade ou podendo ser assintomática.

Maluf, Pereira e Moraes (2025) identificaram crescimento relevante das internações por endometriose no Brasil entre 2020 e 2024, com um aumento de cerca de 44% neste período. No Sudeste, a taxa média de 11,95 internações por 100.000 mulheres foi a mais elevada do país, em consonância com os dados que apontam São Paulo e Minas Gerais como estados de maior concentração.

Apesar da redução no tempo médio de internação, os custos por paciente cresceram devido à complexidade das cirurgias, sobretudo nos casos de endometriose profunda. Esses resultados evidenciam tanto o impacto econômico e assistencial da doença, quanto a necessidade de fortalecer estratégias de diagnóstico precoce e acompanhamento ambulatorial, a fim de evitar complicações que levam à hospitalização (Maluf; Pereira; Moraes, 2025).

Na análise por estado, observa-se que São Paulo concentrou o maior número de internações (22.163) e de óbitos (42), seguido por Minas Gerais (21.375 internações e 21 óbitos), Rio de Janeiro (7.238/12) e Espírito Santo (2.329/3). As diferenças nas taxas de mortalidade podem estar associadas tanto ao perfil clínico das pacientes atendidas quanto à presença de hospitais de referência, que recebem casos graves de endometriose profunda envolvendo segmentos intestinais, urinários ou retrocervicais e que demandam procedimentos de maior porte. Intervenções desse tipo, como ressecções intestinais ou ureterais realizadas por laparoscopia avançada, apesar de oferecerem melhora significativa dos sintomas quando bem indicadas, estão sujeitas a complicações cirúrgicas, o que pode explicar os índices discretamente mais elevados em determinados estados (Bellelis *et al*., 2010; Nácul; Spritzer, 2010; Rocha et al., 2018).

O estudo corrobora com os achados da literatura ao evidenciar que os estados de São Paulo e Minas Gerais concentram o maior número de internações por endometriose, resultado já descrito por Bellelis *et al*. (2010) e Maluf, Pereira e Moraes (2025), que apontam a presença de centros de referência e a alta complexidade cirúrgica como fatores determinantes. No entanto, os dados deste estudo acrescentam uma análise mais recente e detalhada, abrangendo o período de 2015 a 2024, revelando também diferenças na taxa de mortalidade entre os estados, com destaque para Minas Gerais, que apresentou índice menor possivelmente associado à maior proporção de internações eletivas.

Além disso, enquanto estudos prévios enfatizam o crescimento das hospitalizações e os custos associados, essa investigação reforça o impacto socioeconômico e as desigualdades regionais, apontando a necessidade de estratégias de diagnóstico precoce e manejo ambulatorial como forma de reduzir internações e seus desdobramentos no sistema de saúde.

Tabela 02- Internações e óbitos por faixa etária, de pacientes com endometriose, dos estados da região Sudeste do Brasil, no período entre 2015 a 2024.

FAIXA ETÁRIA	SÃO PAULO		MINAS GERAIS		RIO DE JANEIRO		ESPÍRITO SANTO	
	INT.	ÓBT.	INT.	ÓBT.	INT.	ÓBT.	INT.	ÓBT.
Menor 1 ano	1	0	7	0	0	0	1	0
1 a 4 anos	1	1	1	0	0	0	1	0
5 a 9 anos	3	0	1	0	0	0	0	0
10 a 14 anos	24	0	11	0	12	0	3	0
15 a 19 anos	198	1	91	0	58	1	7	0
20 a 29 anos	1965	9	1258	1	458	1	123	0
30 a 39 anos	5889	11	4802	5	1634	1	518	0
40 a 49 anos	8402	8	9375	6	3150	1	1172	1
50 a 59 anos	2995	1	3444	4	1108	3	340	1
60 a 69 anos	1894	5	1671	2	516	2	115	1
70 a 79 anos	691	3	602	1	259	2	40	0
80+ anos	100	3	112	2	43	1	9	0
TOTAL	**22163**	**42**	**21375**	**21**	**7238**	**12**	**2329**	**3**

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir dos dados obtidos no tabnet no período de 2015 a 2024.

A tabela acima consolida 53.105 internações e 78 óbitos hospitalares por endometriose em quatro estados entre 2015 e 2024, com letalidade hospitalar global de 0,15. Em endometriose, o diagnóstico costuma atrasar anos, o que leva parte das pacientes para internações tardias; por isso, séries hospitalares representam a “ponta do iceberg” da doença no SUS (Nácul; Spritzer, 2010; Santos *et al*., 2012).

No que se refere à distribuição etária, observa-se que a maioria das internações por endometriose ocorre entre mulheres de 30 a 49 anos, especialmente nos estados de São Paulo e Minas Gerais. Esse padrão é esperado, conforme apontam Cardoso et al. (2020), Santos *et al*. (2012) e Silva *et al*. (2021), já que a doença tende a se manifestar de forma mais acentuada

no período reprodutivo avançado, quando sintomas como dor pélvica persistente e infertilidade tornam-se mais evidentes. Além disso, o diagnóstico frequentemente tardio com média de quatro a sete anos, contribui para o deslocamento da indicação cirúrgica para faixas etárias mais elevadas. Ainda que os óbitos hospitalares associados à endometriose sejam globalmente baixos (0,15%), há uma tendência de aumento relativo entre mulheres com 70 anos ou mais, o que pode ser atribuído ao maior acúmulo de comorbidades e à complexidade das intervenções cirúrgicas em casos de doença profunda, como a intestinal ou urinária.

A presença de internações em adolescentes e, raramente, em pré-menarca, merece leitura cautelosa. Endometriose antes da menarca é excepcional e, quando ocorre, envolve quadros atípicos; parte dos registros em idades muito baixas pode decorrer de miscódigo ou de internações motivadas por outras condições com CID associado. Em adolescentes, o diagnóstico exige alta suspeição clínica e, idealmente, imagem qualificada (USG transvaginal com preparo intestinal ou Ressonância Magnética (RM) pélvica) para evitar atrasos e cirurgias desnecessárias (Bellelis *et al*., 2010; Nácul; Spritzer, 2010).

Nos extremos da idade, as taxas de óbito aparentam crescer sobretudo ≥80 anos, mas os numeradores são muito pequenos, gerando instabilidade estatística. Ainda assim, o aumento relativo do risco com a idade é plausível: mulheres idosas tendem a apresentar mais comorbidades e, quando operadas por doença profunda intestinal/urinária, enfrentam procedimentos mais longos e propensos a complicações (sangramento, fístula, infecção), o que se traduz em maior letalidade por internação (Nácul; Spritzer, 2010; Rocha *et al*., 2018).

Comparando São Paulo e Minas Gerais, o volume é semelhante, mas a letalidade hospitalar é maior em SP (0,19% vs. 0,10%). Uma explicação parcimoniosa é a maior concentração, em SP, de centros terciários/quaternários que recebem referências interestaduais para cirurgias complexas, enquanto parte das internações de MG parece ocorrer em contexto eletivo de média complexidade. Sem ajuste por comorbidades, urgência/eletivo e tipo de procedimento, não é adequado interpretar as diferenças como ranking de "qualidade assistencial", mas sim como contraste de perfis assistenciais (Bellelis *et al*., 2010; Rocha *et al*., 2018).

Apesar da baixa mortalidade hospitalar, a carga em dor e perda funcional é elevada. Estudos nacionais mostram impacto importante sobre qualidade de vida, vida sexual/afetiva e produtividade (absenteísmo/presenteísmo), o que ajuda a entender por que, mesmo com letalidade baixa, há grande pressão por leitos, exames e cirurgias no SUS. Essa dimensão invisível aos bancos de internação explica boa parte do custo social da endometriose (Brilhante; Lourinho, 2019; Marqui, 2015).

Parte do peso econômico e psicossocial decorre também da infertilidade associada. No Brasil, a oferta pública de reprodução assistida permanece limitada a poucos centros, gerando filas e desigualdade de acesso; quando o tratamento não é viável no SUS, muitas mulheres recorrem ao setor privado com custos altos, ou adiam indefinidamente o projeto reprodutivo. Pesquisas em serviços públicos documentam custos diretos relevantes mesmo nos poucos centros com oferta SUS (Entringer *et al*., 2023; Oliveira; Brasil, 2024).

O aparente excesso de letalidade em estados como São Paulo deve ser interpretado à luz do papel de centros de referência que concentram cirurgias extensas e pacientes mais graves, não como indicador isolado de qualidade. Assim, idade e mortalidade se entrelaçam no perfil hospitalar da endometriose: de um lado, mulheres em idade produtiva representam a maior carga assistencial e social; de outro, as idosas, apesar de menos frequentes, enfrentam maior risco perioperatório, o que reforça a necessidade de protocolos de diagnóstico precoce, estratificação de risco e linhas de cuidado multidisciplinares capazes de reduzir a pressão sobre os leitos de alta complexidade e mitigar a letalidade específica.

Tabela 03- Internações e óbitos por cor/raça de pacientes com endometriose, dos estados da região Sudeste do Brasil, no período entre 2015 a 2024.

COR/RAÇA	SÃO PAULO		MINAS GERAIS		RIO DE JANEIRO		ESPÍRITO SANTO	
	INT.	ÓBT.	INT.	ÓBT.	INT.	ÓBT.	INT.	ÓBT.
Branca	13.471	22	7.627	7	2.000	4	761	1
Preta	1.207	4	1.311	3	816	2	172	0
Parda	5.418	12	9.601	8	2.390	2	1.254	2
Amarela	208	0	306	0	233	0	27	0
Indígena	-	-	18	0	-	-	4	0
Sem informações	1.859	4	2.512	3	1.799	4	111	0
TOTAL	**22.163**	**42**	**21.375**	**21**	**7.238**	**12**	**2.329**	**3**

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir dos dados obtidos no tabnet no período de 2015 a 2024.

A Tabela 3 apresenta as internações e óbitos por endometriose na região Sudeste, entre 2015 e 2024, segundo raça/cor. Observa-se que as internações se concentraram em mulheres pardas (46%) e brancas (45%), enquanto as pretas corresponderam a apenas 8% dos registros. Já os óbitos totalizaram 78 casos no período, sendo 50% em mulheres brancas, 33% em pardas e 12% em pretas, revelando maior letalidade proporcional entre as pretas (0,11%) em comparação às pardas (0,07%) e brancas (0,09%).

Esse perfil reflete, em parte, a distribuição demográfica feminina no país, em que pardas representam a maioria em idade reprodutiva (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022). Entretanto, estudos indicam que o diagnóstico de endometriose ocorre mais frequentemente em mulheres brancas, sugerindo subdiagnóstico entre mulheres pretas e pardas (Salomé *et al*., 2020). Tal discrepância pode estar associada à maior vulnerabilidade social e às barreiras estruturais enfrentadas por esses grupos, o que contribui para atrasos no reconhecimento da doença e maior gravidade clínica no momento do diagnóstico (Mohamed; Mehaseb; Ibrahim, 2019).

A maior proporção de óbitos em mulheres brancas deve ser interpretada com cautela, uma vez que esse grupo apresenta maior presença nos serviços de referência, onde são realizados procedimentos de alta complexidade, com risco aumentado de complicações (Cardoso *et al*., 2020). Esse padrão, também descrito em outras investigações epidemiológicas, reforça a importância de considerar internações e óbitos de forma integrada para compreender as desigualdades raciais na endometriose (Bellelis *et al*., 2010; Nácul; Spritzer, 2010).

De modo geral, enquanto mulheres pardas concentram a maior parte das internações, as pretas apresentam maior mortalidade proporcional, sugerindo diferenças na qualidade e oportunidade do cuidado recebido. Esses achados evidenciam que a endometriose, além de um problema clínico, reflete desigualdades sociais e raciais. Nesse sentido, torna-se imprescindível ampliar o acesso a diagnóstico precoce e tratamento especializado, em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2009, 2011).

Tabela 04- Média de permanência hospitalar, valor médio de internação e valor dos serviços hospitalares, de pacientes com endometriose, dos estados da região Sudeste do Brasil, no período entre 2015 a 2024.

REGIÃO	MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	VALOR MÉDIO DE INTERNAÇÃO	VALOR DOS SERVIÇOS HOSPITALARES
São Paulo	2,4 dias	R$991,98	R$14.381.416,29
Minas Gerais	2,0 dias	R$871,40	R$12.173.418,04
Rio de Janeiro	3,2 dias	R$1.005,43	R$4.834.018,37
Espírito Santo	2,0 dias	R$757,43	R$1.151.834,74
TOTAL	**2,4 dias**	**R$906,56**	**R$32.540.687,40**

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir dos dados obtidos no tabnet no período de 2015 a 2024.

Na tabela 4, observa-se que o Rio de Janeiro apresenta a maior média de permanência hospitalar (3,2 dias), seguido do maior valor médio de internação (R$1.005,43) em relação aos outros estados. Em contrapartida, Espírito Santo e Minas Gerais contam com o menor tempo de permanência (2,0 dias), associado a valores bem inferiores, sobretudo no Espírito Santo (R$757,43). Visto isso, tais dados fortalecem a confirmação de que essa condição apresenta um problema diretamente relacionado com a saúde pública de elevado custo, o que exige mais atenção nas políticas de cuidado (Bellelis *et al*., 2010). Essas diferenças podem ser explicadas por inúmeros fatores, incluindo a complexidade dos casos atendidos, a organização dos serviços de saúde, a disponibilidade de recursos bem como as práticas assistenciais adotadas em cada estado (Fundação Oswaldo Cruz, 2020).

Conforme destacado por Mohamed, Mehaseb e Ibraim, (2024), a média de permanência hospitalar constitui um indicador essencial para avaliar a eficiência e a resolutividade dos serviços de saúde, uma vez que períodos prolongados estão diretamente relacionados ao aumento dos custos e à sobrecarga da rede hospitalar. Ademais, Bellelis *et al*. (2010) ressaltam que condições de maior complexidade demandam maior tempo de internação e consumo de recursos, o que pode justificar parte das diferenças regionais. No entanto, é necessário considerar que os custos hospitalares não devem ser analisados exclusivamente como despesa.

O montante total identificado para a região Sudeste (R$32.540.687,40) evidencia o expressivo impacto econômico das hospitalizações no âmbito do SUS. Esse cenário reforça a necessidade de adoção de estratégias que racionalizam os custos sem comprometer a qualidade assistencial, como a alta hospitalar precoce, a ampliação do cuidado ambulatorial e o fortalecimento das ações de prevenção, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015).

Dessa forma, a análise dos indicadores apresentados não apenas revela desigualdades entre os estados, mas também aponta para a relevância de políticas públicas que promovam eficiência do cuidado, sustentabilidade financeira e segurança na assistência. Assim, os dados reforçam que a doença demanda estratégias de diagnóstico precoce e manejo integral, de forma a reduzir complicações, racionalizar recursos e minimizar seu impacto econômico e social (Mohamed; Mehaseb; Ibrahim, 2024; Salomé *et al*., 2020).

4 CONCLUSÃO

A análise das internações hospitalares por endometriose na região Sudeste entre 2015 e 2024 evidencia que a doença permanece como um desafio de saúde pública, com repercussões clínicas, sociais e econômicas relevantes. Embora a mortalidade hospitalar seja baixa, a concentração de casos em mulheres de 30 a 49 anos mostra que o diagnóstico ainda

ocorre tardiamente, prolongando o sofrimento, a infertilidade e as limitações impostas pela doença até mesmo a necessidade de intervenção cirúrgica.

As desigualdades observadas também merecem destaque. A maior letalidade proporcional entre mulheres pretas revela barreiras de acesso e subdiagnóstico que refletem desigualdades estruturais no sistema de saúde. Do ponto de vista regional, a concentração de custos e internações em estados como São Paulo e Minas Gerais indica maior presença de centros de referência, mas também expõe fragilidades na distribuição equitativa da assistência. O impacto econômico, superior a 32 milhões de reais no período, reforça que a ausência de estratégias de prevenção e acompanhamento precoce, mantém o SUS sobrecarregado com tratamentos de alta complexidade.

Além disso, os resultados também evidenciam desigualdades regionais dentro do Sudeste. Estados como São Paulo, por concentrarem maior número de centros especializados e serviços de alta complexidade, registram mais diagnósticos e internações, o que pode refletir maior acesso ao cuidado. Em contrapartida, estados como Minas Gerais e Espírito Santo apresentam menores registros, possivelmente relacionados ao subdiagnóstico e às limitações de acesso a serviços de referência. Essas diferenças demonstram que, mesmo em uma mesma região geográfica, persistem desigualdades no diagnóstico e tratamento da endometriose, o que demanda estratégias específicas para reduzir disparidades e garantir maior equidade na atenção à saúde da mulher.

Esses achados demonstram que a endometriose deve ser entendida não apenas como uma condição médica, mas como um fenômeno social que atravessa dimensões emocionais, familiares e laborais da vida feminina. O atraso no diagnóstico, a naturalização da dor e as desigualdades raciais e regionais reforçam a urgência de repensar políticas públicas que priorizem diagnóstico precoce, manejo integral e redução de iniquidades.

Desse modo, compreender a endometriose sob a ótica hospitalar permite enxergar apenas parte de um problema mais profundo. Reduzir internações e custos passa por ampliar o acesso a exames especializados, fortalecer o cuidado ambulatorial e romper com a invisibilidade da dor feminina. Somente com ações integradas será possível promover um cuidado mais justo, eficiente e humanizado às mulheres brasileiras.

REFERÊNCIAS

BELLELIS, P. *et al*. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 467–471, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ramb/a/Mq6n7NhkhNVGmdyNS79WHYv/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 12 mar. 2025.

BORGHESE, B. *et al*. Recent insights on the genetics and epigenetics of endometriosis. **Clinical Genetics**, [s.l.], v. 91, n. 2, p. 254–264, 2017. https://doi.org/10.1111/cge.12897. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cge.12897. Acesso em: 17 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Endometriose**: atendimentos na atenção primária do SUS crescem 76,2% em três anos e impulsionam debate. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 11 mar. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/endometriose-atendimentos-na-atencao-primaria-do-sus-crescem-76-2-em-tres-anos-e-impulsionam-debate. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec. **Progestágenos orais para endometriose**: relatório preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2025/relatorio-preliminar-progestagenos-orais-endometriose-cp-19.pdf. Acesso em: 21 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Tabnet**: internações hospitalares do SUS. Brasília, DF, [2025]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nimg.def. Acesso em: 16 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher.pdf. Acesso em: 21 abr. 2025.

BRILHANTE, A. V. M.; LOURINHO, L. A. Narrativas autobiográficas de mulheres com endometriose. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/j5TTyJpjZYXdWgmCM9mbTzF/. Acesso em: 19 ago. 2025.

CARDOSO, J. V. *et al*. Perfil epidemiológico de mulheres com endometriose: um estudo descritivo retrospectivo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 20, n. 4, p. 1069–1079, out./dez. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/VvLYZ9XdYDsLjYvYgh9GmgG/?format=html&lang=en. Acesso em: 21 abr. 2025.

ENTRINGER, A. P. *et al*. Análise de custo de um centro de reprodução humana no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/bZ7GmVgCvdvrfN5BhB3zp3Q/. Acesso em: 19 ago. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Estudo alerta para diferenças regionais em recursos hospitalares**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 30 abr. 2020. Disponível em:

https://fiocruz.br/noticia/2020/04/estudo-alerta-para-diferencas-regionais-em-recursos-hospitalares. Acesso em: 08 set 2025.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2022. E-book. Acesso em: 24 Mar. 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC)**: características gerais dos domicílios e dos moradores, 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=2102004&view=detalhes. Acesso em: 15 set. 2025.

MALUF, C. A.; PEREIRA, F. L.; MORAES, D. B. Estudo ecológico das internações de mulheres por endometriose no Brasil entre 2020-2024. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, 2025. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/391957426_Estudo_ecologico_das_internacoes_de_mulheres_por_endometriose_no_Brasil_entre_2020-2024. Acesso em: 26 ago. 2025.

MARQUI, A. B. T. Endometriose: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem Atenção à Saúde**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 97–105, jul./dez. 2014. Disponível em: https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/809. Acesso em: 17 mar. 2025.

MARQUI, A. B. T. Evaluation of endometriosis-associated pain and influence of conventional treatment: a systematic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 61, p. 507-518, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ramb/a/MWh7DptckFr4n99Xytjchgv/. Acesso em: 16 ago. 2025.

MOHAMED, A. M.; MEHASEB, S. H.; IBRAHIM, R. M. Effect of instructional nursing strategies on endometriosis symptoms. **Evidence-Based Nursing Research**, [s.l.], v. 3, n. 4, p. 9, 14 abr. 2024. Disponível em: https://eepublisher.com/index.php/ebnr/article/view/224. Acesso em: 17 mar. 2025.

MORETTO, E. E. *et al*. **Endometriose**. In: LUBIANCA, J. N.; CAPP, E. (org.). Promoção e proteção da saúde da mulher, ATM 2023/2. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, 2021. p. 53-64. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/223088/001127640.pdf. Acesso em: 16 ago. 2025.

NÁCUL, A. P.; SPRITZER, P. M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 298-307, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgo/a/8CN65yYx6sNVhjTbNQMrB5K/?format=html&lang=pt. Acesso em: 16 ago. 2025.

OLIVEIRA, L. A. F.; BRILHANTE, A. V. M.; LOURINHO, L. A. Relação entre ocorrência de endometriose e sofrimento psíquico. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 4, p. 1–6, out./dez. 2018. Disponível em: http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8755. Acesso em: 09 abr. 2025.

OLIVEIRA, M. G. F.; BRASIL, C. V. Infertilidade: SUS e o direito de acesso aos tratamentos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 32, n. 1, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/tqTHSMKKsPWZf5yR6LmMKLS/. Acesso em: 19 ago. 2025.

ROCHA, A. M. *et al*. Impacto tardio do tratamento laparoscópico da endometriose profunda infiltrativa com ressecção segmentar colorretal. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 31, p. e1406, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abcd/a/JcYhLdSZkCZNhj5Ts4LbhCs/. Acesso em: 16 ago. 2025.

SALOMÉ, D. G. M. *et al*. Endometriose: epidemiologia nacional dos últimos 5 anos. **Revista de Saúde**, Vassouras, v. 11, n. 2, p. 39–43, jul./dez. 2020. Disponível em: https://scispace.com/pdf/endometriose-epidemiologia-nacional-dos-ultimos-5-anos-1n153x7qly.pdf. Acesso em: 21 abr. 2025.

SANTOS, T. M. V. *et al*. Tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de endometriose. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 1-7, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/eins/a/Mt9Vs8GmWrXMZK5qSZtyZRw/. Acesso em: 16 ago. 2025.

SILVA, C. M. *et al*. Experiências das mulheres quanto às suas trajetórias até o diagnóstico de endometriose. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/NTzvkB8pddYxGKX5xq5ywJb/. Acesso em: 19 ago. 2025.

SOLIMAN, A. M. *et al*. Impact of endometriosis on fatigue and productivity impairment in a cross-sectional survey of Canadian women. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, [s.l.], v. 43, n. 1, p. 10–18, 2021. https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.06.022. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216320305430. Acesso em: 09 abr. 2025.

YELA, D. A.; QUAGLIATO, I. P.; BENETTI-PINTO, C. L. Qualidade de vida de mulheres com endometriose profunda: estudo de corte transversal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 90–95, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgo/a/wZBxJjz5pg8x9GSNqfhHK7Q/abstract/?format=html&lang=pt. Acesso em: 4 mar. 2025.

LEITURA COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Leticia de Oliveira Rocha; Mestre em Gestão em Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Camilla Stephane Oliveira Silva; Discente de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Danyella Moreira Domingues; Mestanda em Gestão dos Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Jhenifer Thamyres Santos Lima Barboza; Discente de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Shirlei Moreira da Costa Faria; Mestranda em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais

Karla Rona da Silva; Doutora; Docente do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: O presente estudo discute a leitura como estratégia de promoção do bem-estar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), especialmente nas salas de espera. O projeto *Leitura é Saúde* propõe a inserção de práticas leitoras no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS), visando humanizar o ambiente, reduzir a ansiedade dos usuários e fortalecer os vínculos entre a comunidade e os profissionais de saúde. Por meio de uma revisão integrativa da literatura, com foco em projetos de extensão universitária, foram analisados artigos que abordam a leitura como ferramenta terapêutica, educativa e de acolhimento. Os resultados revelam impactos positivos dessas práticas na saúde mental, na qualidade do ambiente de espera e na promoção de cidadania. Embora os estudos existentes sejam limitados, os achados reforçam o potencial da leitura como recurso complementar no cuidado integral em saúde e sugerem a necessidade de políticas públicas que consolidem tais ações na APS.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde. Leitura. Humanização. Atenção primária. Sala de espera

AGRADECIMENTO
Agradecemos à Pró-Reitoria de Extensão (PROEX), a Pró-Reitoria de Pós-Graduação (PRPG) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel fundamental como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela resolução de grande parte das demandas em saúde da população brasileira (Marotta et *al*., 2024). Um de seus pilares é a promoção da saúde, que busca fortalecer a autonomia das comunidades por meio de ações que melhorem a qualidade de vida e o bem-estar coletivo (Brasil, 2002).

Dentre os princípios fundamentais do SUS, a promoção da saúde refere-se ao fortalecimento da capacidade da comunidade para intervir de forma ativa para melhorar a qualidade de vida e bem-estar da população. Portanto é necessária a atuação da coletividade para transformar, positivamente, o ambiente em que vivem (Marotta et *al.*, 2024; Brasil, 2002).

Nesse contexto, a APS deve integrar práticas de cuidado que considerem os determinantes sociais da saúde e promovam a humanização do atendimento. Tais práticas envolvem tecnologias leves, como a escuta qualificada, o acolhimento e a educação em saúde, sendo a leitura uma estratégia potencial dentro dessa perspectiva (Prado, Santos, 2018). A

leitura, além de seu valor educativo, é reconhecida por sua capacidade terapêutica, proporcionando momentos de reflexão, autoconhecimento e conforto emocional (Silva; Fernandes, 2023).

Inserida nesse contexto, a leitura configura-se como uma ferramenta potente de acolhimento, reflexão e empoderamento dos sujeitos, alinhando-se aos princípios da humanização do SUS e ampliando as possibilidades de cuidado integral (Marotta et al., 2024). A leitura, em virtude de suas propriedades terapêuticas, vem sendo estudada desde os tempos antigos. Trata-se de uma atividade capaz de promover bem-estar psíquico, reduzir o estresse e favorecer a saúde mental (Silva, Fernandes, 2023; Prado, Santos, 2018).

Ao longo dos séculos, a leitura passou a ser reconhecida como um recurso fundamental para o desenvolvimento humano, especialmente no que se refere ao autoconhecimento e à busca pela cura interior. Existem relatos de pessoas que afirmam ter passado por transformações significativas após a leitura de determinados livros (Silva, Fernandes, 2023).

De acordo com Freire (1996), ler é um ato político, pois permite que os sujeitos compreendam criticamente o mundo. Ao acessar materiais informativos, literários ou de incentivo à saúde, o indivíduo pode ressignificar sua relação com o corpo, com a doença e com os serviços de saúde. Assim, o projeto Leitura é Saúde não se restringe ao entretenimento, mas constitui ação educativa e terapêutica.

A literatura também destaca o papel da biblioterapia, prática que utiliza a leitura como instrumento terapêutico para lidar com emoções, fortalecer o autoconhecimento e estimular a empatia (Gusmão, Souza, 2020). Neste contexto, inserir livros, revistas e outros materiais em UBSs contribui para o cuidado integral em saúde.

As práticas realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) enfrentam desafios tanto no âmbito gerencial quanto operacional, especialmente no que se refere à abordagem dos determinantes sociais da saúde e à dimensão sociopolítica da promoção da saúde. No contexto brasileiro, ainda são escassos os estudos que analisam criticamente ou avaliam a efetividade e a natureza dessas ações no cenário da APS (Prado, Santos, 2018).

O projeto Leitura é Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), registrado sob o número de inscrição 403420 do Sistema de Informação da Extensão (SIEX), é desenvolvido no contexto da extensão universitária e propõe a inserção da leitura literária e educativa nas salas de espera das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa iniciativa tem como objetivo reduzir a ansiedade dos usuários, fortalecer vínculos e contribuir com o cuidado integral em saúde. O projeto surgiu a partir de uma demanda social observada no entorno do campus saúde, onde a população circulante permanece longos períodos no mesmo ambiente, muitas vezes sem acesso a iniciativas que promovam o bem-estar e o cuidado integral. Diante desse cenário, o projeto foi criado com a proposta de promover o cuidado por meio dos livros.

Entretanto, observa-se que há escassez de estudos que analisem criticamente a leitura como recurso de promoção do bem-estar na APS, especialmente no âmbito das práticas de extensão universitária. Diante disso, surge a necessidade de investigar experiências que utilizam a leitura de forma sistemática como estratégia de cuidado e humanização nas UBS.

Assim, o objetivo do presente estudo consiste em analisar o papel da leitura como estratégia de promoção do bem-estar na Atenção Primária à Saúde, a partir de uma revisão integrativa da literatura sobre práticas de extensão universitária, realizadas por instituições de ensino no Brasil.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, cuja finalidade consiste na reunião e síntese de resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de modo

sistemático e ordenado (Mendes; Galvão, 2008). Esta pesquisa visa documentar a prática educativa na Promoção da Saúde por meio da Extensão Universitária, a partir da pergunta de pesquisa.

Para este estudo foram propostas as seguintes etapas distintas, segundo Ganong (1987): 1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora, 2ª Fase: busca ou amostragem na literatura, 3ª Fase: coleta de dados, 4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos, 5ª Fase: discussão dos resultados e 6ª Fase: análise e interpretação dos resultados e relato da revisão. Além disso, foi incluído o fichamento catalográfico para melhor visualização dos dados.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão aqueles artigos disponíveis na íntegra, publicados nos últimos cinco anos (2019-2024), nos idiomas em inglês ou português, que abordassem a temática sob a perspectiva do desenvolvimento de Projetos de Extensão Universitária no ensino-aprendizado em saúde e nas ações de promoção da saúde na comunidade. Em contrapartida, foram excluídos os estudos que não apresentaram relação com o objetivo e a questão norteadora deste estudo, desenvolvidos com foco em outras áreas do ensino, estudos duplicados, publicação somente de resumos ou que abordavam outros níveis de atenção à saúde.

O processo de seleção está representado na Figura 1. Vale destacar que o processo de seleção seguiu as diretrizes e recomendações PRISMA para identificação, seleção, elegibilidade e inclusão.

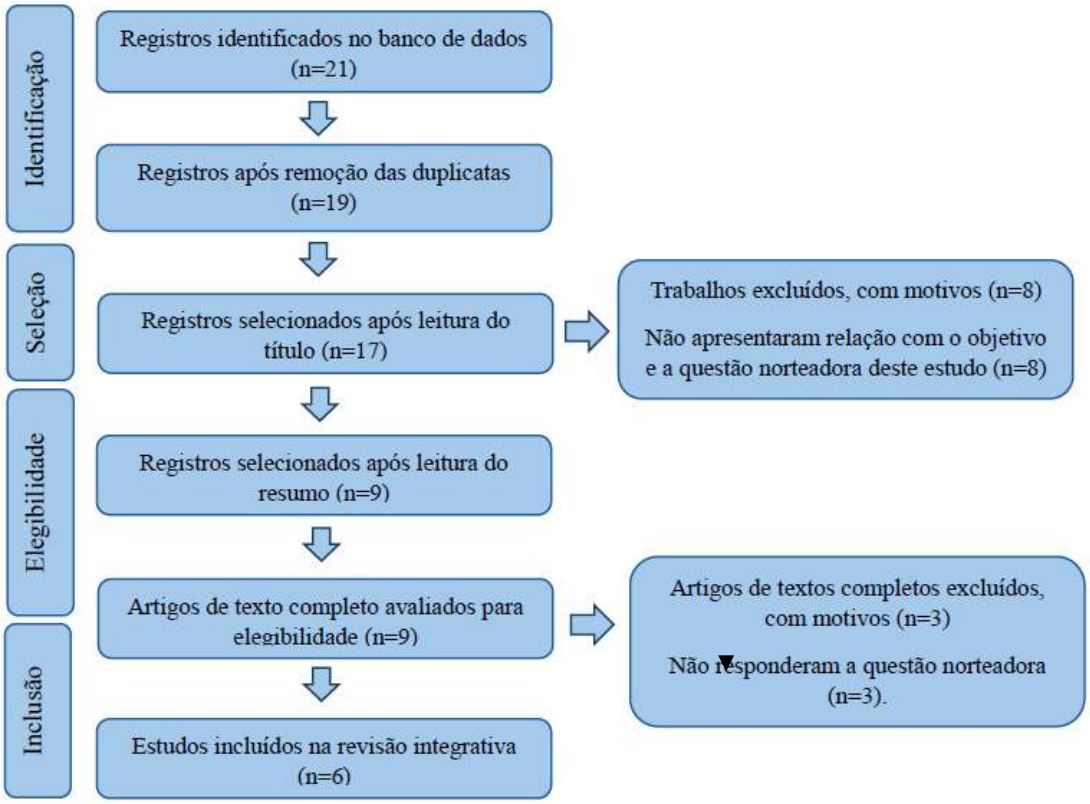
A coleta de dados foi conduzida utilizando-se as palavras-chaves nos idiomas em português, inglês e espanhol, pesquisados nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), com consultas nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDILINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*).

Após delimitar as bases de dados e iniciar as pesquisas nos periódicos por meio das palavras-chaves, realizou-se uma leitura prévia dos títulos e dos resumos. Nos casos em que os títulos e os resumos não se mostraram compreensíveis para definir a seleção inicial, procedeu-se à leitura na íntegra dos artigos selecionados, a fim de reduzir possíveis perdas de publicações relevantes para a pesquisa. Posteriormente, todos os artigos foram lidos na íntegra.

De acordo com os aspectos éticos respeitados por esta revisão integrativa, foi assegurada a autoria dos estudos pesquisados, de forma que todos estão devidamente referenciados

A busca pelas palavras-chaves possibilitou o levantamento inicial de 21 artigos, dos quais apenas 9 atenderam aos critérios de inclusão. Após a leitura dos resumos e realizando a exclusão de artigos duplicados, 9 foram selecionados para leitura na íntegra. Destes, apenas 6 artigos foram considerados para análise e discussão, por sua relação próxima às questões norteadoras do estudo, conforme demonstrado na Figura 1 e de acordo com as diretrizes e recomendações do PRISMA para identificação, seleção, elegibilidade e inclusão.

Figura 1 - Fluxograma com os resultados da seleção dos artigos conforme critérios de elegibilidade, Belo Horizonte/MG, 2025.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025

Após a seleção dos estudos, foi realizada a leitura criteriosa do título, seguida do resumo de cada publicação, com o objetivo de verificar a consonância com o objetivo e a pergunta norteadora deste estudo. Mediante dúvidas referentes à inclusão ou exclusão de algum artigo, este foi lido na íntegra de forma a reduzir possíveis perdas de publicações relevantes para a pesquisa.

A coleta de dados aconteceu durante os meses de fevereiro a abril de 2025. Para a organização dos dados e viabilização da análise, um quadro sinóptico (Quadro 1) foi elaborado utilizando-se o programa Microsoft Office Word 2010.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a etapa de busca e análise dos artigos, apenas 6 destes foram selecionados devido aos critérios que foram definidos durante a confecção desse estudo e os quais foram analisados e organizados no Quadro 1, segundo ano, autor(es), título do artigo, delineamento de pesquisa, objetivos e desfechos encontrados, organizados quanto ao ano de publicação em ordem crescente.

Dentre os métodos utilizados pelos autores destacam-se os trabalhos com abordagem quantitativa, investigação descritiva, explicativa e qualitativa, artigos de revisão integrativa. Apesar de o conteúdo geral estar centrado nas ações e experiências desenvolvidas pelas instituições de ensino superior para a promoção da saúde, o enfoque foi nas seguintes categorias: formação acadêmica, inter-relação academia e comunidade e aplicação de estratégias educativas/metodologias.

A maioria dos trabalhos foram publicados nas regiões Nordeste e Sudeste e estão direcionados para a esfera academia-comunidade, configurando a necessidade de investigar a vivência do discente na realidade local e o impacto das ações de extensão universitária em sua formação e no contexto social. Os dados de caracterização dos artigos estão demonstrados no Quadro 1.

Quadro 1 - Síntese dos estudos analisados segundo ano, título, autores, tipo de estudo, delineamento, objetivo e desfechos

ANO	TÍTULO E SUBTÍTULO	AUTORES	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADOS
2018	Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais.	PRADO; SANTOS	Revisão integrativa da literatura	Sistematizar o conhecimento produzido no campo da promoção da saúde com ênfase nos desafios e estratégias para implementação da intersetorialidade	São necessários investimentos em estudos de caso que permitam analisar intervenções concretas direcionadas à promoção da saúde, agregar novas explicações e estabelecer coerência com a complexidade dos distintos contextos no âmbito da Atenção Primária à Saúde
2020	Biblioterapia como ferramenta de restabelecimento emocional.	GUSMÃO; SOUZA	Revisão integrativa da literatura	debater sobre questões ligadas aos transtornos emocionais, apresentando sugestões Biblioterapêuticas como alternativas complementares.	A Biblioterapia como uma prática leitora utiliza textos verbais e não verbais como coadjuvantes no tratamento de pessoas acometidas por doenças físicas ou mentais. Indica-se a Biblioterapia para pessoas que enfrentam transtornos emocionais.
2021	Bibliotecas na atenção básica: experiências de humanização através da leitura.	CASTRO; LIMA	Investigação descritiva, explicativa e qualitativa, com coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas e análise pela técnica do discurso do sujeito coletivo. Os resultados evidenciaram que a normatização repercute nas relações de reciprocidade.	Analisar a prática do acolhimento e suas contribuições nas relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários, identificando fatores que favorecem ou dificultam as relações de reciprocidade entre eles.	O acolhimento favoreceu a troca de dádivas. Entretanto, aspectos referentes à estrutura física deficiente, à demanda excessiva, à precariedade da rede de referência, à visão médico-centrada, à vulnerabilidade da população, dificultaram as relações mútuas entre os sujeitos.
2021	Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da	SANTANA *et al*	Revisão integrativa da literatura	Realizar um levantamento das publicações nacionais que abordam as	A extensão foi compreendida como estratégia para promover saúde e uma ferramenta factível para o desenvolvimento

	Saúde			contribuições da ação de extensão universitária como estratégia para formação profissional e promoção da saúde	profissional.
2023	Biblioterapia no Brasil: revisão integrativa de literatura de 2019 a 2021	SILVA; FERNANDES	Revisão Integrativa de Literatura	Identificar artigos publicados, no Brasil, na Base de Dados BRAPCI, sobre a aplicação da Biblioterapia, entre 2019 e 2021.	Não existe um padrão para a quantidade de intervenções oferecidas e tampouco para o tempo designado para cada intervenção biblioterapêutica
2024	Atenção primária como porta de entrada preferencial à rede de atenção à saúde. Percepção de moradores assistidos por um projeto comunitário	MAROTTA, C.S.; *et al*	Pesquisa quantitativa com moradores que participam do "Projeto Comunidade". A pesquisa foi elaborada por meio de um instrumento estruturado e adaptado no questionário feito por Paes KSM, NascimentoJC, NegriniLO10	verificar a percepção de moradores assistidos pelo "Projeto Comunidade" sobre os possíveis motivos para a não utilização da APS como porta de entrada preferencial à Rede de Atenção à Saúde(RAS)	Apesar de haver uma apreciaçãorazoáveldacapacidadedaUBSemresolverquestões desaúde,aindahá umaparceladapopulaçãoquepodesubestimarounãoreconhecertotalmenteopapel fundamental da Atenção Primária, o que gera uma sobrecarga dos outros níveis de Atenção à Saúde

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A implementação de ações de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) configura uma resposta essencial à reestruturação do modelo de atenção em saúde, valorizando práticas que consideram os determinantes sociais da saúde. No Brasil, a APS tem se consolidado como espaço dinâmico para a construção de relações que evidenciam a diversidade dos sujeitos envolvidos e fomentam ações de promoção da saúde (Prado, Santos, 2018).

Trata-se de um nível de atenção essencial não apenas na organização dos serviços de saúde, mas também na formação em serviço de profissionais da área. Esse constitui cenário privilegiado para a vivência prática de estudantes, que atuam tanto nos equipamentos sociais do território quanto no espaço físico das unidades básicas, contribuindo significativamente para a qualificação do processo assistencial. Assim, é fundamental investimentos em políticas públicas e estimular a integração dos serviços de saúde, desde a promoção e prevenção a fim de garantir o acesso equitativo e garantir a eficiência da APS (Marotta *et al.*, 2024).

Experiências práticas relatadas em diversas UBS brasileiras demonstram que ações de leitura nas salas de espera geram impactos positivos. Projetos como "Sala de Espera com

Leitura", "Livros que Curam" e "Biblioteca Viva na UBS" têm se multiplicado pelo país, sinalizando uma tendência de valorização da cultura e da educação como componentes do cuidado em saúde (Castro, Lima, 2021).

Ressalta-se que, desde os tempos antigos, a leitura é valorizada por sua capacidade de influenciar atitudes, promover o crescimento pessoal e contribuir para a superação de questões de ordem biológica, psicológica e social. A leitura literária desempenha um papel importante no processo de recuperação do indivíduo, oferecendo acolhimento emocional e ensinamentos para lidar com os desafios da vida. Por meio das narrativas, o leitor encontra consolo e é estimulado a refletir sobre si mesmo e sobre as relações com os outros, que funcionam como espelhos de sua própria existência (Silva, Fernandes, 2023).

Tais ações envolvem não apenas a disponibilização de livros, mas também rodas de leitura, contação de histórias, oficinas de escrita e momentos de diálogo sobre temas de saúde pública. Os resultados observados incluem melhora no ambiente de espera, redução de queixas relacionadas ao tempo de atendimento, aumento do vínculo entre comunidade e equipe de saúde, além do estímulo à leitura como hábito de vida (Silva, Fernandes, 2023).

Para Silva, Fernandes (2023) apontam que as intervenções Biblioterapêuticas possuem inúmeros benefícios, a saber:

> a catarse nos sujeitos; a identificação, a introspecção e a reflexão; a interpretação; a reeducação e a ressignificação dos sofrimentos psíquicos; a seleção de textos adequados para cada finalidade; o cuidado com o ser; o lazer e a diversão; momentos de lazer e o diálogo; momentos prazerosos entre os participantes; tornar o ambiente harmonioso; transformar a biblioteca em um ambiente acolhedor e inclusivo.

O projeto Leitura é Saúde dialoga diretamente com os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo a integralidade, o acolhimento e a participação social (Brasil, 2011). Ao transformar a sala de espera em um espaço de cuidado e aprendizado, a leitura aproxima o usuário dos temas de saúde, amplia sua autonomia e reforça o papel da UBS como espaço de produção de cidadania. Além disso, a leitura pode atuar como ferramenta de educação permanente, tanto para os usuários quanto para os profissionais, que se beneficiam de um ambiente mais leve e propício à comunicação e ao vínculo, promovendo o bem-estar biopsicossocial (Gusmão, Souza, 2020).

Nesse sentido, a Biblioterapia surge como uma ferramenta estratégica e complementar para a APS, alinhando-se aos princípios de integralidade e humanização do Sistema Único de Saúde. De acordo com Gusmão e Souza (2020), a Biblioterapia utiliza a leitura como instrumento coadjuvante no tratamento de transtornos emocionais, promovendo autoconhecimento, catarse, identificação e introspecção. Sua aplicação em grupos, como nas salas de espera da UBS promove a humanização do ambiente, fortalece vínculos, facilita a comunicação e estimula a reflexão coletiva, o que contribui para a redução do sofrimento psíquico e para a promoção da saúde mental. A atuação dos profissionais capacitados, em interface com as equipes de saúde, pode potencializar essas práticas, transformando a leitura em um recurso acessível, terapêutico e educativo, capaz de ampliar o cuidado em saúde para além do modelo biomédico tradicional.

Com base na revisão de Santana et.al (2021) evidencia-se que a extensão universitária se configura como uma estratégia pedagógica potente para operacionalizar ações de promoção da saúde na APS, integrando ensino, pesquisa e prática comunitária. Os projetos extensionistas, ao aproximarem academia e território, favorecem a formação de profissionais de saúde com competências para atuar de forma crítica, reflexiva e humanizada, em sintonia com os princípios do SUS (Santana et al., 2021).

Nesse contexto, iniciativas como rodas de leitura, contação de histórias e clubes do livro em UBS podem ser potencializadas por meio de programas de extensão, nos quais estudantes podem atuar sob supervisão docente, para implementar e avaliar intervenções baseadas em Biblioterapia. Essa integração não apenas qualifica a formação profissional, como também fortalece o vínculo com a comunidade, transformando a sala de espera em espaço de diálogo, acolhimento e produção de saúde, em linha com a perspectiva da educação popular e promoção da saúde (Santana et al., 2021).

3.1 Limitações do estudo

Na literatura, observou-se uma escassez significativa de pesquisas que abordam a leitura como fator de promoção do bem-estar, o que fortalece a relevância do presente estudo.

Porém, como limitação, pode-se levantar o fato de as buscas terem sido realizadas em bases de dados da área da Saúde, o qual representou o alvo de interesse particular da investigação, sem contemplar outras possíveis fontes.

3.2 Contribuições para a Área da Saúde e Política Pública

A incorporação da Biblioterapia no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente quando articulada a programas de extensão universitária, apresenta contribuições significativas tanto para a área da saúde quanto para a formulação de políticas públicas. Do ponto de vista, assistencial, essa prática amplia o leque de ferramentas disponíveis para o cuidado em saúde mental, oferecendo uma alternativa complementar, de baixo custo e alto impacto no acolhimento emocional de usuários. A leitura terapêutica humaniza o ambiente das UBS, transforma a sala de espera em um espaço produtivo de cuidado e favorece a construção de vínculos entre a equipe de saúde e a comunidade, fortalecendo a corresponsabilidade no processo saúde doença.

No campo das políticas públicas, a experiência bem sucedida de projetos como o Projeto Leitura é Saúde, projeto de extensão da Universidade Federal de Minas Gerais, inserido em um complexo hospitalar e realizando rodas de leitura nos ambulatórios, evidencia a viabilidade de integrar a Biblioterapia às diretrizes do SUS, em especial aos princípios de integralidade, equidade e participação social. A institucionalização dessa pratica pode fomentar a criação de linhas de cuidado em saúde mental na APS, reduzindo a sobrecarga de serviços especializados e promovendo intervenções precoces e contextualizadas. Além disso, a articulação com a extensão universitária assegura sustentabilidade às ações, ao mesmo tempo em que forma profissionais de saúde mais capacitados para atuar com práticas integrativas e comunitárias.

4 CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que a leitura constitui uma estratégia inovadora e eficaz para a promoção do bem-estar no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Por meio do projeto Leitura é Saúde e iniciativas similares, a inserção da leitura nas salas de espera demonstra potencial para humanizar o ambiente, reduzir a ansiedade dos usuários e fortalecer os vínculos entre comunidade e profissionais de saúde.

Os resultados da revisão integrativa indicam que a leitura, além de promover acolhimento e reflexão, atua como ferramenta terapêutica capaz de contribuir para o equilíbrio biopsicossocial dos indivíduos, alinhando-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como integralidade, acolhimento e participação social. Além disso, destaca-se o papel

da biblioterapia como recurso complementar no cuidado em saúde, promovendo processos de catarse, ressignificação e autoconhecimento.

Entretanto, o estudo também identificou limitações relevantes, como a escassez de pesquisas específicas sobre o impacto da leitura na promoção do bem-estar na APS e o recorte restrito às bases de dados da área da Saúde, o que aponta para a necessidade de ampliar o campo de investigação. Ademais, os poucos estudos encontrados enfatizam a importância da articulação entre serviços de saúde, educação e extensão universitária para o sucesso dessas práticas.

Assim, recomenda-se que políticas públicas sejam desenvolvidas para incentivar e consolidar ações de leitura e biblioterapia nas UBS, contribuindo para um cuidado mais humanizado, integral e participativo. Para a academia, reforça-se a urgência em ampliar as pesquisas que avaliem de forma rigorosa a efetividade dessas intervenções, especialmente no que tange aos aspectos éticos, econômicos e sociais, para fundamentar decisões estratégicas e investimentos na promoção da saúde por meio da leitura.

Por fim, o presente estudo ressalta a leitura não apenas como ato cultural, mas como instrumento de transformação social e de saúde, capaz de fortalecer a cidadania e a qualidade de vida dos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde**. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CASTRO, M. E.; LIMA, J. A. M. **Bibliotecas na atenção básica: experiências de humanização através da leitura**. Revista Brasileira de Saúde da Família, v. 22, n. 1, p. 55-67, 2021.

FREIRE, P. Alfabetização de adultos e bibliotecas populares. **A importância do ato de ler** – em três artigos que se completam. São Paulo: Cortez, 1996.

GANONG, Lawrence H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**.; 1987, n.10; v.1; p.1-11, 1987.

GUSMÃO, R. M.; BARBOSA, C. N. S. A Biblioterapia como ferramenta de restabelecimento emocional. **INVESTIGACIÓN BIBLIOTECOLÓGICA**,vol. 34, núm. 85, 2020, México. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-358X2020000400033 Acesso em:12/02/2025. DOI: https://doi.org/10.22201/iibi.24488321xe.2020.85.58166

MAROTTA, C.S.; *et al*. Atenção primária como porta de entrada preferencial à rede de atenção à saúde. Percepção de moradores assistidos por um projeto comunitário. **Revista Saber Digital**, v. 17, n.2, e20241705, maio/agosto, 2024. Disponível em: https://unifaa.emnuvens.com.br/SaberDigital/article/view/1527/998 Acesso em: 10/03/2025. DOI10.24859/SaberDigital.2024v17n2.1527

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. **Reflexão • Texto contexto - enfermagem.** 17(4): 758-64., 2008.

PRADO, N.M.B.L; SANTOS, A.M**.** Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 379-395, set. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SCVGB8QDgCysbMhjbjYPdzP/?format=pdf. Acesso em: 15/03/2025.

SANTANA, R. R. *et al*.. Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da Saúde. **Educação & Realidade**, v. 46, n. 2, p. e98702, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/edreal/a/qX3KBJghtJpHQrDZzG4b8XB/ Acesso em: 08/02/2025 https://doi.org/10.1590/2175-623698702

SILVA, Valdemir Bezerra da; FERNANDES, Janaína da Silva Gonçalves**.** Biblioterapia no Brasil: revisão integrativa de literatura de 2019 a 2021. **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina**, Florianópolis, n. esp., v. 28, n. 4, p. 1–19, jan./dez. 2023. Número especial: Biblioterapia: mediação de textos literários para a interação entre os mediados e a abertura para o diálogo.

O IMPACTO DAS POLÍTICAS DE COMPLIANCE NO CONTEXTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Santiago Wilian De Alcântara; Graduando em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais.

Leandro Américo Da Cruz; Mestre; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO: Este estudo tem como objetivo analisar o impacto das políticas de compliance na saúde suplementar no Brasil, investigando seus efeitos sobre a governança, a qualidade dos serviços e a relação entre operadoras, beneficiários e órgãos reguladores. A fundamentação teórica baseia-se em autores que discutem compliance como instrumento de transparência, integridade e prevenção de fraudes, além de diretrizes da ANS e da LGPD. O método consistiu em revisão de literatura, com análise de 30 publicações, das quais 13 atenderam aos critérios de inclusão. Os resultados apontam benefícios significativos, como maior proteção de dados, transparência, redução de riscos e fortalecimento da confiança, mas também revelam desafios relacionados a custos, resistência organizacional e burocracia. Conclui-se que o compliance representa um mecanismo estratégico para a sustentabilidade do setor, sendo essencial ao aprimoramento da gestão e à credibilidade das operadoras, apesar das dificuldades de sua plena implementação.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Suplementar; Planos de Saúde; Compliance; Ética em Saúde.

AGRADECIMENTOS
Agradeço primeiramente a Deus, ao meu pai Fernando Wilian de Alcântara e a minha mãe Conceição Maria de Jesus que sempre me incentivaram a buscar o estudo em qualquer circunstância, ao exemplar orientador Leandro Américo da Cruz que se fez presente a todo o momento na elaboração do projeto e me auxiliou em tudo que precisei e aos grandes amigos que encontrei durante a graduação e quero levar para toda vida: Vinicius Quaresma, Gisele Gomes, Matheus Lot e Caio Morais.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Febraban (2009, p.11) a origem da palavra compliance deriva do verbo em inglês "to comply", que significa obedecer, cumprir, satisfazer ou realizar o que foi imposto. Portanto, pode-se dizer que compliance é estar em conformidade com as normas e regulamentos estabelecidos pela organização, sejam eles internos ou externos.

No Brasil o termo ganhou notoriedade em 1992 com o início da abertura do mercado nacional a empresas estrangeiras. O país teve de se adequar aos padrões éticos de combate à corrupção que já haviam se estabelecidos. A ação foi necessária devido à crescente competitividade entre empresas transnacionais. O assunto volta à tona no Brasil em 2014 com a ascensão da Operação Lava Jato, em que foram descobertos esquemas de corrupção envolvendo empresas públicas e privadas, a exemplo da Petrobras. Hoje a indústria petrolífera é referência no uso da compliance, instituindo a Diretoria de Governança e Conformidade e o Programa Petrobras de Prevenção da Corrupção (PPPC), setor que cuida das políticas da empresa (Louzada et *al*., 2020).

Nesse contexto, nos últimos anos o setor da saúde privada no Brasil, comumente conhecido como saúde suplementar, tem enfrentado uma série de desafios, incluindo a necessidade de garantir a qualidade dos serviços prestados e a proteção dos direitos dos consumidores. Assim, o conceito de compliance surge como uma ferramenta fundamental para promover a conformidade legal e ética nas operações das operadoras de planos de saúde. Compliance que, segundo (Carvalho, 2023), se refere ao conjunto de práticas e políticas adotadas por uma organização para assegurar que todas as suas atividades estejam em

conformidade com as leis, regulamentos e normas aplicáveis, bem como com os princípios éticos e de integridade.

Sobre o conceito de compliance, Figueiredo (2015) define como a adoção de mecanismos destinados a prevenir a ocorrência de fraudes e, caso ocorram, garantir que sejam facilmente investigadas, destacando o compromisso com o cumprimento das normas. O autor acrescenta ainda que o compliance pode ser interpretado como um sistema ou programa de comprometimento.

O compliance atua como um mecanismo primordial para a regulação das instituições públicas e privadas, bem como do setor de saúde, contribuindo para a mitigação de impactos sociais, políticos e econômicos decorrentes da ausência de um sistema eficaz de combate à corrupção. Estudos conduzidos pelo programa de voluntários da Organização das Nações Unidas (ONU) indicam que as organizações do terceiro setor desempenham um papel significativo na economia brasileira, correspondendo a aproximadamente 5% do Produto Interno Bruto (PIB) do país. Diante desse cenário, a adoção de práticas de conformidade torna-se fundamental para fortalecer a transparência, a governança e a sustentabilidade dessas instituições. (Castro, 2016).

A ausência de conduta e ética por parte das operadoras de saúde influenciou demasiadamente na procura por uma solução concreta a ser adotada, visando impactos positivos na relação operadora de saúde e usuário, e assim evitando a judicialização que, por si só, é um fenômeno que inviabiliza a crescente da organização e prejudica a sua credibilidade no mercado. Além de solicitações assistenciais, a judicialização ocorre, também, por questões contratuais, com base na Constituição, na Lei dos Planos de Saúde e nos Direitos do Consumidor (Teixeira, 2022).

Além da judicialização, fatores como: a imagem da empresa, relação de confiabilidade com a equipe de colaboradores, segurança com os dados dos beneficiários e credibilidade no mercado, instigam as operadoras a adotarem as diretrizes e normas de compliance. (KPMG Brasil, 2023).De acordo com a Resolução Normativa (RN) nº 518 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), são estabelecidas diretrizes mínimas para a estruturação e implementação do programa de compliance pelas operadoras de planos de saúde, promovendo a cultura de conformidade, prevenindo e mitigando riscos relacionados à saúde suplementar com a utilização e monitoramento de dados. (Brasil, 2022)

Desse contexto surge, portanto, o interesse no estudo da avaliação dos efeitos da adoção do compliance na saúde suplementar, objetivando analisar pontos inerentes à implementação de uma sistemática padronizada de coerência com normas e diretrizes nas organizações privadas da saúde.

Este estudo tem como objetivo principal analisar a influência das políticas de compliance na saúde suplementar brasileira. A pesquisa busca ir a fundo, investigando como a adoção de práticas de governança, transparência e conformidade regulatória impacta três pilares fundamentais: a sustentabilidade financeira das operadoras, a qualidade dos serviços oferecidos aos beneficiários e a relação entre os atores do setor (operadoras, beneficiários e órgãos reguladores).

Para alcançar esse objetivo, a análise se desdobrará em quatro frentes específicas. Primeiramente, buscaremos investigar a influência do compliance na gestão financeira, examinando sua contribuição direta para a redução de riscos e a otimização de custos. Em seguida, será examinado o papel do compliance na melhoria da qualidade dos serviços prestados, considerando como a conformidade afeta a experiência e a confiança dos beneficiários. O terceiro ponto é avaliar como as práticas de governança e conformidade contribuem para a transparência e credibilidade do setor, crucial para sua relação com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e os consumidores. Por fim, o estudo se

debruçará sobre os desafios enfrentados pelas operadoras na implementação dessas políticas, identificando os principais obstáculos jurídicos, administrativos e econômicos.

Assim, esta pesquisa pretende oferecer uma visão abrangente sobre como a conformidade regulatória não é apenas uma obrigação, mas uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento e a estabilidade de todo o ecossistema da saúde suplementar no Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Gonçalves (2024) a saúde suplementar no Brasil cuida da administração e operação dos planos e seguros de saúde privados. Tal setor atua de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando atendimento médico privado e possibilitando aos beneficiários o acesso a uma rede credenciada de médicos, clínicas, laboratórios e hospitais.

Para Pedote (2022), compliance é uma ferramenta que assegura o cumprimento das regras internas na instituição, bem como aquelas exigidas por agentes normativos. Esta ferramenta trabalha em conjunto com a área de auditoria. O termo compliance compreende o alinhamento das regras estabelecidas de forma interna ou externa à organização, com o objetivo de garantir a segurança da mesma e de seus usuários. Ademais, agrega valor de excelência, que é um diferencial no mercado.

A adoção da compliance na saúde suplementar dificulta a tomada de condutas antiéticas no cotidiano empresarial, que refletem diretamente na relação com seus usuários, evitando até mesmo situações que culminam no descaso com a saúde do paciente (Vieira, 2013). A transparência e fácil acesso às informações do plano para com os usuários é uma forma de evitar futuras complicações e frustrações referentes ao uso e desuso dos serviços prestados pela operadora.

> Nem todos os estabelecimentos praticam isso, mas as informações precisam ser claras e estar disponíveis para empresas, fornecedores, pacientes e planos de saúde. Um fato comum é, por exemplo, o próprio paciente não ter acesso fácil e detalhado a todos os procedimentos realizados e alegados pelo hospital. (LEC, 2019, ONLINE).

Embora não se classifique como regra, inúmeras irregularidades são relatadas no setor privado da saúde quanto à falta de informação dos usuários perante seus planos, não tendo instruções suficientes para acessar dados referentes aos seus benefícios e procedimentos realizados durante a utilização do convênio. (Legis Compliance, 2021).

A título de exemplo, podem-se citar as arbitrariedades nos reajustes dos planos de saúde, prática que ocorre comumente em planos empresariais, uma vez que eles não seguem a regulação, ou têm interferência da Agência Nacional de Saúde (ANS), onde cada operadora adéqua seu valor se baseando na sinistralidade. Esse tipo de postura facilita abusos no ato do reajuste, já que os contratos coletivos empresariais não possuem uma fiscalização e uma limitação de teto de aumento comparado aos planos individuais (Silva, 2024). A discrepância relativa à falta de fiscalização das boas práticas é notória nos reajustes. Por exemplo, em 2023 a ANS aprovou um reajuste de 9,63% para planos de saúde individuais e familiares, e em 2024 esse percentual foi reduzido para 6,91%. Em contrapartida, em 2023 os planos empresariais e coletivos alcançaram a casa dos 20%, com previsão de 25% para 2024 (Fernandes, 2024).

As regulamentações são importantes auxiliadoras na busca da conformidade com o compliance nas operadoras de saúde, pois não apenas asseguram a qualidade e segurança dos serviços dos prestadores, mas contribuem em proteger os direitos dos pacientes, além de

estabelecerem leis a serem seguidas para uma operação ética e eficiente das instituições de saúde (Benner, 2024).

A implementação do compliance em uma organização enfrenta desafios significativos, como a dificuldade em adequar a equipe às normas de conduta e ética, a falta de comprometimento dos colaboradores e a má gestão dos riscos organizacionais. É crucial que existam políticas de incentivo para promover a ética de trabalho e suas consequências positivas. A gestão de riscos é inevitável para evitar ações antiéticas e deve ser uma prioridade nas verbas destinadas ao compliance. Além disso, a escassez de recursos e a falta de um departamento dedicado ao compliance são barreiras comuns, especialmente em micro e pequenas operadoras devido aos altos custos envolvidos (Lugarinho, 2024).

Em setembro de 2024 um relato do descaso e negligência de um laboratório com seus pacientes chocou o Brasil. A PCS LabSaleme, unidade privada localizada em Nova Iguaçu no estado do Rio De Janeiro, contratada pela SES-RJ por meio do processo de licitação para fazer a sorologia de órgãos doados, disponibilizou dois transplantes com órgãos infectados pelo vírus HIV com documentos forjados, alegando o "não-positivo" para a patologia(Ávila et al., 2024).

> A Anvisa descobriu ainda que o PCS não tinha kits para realização dos exames de sangue nem apresentou documentos comprovando a compra dos itens, o que levantou a suspeita de que os testes podem não ter sido feitos e que os resultados tenham sido forjados. (Ávila et *al*., 2024)

Outro exemplo que repercutiu na mídia foi o da operadora de saúde PreventSenior, do Estado de São Paulo, que se envolveu em denúncias de práticas antiéticas e médicas durante a pandemia de COVID-19. A operadora foi acusada de pressionar médicos a prescrever tratamentos sem comprovação científica, como a cloroquina, e de manipular registros de prontuários e diagnósticos para reduzir custos. (Padilha, 2021)

Casos de fraude como estes implicam diretamente no contexto do compliance em operadoras de saúde. Por conta desse tipo de atitude, que revela negligência e má-fé, beneficiários são impactados diretamente, a ponto de colocar a saúde e suas faculdades mentais em risco. A resolução de tais situações passa por artefatos como a judicialização, que estremece a relação operadora de saúde e usuário, podendo, em determinadas situações, acarretar em sanções severas à operadora, o que é mais do que justo, considerando que o pano de fundo de suas atividades é a tutela da vida das pessoas. (Padilha, 2021)

Buscando tomar uma posição diante da repercussão relacionada à negligência das operadoras de saúde, a ANS instituiu a RN nº 518/22, que detalha os requisitos básicos para a gestão de riscos e auditoria, bem como a estrutura de governança. Além de uma estrutura mínima decisória e de auditoria interna, são previstas práticas formais de conduta e ética, divulgação de demonstrações semestrais com manifestação de auditoria independente, bem como políticas e avaliações de gestão de riscos. (ANS, 2022)

Em que pese algumas operadoras de saúde terem aderido à auto-gestão suas atividades, os planos de saúde são regidos pela ANS, que visando uma padronização do sistema de conduta e ética instituiu a Lei no 9.656/1998 com diretrizes de compliance e regras para os planos privados (Presidência da República, 1988). Antes de essa lei ser instituída as operadoras trabalham conforme as próprias normas e diretrizes, tendo autonomia para agir conforme a conveniência. Entretanto, atuar desta forma abria diversas brechas para contestações e processos. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 surge para padronizar as políticas a serem adotadas pelas operadoras, evidenciando a preocupação do Estado brasileiro com o que viria futuramente a ser chamado de compliance. Todavia, essa lei se aplica somente a contratos assinados depois de 2 de janeiro de 1999, quando entrou em vigor, ou seja, os contratos anteriores a essa data não são regulamentados por ela. (BRASIL, 1998).

Desde então, 1998, a legislação que rege os planos de saúde não passou por mudanças significativas, embora novas normativas tenham sido introduzidas ao longo dos anos. Em dezembro de 2019, a ANS aprovou uma norma específica sobre a carência para portabilidade de planos. Desde então os beneficiários de planos coletivos podem alterar seu plano ou operador sem precisar cumprir um período mínimo de carência. Outra inovação, decorrente da pandemia de Coronavírus, foi a definição, em março de 2020, de que todos os planos de saúde devem cobrir os testes de diagnóstico do coronavírus no Rol de Procedimentos Obrigatórios, o que também resultou na alteração dos prazos para procedimentos eletivos. (ANS, 2021)

A regulação das operadoras de saúde auxilia demasiadamente na busca pela qualidade dos serviços prestados e minimiza as ocorrências de negligência com normas de conduta e ética. Depreende-se, portanto, que a instituição de um órgão regulador foi uma política muito eficaz. A Lei 9.656/1998 desempenhou um papel importante ao permitir que os beneficiários buscassem o judiciário para questões de coberturas assistenciais, afetando consideravelmente a gestão das operadoras de planos privados. (Afonso, 2017)

Além disso, para que a implementação da compliance seja eficiente, são necessários programas de treinamento, comunicação e incentivos contínuos para proporcionar o conhecimento das normas e promover a cultura de compliance nas empresas. Essas estratégias ajudam a multiplicar o conhecimento e reforçar as mensagens no momento correto, deste modo, possibilitando uma melhoria no resultado. (Portal de Complice, 2017)

Aderir à cultura de compliance fortalece a confiabilidade dos beneficiários com as operadoras de planos de saúde, eleva a qualidade do atendimento prestado e assegura a sustentabilidade do setor. As operadoras que se dispõem a investir no compliance estão mais bem capacitadas a enfrentar desafios regulatórios e operacionais, se destacando no mercado como exemplos de integridade e responsabilidade social.

3. METODOLOGIA

A realização desta revisão literária demandou uma delimitação cuidadosa do escopo. O foco foi direcionado para o impacto das políticas de compliance no contexto da saúde suplementar no Brasil, analisando as principais legislações, regulamentações e práticas adotadas pelas operadoras de planos de saúde.

Para tal, foi feito um levantamento bibliográfico minucioso que resultou na seleção de 30 publicações, entre artigos, livros, dissertações, teses, relatórios técnicos e documentos oficiais. Esses materiais, que abordavam o tema do compliance em seu sentido mais amplo e sua aplicação no setor de saúde, foram escolhidos com base em critérios de inclusão e exclusão rigorosos, garantindo a relevância dos estudos para o contexto brasileiro.

A análise de conteúdo seguiu uma metodologia de duas etapas. A primeira, uma leitura exploratória, consistiu na avaliação de títulos, resumos e palavras-chave para identificar a pertinência do material. Na segunda, a leitura analítica, os estudos selecionados foram examinados de forma completa para extrair as informações mais relevantes.

Por fim, a discussão e conclusão da revisão literária sintetizam as implicações dos achados para a gestão das operadoras de planos de saúde. O estudo não só aprofunda a compreensão da aplicação do compliance no setor, como também aponta direções e sugestões para futuras pesquisas, contribuindo para o avanço do conhecimento na área.

4. ANALISE E DISCUSSSÃO DOS RESULTADOS

Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 13 trabalhos considerados elegíveis para análise, avaliados como relevantes para o estudo. Cabe destacar que a revisão da literatura não identificou todos os estudos que mensuram de forma ampla o impacto ou a evidência de um programa de compliance na saúde suplementar, o que reforça a

necessidade de novas pesquisas na área. A seção de apresentação dos resultados consiste aponta prós e contras, e as consequências positivas e negativas da implementação do compliance nas operadoras de saúde no Brasil, em consonância com o escopo do estudo. O quadro 1, que se encontra no apêndice 1, apresenta os trabalhos escolhidos.

4.1. Resultados favoráveis à implementação do compliance nas operadoras de saúde.

A implementação do compliance na saúde suplementar como um todo ocasionou avanços significativos, garantindo maior transparência, segurança e qualidade nos serviços. Este subtópico abordará os benefícios observados, como a adequação às exigências da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD),o cumprimento assertivo de normas rígidas, a identificação e prevenção de práticas irregulares, e a eficácia obtida nos processos, os tornando mais seguros e beneficiando os pacientes e profissionais da saúde. Esses fatores contribuíram para a confiança dos beneficiários e a sustentabilidade das empresas no setor.

4.1.1. Proteção de dados dos pacientes

Uma das principais premissas da LGPD, Lei nº 13.709/2018, é que os indivíduos se tornaram titulares dos seus dados, com plenos direitos sobre eles, conforme previsto no Art. 7º da referida legislação. Isso quer dizer que para a obtenção, armazenagem e tratamento de dados dos beneficiários, as operadoras de saúde precisam da autorização expressa de cada um. Na saúde, a utilização de dados pessoais é fundamental, pois informações como nome, endereço, condições de saúde e doenças fazem parte de prontuários médicos e triagens para a escolha do plano de saúde.

É importante ressaltar que o **"**tratamento de dados**"** é um conceito que envolve toda operação realizada com dados pessoais como: coleta, a recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, armazenamento, eliminação e avaliação ou controle da informação (Jardim, 2021).

Jardim (2021) explica ainda que a adoção da LGPD pelos planos de saúde deixa de ser apenas uma obrigação ética e assume também o papel de "diferencial de mercado", uma vez em que recorrentemente são constatadas ilegalidades quanto ao tratamento dos dados de beneficiários, gerando dúvidas e desconfianças para a população que almeja consumir do mercado, enquanto aquelas operadoras que se empenham em adequar a organização a lei, obtém uma vantagem competitiva.

É possível mencionar que, segundo Abdullah, Indulska e Sadiq (2016), a ausência do compliance nas organizações aumenta os custos com a reputação de uma empresa, resultante da não conformidade, começando pela diminuição da influência no mercado, e acarretando na perda de vantagem competitiva pelo deslocamento de clientes para outro concorrente, o que está em consonância com o que fora dito no trabalho mencionado anteriormente, de Jardim (2021).

Entre os benefícios, destaca-se também a redução de vazamentos de dados, que pode gerar multas de até R$50 milhões por infração à operadora (Silva, 2025). Seguir a LGPD deixou de ser só uma obrigação legal e assumiu o papel de estratégia para fortalecer a credibilidade e a sustentabilidade das operadoras de saúde.

Portanto, a conformidade com a LGPD é imprescindível na saúde suplementar, pois garante a proteção dos dados sensíveis dos pacientes, fortalece a confiança dos beneficiários e reduz riscos jurídicos. Além disso, a implementação da LGPD melhora a eficiência operacional e evita sanções financeiras.

4.1.2. Maior transparência e conformidade legal

Conforme já explicado neste trabalho, as operadoras de planos de saúde no Brasil são reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que exige transparência na prestação de serviços e cumprimento de normas rigorosas. A implementação de auditorias internas e compliance garantem que as operadoras sigam padrões íntegros e legais, reduzindo riscos de sanções e multas.

O Relatório de Gestão da ANS referente ao exercício de 2018 classifica os riscos em operacionais e de integridade, considerando suas possíveis consequências para o cumprimento dos objetivos da organização (Brasil, 2019).

Os riscos operacionais referem-se à possibilidade de perdas diretas ou indiretas causadas por vulnerabilidades associadas a diversos fatores, como falhas em processos internos, infraestrutura física, sistemas, estrutura organizacional e eventos externos. Esses riscos impactam cinco áreas essenciais: desempenho**,** legal e compliance**,** ambiente de trabalho e segurança**,** ativos financeiros e mídia e reputação, podendo comprometer a execução das estratégias previstas. (Brasil, 2022). Já os riscos de integridade estão relacionados a ações ou omissões que possam favorecer fraudes ou atos de corrupção, podendo atuar como causas, eventos ou efeitos dos riscos operacionais. A mitigação desses riscos é essencial para garantir a transparência e a confiabilidade dos processos institucionais da ANS. A implementação de auditorias internas e compliance garantem que as operadoras sigam padrões éticos e legais, reduzindo riscos de sanções e multas.

A adoção do modelo de avaliação de riscos proposto pela ANS fortalece a transparência e a conformidade legal, garantindo maior segurança tanto para as operadoras quanto para os beneficiários. A aderência do compliance na saúde suplementar, junto ao modelo de avaliação de riscos da ANS, resulta em um avanço significativo na governança corporativa do setor. Essa abordagem corrobora com a transparência, garantindo que as operadoras atuem de forma ética e responsável, enquanto assegura a conformidade legal, evitando assim, sanções e fortalecendo a relação com beneficiários. (ANS, 2022)

Segundo Lima Junior, Machado e Lemos Lima (2024) a adequação ao modelo de gestão baseado no compliance tem se mostrado fundamental para as operadoras de saúde. Mais do que uma obrigação para a prática regulatória, essa abordagem assume um papel estratégico para a garantia da integridade e eficiência dos processos e a qualidade dos serviços oferecidos. O cumprimento efetivo das normas estabelecidas por órgãos reguladores, como a ANS, “fortalece a segurança institucional, minimizando riscos operacionais e reduzindo a exposição pejorativa e ademais sanções legais”.

Além da conformidade com as legislações vigentes, o compliance possibilita um controle eficiente dos processos internos das OES, otimizando a administração de recursos e possibilitando a transparência na relação com beneficiários. Segundo Garcia e Libânio (2021) a implementação de práticas voltadas à ética e à governança corporativa contribuem diretamente para a credibilidade das operadoras de saúde, influenciando em uma maior confiança dos consumidores e propiciando um ambiente competitivo e sustentável à organização.

Conclui-se, portanto, que o compliance não se caracteriza somente como adequação regulatória, mas também um elemento indispensável na estruturação das operadoras, permitindo assim, a evolução linear da saúde suplementar no Brasil. Sua aplicação fortalece a governança, otimiza o desempenho institucional e assegura a manutenção dos princípios da legalidade e da transparência, promovendo um sistema eficiente e equilibrado tanto para os colaboradores quanto para os beneficiários.

4.1.3. Prevenção de fraudes

Segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (2023),o setor de saúde enfrenta recorrentemente desafios relacionados à práticas fraudulentas que comprometem tanto a sustentabilidade financeira das operadoras quanto a qualidade dos serviços oferecidos aos beneficiários. Listando as fraudes mais recorrentes, destacam-se o superfaturamento em procedimentos, cobranças indevidas e a falsificação de documentos médicos. Tais irregularidades corroboram para impactos significativos, prejudicando a confiabilidade do sistema e inviabilizando o fácil acesso dos beneficiários aos tratamentos necessários.

Diante deste cenário torna-se indispensável a implementação de medidas eficazes de controle e fiscalização. A LGPD e as normativas estabelecidas pela ANS desempenham um papel fundamental na mitigação das fraudes, garantindo a integridade dos processos internos e fortalecendo a transparência organizacional.

De acordo com Jardim (2021), ao concretizar protocolos claros de conformidade em sua administração, as operadoras de saúde não apenas evitam sanções regulatórias, mas também promovem um ambiente mais seguro e confiável para os beneficiários. Assim, o compliance consolida-se como um elemento essencial na prevenção de fraudes, garantindo que o setor de saúde suplementar opere com eficiência, ética e compromisso com a legalidade.

4.1.4. Melhoria na qualidade dos serviços

Segundo Sousa e Pedrosa (2020) a adoção do compliance permite que as operadoras de saúde aperfeiçoem seus fluxos de trabalho, eliminando gargalos administrativos e reduzindo riscos operacionais. A padronização de processos, alinhada às exigências da ANS, asseguram que os serviços sejam prestados de maneira organizada, reduzindo falhas e tornando o atendimento mais ágil e eficaz.

As operadoras de saúde, ao estabelecerem diretrizes claras para a conformidade legal e ética, reduzem falhas operacionais e prestam um atendimento transparente e organizado. Segundo Vieira (2013), este alinhamento reflete na experiência dos beneficiários, que passam a contar com serviços mais estruturados, proteção de dados pessoais e uma maior segurança na realização de procedimentos médicos e clínicos. Esse avanço é alcançado por meio da implementação de protocolos de governança, auditorias internas e monitoramento contínuo, permitindo a identificação e correção de irregularidades antes que comprometam a qualidade dos serviços prestados.

O compliance na saúde suplementar agrega valor principalmente na capacidade de fortalecer a credibilidade das operadoras e proteger os direitos dos beneficiários**,** além de minimizar os riscos regulatórios e jurídicos. Assim, a conformidade com as normas vigentes não apenas tem serventia para a prevenção de sanções e perdas financeiras, mas também para a melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados.

4.2. Resultados não favoráveis à implementação do compliance nas operadoras de saúde

Este subtópico aborda os desafios e limitações encontrados na implementação do compliance nas operadoras de saúde suplementar. Serão analisados os fatores que dificultam sua efetividade, incluindo elevados investimentos necessários para a implementação, resistência organizacional e regulamentação excessiva. Além disso, serão discutidas as consequências da falta de adaptação às exigências regulatórias.

4.2.1. Altos custos de implementação

A implementação do compliance nas operadoras de saúde suplementar no Brasil tem se mostrado uma ferramenta importante para garantir transparência, conformidade legal e fortalecimento da governança corporativa. Apesar dos diversos benefícios evidentes, os altos

custos dessa implementação representam um desafio significativo para as operadoras de saúde, especialmente para as de pequeno e médio porte.

Segundo Sousa e Pedrosa (2020) esse assunto ainda está restrito a grandes empresas e multinacionais. Apesar de muitos gestores de micro e pequenas empresas terem conhecimento sobre o tema, não buscam implantar o programa de compliance por presumirem ser complexo e oneroso. Os altos custos para a implementação do compliance nas operadoras de saúde são comumente analisados de forma pejorativa devido à alta complexidade e ao impacto financeiro que representam a essas instituições. Segundo Silva (2021), entre alguns fatores que inviabilizam a idéia do compliance nas operadoras de saúde, listam-se: os investimentos elevados em tecnologia para monitoramento e auditoria, treinamentos contínuos para colaboradores, a contratação de consultorias especializadas e a adequação às exigências regulatórias impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Os autores argumentam que o elevado custo da implementação do compliance nas operadoras de saúde deve ser avaliado não somente como gasto, mas também como um investimento estratégico. Ainda que represente custos para empresas de menor porte, a adoção dessas práticas auxilia na redução de riscos e maior eficiência operacional**,** resultando em benefícios que vão além da dificultosa adequação às normas regulatórias.

4.2.2. Resistência interna

A implementação do compliance nas operadoras de saúde é cercado de obstáculos e entre eles, a resistência interna é um dos principais. Esse fenômeno é resultante da dificuldade de adaptação dos colaboradores e gestores às novas diretrizes. A resistência à aderência do compliance nas operadoras pode ser justificada a diversos fatores, o medo de sanções disciplinares e a defasada capacitação para atender às exigências normativas. Segundo Garcia e Libânio (2021) o desconhecimento sobre os benefícios do compliance corroboram com a resistência, considerando que muitos profissionais da saúde e gestores enxergam as normas de conformidade como obstáculos, sem interpretar que sua aplicação resulta em maior segurança jurídica, redução de riscos financeiros e aprimoramento da transparência organizacional.

Segundo Costa (2022), para que seja possível minimizar essa resistência, é importante investir em educação corporativa, o autor aponta vantagens do compliance que podem ser obtidas por meio de treinamentos, comunicação assertiva e incentivo à participação ativa dos funcionários. Bons líderes, antenados e comprometidos com a implementação do compliance contribuem para uma grande melhora do setor, tornando a conformidade não apenas uma exigência regulatória, mas um princípio básico e indispensável para o crescimento das operadoras de saúde.

4.2.3. Excesso de burocracia

Por fim, o compliance, embora indispensável para a garantia da transparência e segurança jurídica, também esbarra em excesso de burocracia. Durante o estudo, esse entrava foi identificado como um dos principais. As operadoras precisam se adequar a inúmeras normas regulatórias impostas pela ANS, além de estar em conformidade com as exigências de proteção de dados estabelecidas pela LGPD. De acordo com Lima Junior, Machado e Lemos Lima (2024) essa complexidade acentuada pode gerar sobrecarga operacional, dificultando a aderência ao compliance de forma eficiente.

O excesso de burocracias se apresenta no formato de preenchimento de extensas documentações, auditorias diárias e fiscalizações minuciosas, processos que demandam elevados recursos financeiros e humanos, o que em muitas operadoras de pequeno porte, são escassos.

Para dirimir os impactos da burocracia na integração do compliance nas operadoras de saúde é importante que elas cogitem a adoção de ferramentas tecnológicas que busquem otimização de processos e gestão documental. A implementação de softwares de compliance é uma alternativa viável para as operadoras obterem um controle mais eficaz das conformidades e, de forma complementar, a padronização de processos, visando menos contratempos.

Quadro 1 - Trabalhos Escolhidos

Ano	tema	Autores	Metodologia	Principais achados
2012	A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde	Rachel Torres Salvatori e Carla A. Arena Ventura	Revisão de literatura	Apresentou os principais resultados obtidos pela regulação dos planos de saúde, exercida pela ANS
2013	Compliance: ferramenta estratégica para as boas práticas de gestão	Mariana Vieira	Estudo descritivo com abordagem bibliográfica e documental	Identificou os principais fatores e o custo-benefício relacionado à importância do compliance nas organizações.
2017	Lei de acesso à informação e transparência: avaliação da produção científica na base spell	Waleska Campos e Polliana Oliveira	Bibliometria e análise quantitativa	Promoção de políticas públicas de transparência e d acesso à informação na administração pública.
2020	Compliance como instrumento de mitigação do passivo trabalhista das micro e pequenas empresas	Jean Ribeiro de Sousa e Jussara Melo Pedrosa	Método dedutivo e pesquisa bibliográfica	A implementação de programa de compliance é uma realidade factível e necessária para as micro e pequenas empresas brasileiras.
2021	Aplicação do compliance no setor saúde	Ana Paula Gonzatti	Levantamento bibliográfico	O compliance orienta o comportamento preventivo das empresas para que não incorram em deslizes legais.
2021	Aplicação da Lei Geral de Proteção de Dados na saúde.	Marcos César Botelho e Elimei Paleari do Amaral Camargo	Descrição e análise bibliográfica	Reafirmou que os dados relativos à saúde são considerados sensíveis, merecendo tratamento específico pela LGPD
2021	Gestão do compliance em instituições de saúde	Renata Garcia e Cláudia Libânio	Revisão sistemática de literatura, método	Programas de compliance promovem integridade, transparência e conformidade nas relações

			qualitativo e natureza exploratória	entre setor público e privado.
2022	A importância do compliance nas empresas: um estudo efetuado em empresa saúde	Alessandra Costa	Pesquisa bibliográfica e análise qualitativa.	Compliance é uma importante ferramenta nas rotinas empresariais e instrumento para prevenção de fraudes.
2022	Plano de integridade da ANS	ANS	Análise contextual, mapeamento de riscos, monitoramento e avaliação	Fortalecimento da governança, ética e transparência na ANS
2023	Fraudes e Desperdícios na Saúde Suplementar	Consultoria Ernst & Young – estudo encomendado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)	Pesquisa qualitativa com especialistas e operadores do setor	Apontou as principais fraudes e desperdícios em saúde suplementar no Brasil
2024	A implementação do programa de compliance na saúde: desafios e estratégias para conformidade legal e proteção de dados	Alexsandro Narciso de Oliveira	Revisão de Literatura	A implementação de programas de compliance na área da saúde deve considerar os desafios específicos do setor para garantir a conformidade legal e fortalecer a confiança dos pacientes.
2024	Regulação assistencial da saúde suplementar no Brasil de 2000 a 2018	Ivo Aurelio Lima Junior, Cristiani Machado e Sheyla Lemos	Análise documental e de dados secundários	Diferenças nas estratégias de regulação nas gestões da ANS, continuidade e mudanças incrementais em iniciativas regulatórias pressionadas por desregulamentação do empresariado.
2025	Cuidado centrado no paciente: a percepção de um grupo de gestores de operadoras de saúde	Mariana Chiacchio, Iara Bernz, Alberto Ogata e Ana Maria Malik	Qualitativa-descritiva e pesquisa bibliográfica e entrevistas	Necessidade de mudança cultural em termos de compliance e governança em saúde, apesar das barreiras para a implementação

			semiestruturad	efetiva do cuidado centrado no paciente.

Fonte: Elaborado pelo autor

5. CONCLUSÃO

A aderência à implementação do compliance na saúde suplementar do Brasil tem sido um fator primordial para a eficácia na transparência, conformidade legal e proteção dos beneficiários. A adaptação às rigorosas normas regulatórias geram desafios às operadoras, mas em contrapartida proporcionam benefícios consideráveis, como a prevenção de fraudes, a segurança dos dados e a melhoria na qualidade dos serviços prestados. As operadoras aderiram ao compliance fortalecendo sua governança, minimizando os riscos financeiros e gerando uma maior credibilidade no mercado.

Apesar dos diversos desafios apresentados, o impacto favorável da adoção do compliance sobressai as dificuldades enfrentadas. As criações de diretrizes e de auditorias internas possibilitaram uma gestão eficiente, minimizando as falhas operacionais e assegurando a prestação de serviços de forma transparente e confiável. Esse avanço no setor contribui significativamente para a segurança dos beneficiários, que passam a ter uma maior segurança no tocante aos procedimentos médicos e no tratamento de seus dados pessoais.

Além dos benefícios listados, destaca-se também que a aderência do compliance na saúde suplementar auxilia na inibição de práticas de suborno, propina, fraude ou qualquer outro desvio de recursos por parte de seus colaboradores, o compliance tende a combater essas práticas antiéticas e ilegais, evitando prejuízos incalculáveis para as operadoras de saúde, tanto financeiros como sociais.

Portanto, conclui-se que o compliance é uma ferramenta primordial para a sustentabilidade e a evolução do setor. O êxito em sua implementação, aliada a investimentos estratégicos e ao engajamento dos gestores e colaboradores, tem o potencial de transformar os desafios em oportunidades, assegurando um ambiente ético, seguro e eficiente para todas as partes envolvidas.

REFERÊNCIAS

ABDULLAH, N.; INDULSKA, M.; SADIQ, S.**Compliance management ontology – a sharedconceptualization for researchandpractice in compliance management**. *Information Systems Frontiers*, v. 18, n. 5, p. 995-1020, 2016.

AFONSO, Ana Beatriz Perez. **Ações judiciais demandadas por beneficiários de uma operadora de plano de saúde** / Legal actionsdemandedbybeneficiariesof a healthplanoperator. 2017. 109 p. Tese (Doutorado) – Ribeirão Preto: s.n., 2017. Disponível em: LILACS, BDENF. Biblioteca responsável: BR26.1. ID: biblio-1434128.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Manual de Governança Corporativa. Brasília**: ANS, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/manual_governanca_corporativa_2022_rev05.pdf. Acesso em: 08 nov. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Orientações sobre troca ou ingresso em planos de saúde sem cumprimento de carências**. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/orientacoes-sobre-troca-

ou-ingresso-em-planos-de-saude-sem-cumprimento-de-carencias-1/portabilidade-de-carencias. Acesso em: 12 dez. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Tecnologia da Organização dos Serviços de Saúde**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/index.htm. Acesso em: 02 mai. 2025.

ÁVILA, Edmilson et al. Investigação: **transplante de órgãos e contaminação por HIV**. *G1*, 2024. Disponível em: https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2024/10/11/investigacao-transplante-orgaos-contaminacao-hiv.ghtml. Acesso em: 27 out. 2024.

BENNER, Blog. **Garantindo compliance em regulamentações de saúde**. [S. l.], 4 jul. 2024. Disponível em: https://www.benner.com.br/garantindo-compliance-em-regulamentacoes-de-saude/. Acesso em: 26 out. 2024.

BRASIL**. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 08 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm. Acesso em: 02 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório de Gestão do Exercício de 2018**. Rio de Janeiro: ANS, 2019. Disponível em: [site da ANS]. Acesso em: 03 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Resolução nº 518, de 4 de maio de 2022**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0518_04_05_2022.html. Acesso em: 08 nov. 2024.

CARVALHO, André Castro. **Compliance: conceito e importância nas organizações**. São Paulo: Editora Exemplo, 2023.

CASTRO, J. M. G. **Apontamentos sobre a adoção das boas práticas de governança nas organizações do terceiro setor.** Importância da adoção de um programa de compliance efetivo, à luz da Lei n. 12.846/2015. *Revista Quaestio Iuris*, v. 9, n. 2, p. 1012-1019, 2016.

COSTA, Alessandra da. **A importância da implantação do compliance nas empresas: um estudo efetuado na empresa saúde. Faculdade de Tecnologia de Americana,** 2022. Disponível em: RIC CPS. Acesso em: 4 maio 2025.

FEBRABAN. **Funções de Compliance. Coleção Instituto Febraban de Educação**, 2009. Disponível em: https://www.febraban.org.br/7rof7swg6qmyvwjcfwf7i0asdf9jyv/sitefebraban/funcoescompliance.pdf. Acesso em: 13 dez. 2024.

FERNANDES, **Elton. Reajuste Plano de Saúde 2024/2025: como se defender de aumentos abusivos?**. [S. l.], 2024. Disponível em:

https://www.eltonfernandes.com.br/reajuste-do-plano-de-saude-2023-como-se-defender-de-aumentosabusivos. Acesso em: 25 out. 2024.

FIGUEIREDO, Rudá S. **Direito de Intervenção e Lei 12.846/2013: a adoção de compliance como excludente de responsabilidade**. 2015. 229 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17475/1/Dissertacao%20rud%C3%A1%20figueiredo.pdf. Acesso em: 14 dez. 2024.

GARCIA, Renata Adriane; LIBÂNIO, Cláudia de Souza. **A gestão do compliance em instituições de saúde**. *Revista Reuna*, v. 26, n. 1, 2021. Disponível em: Revista Reuna. Acesso em: 3 maio 2025.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Fraudes e desperdícios em saúde suplementar.** São Paulo: IESS, 2023. Disponível em: https://www.iess.org.br/taxonomy/term/2471. Acesso em: 08 nov. 2024.

JARDIM, Karim. **Plano de saúde: o que muda com a Lei Geral de Proteção de Dados.** *JusBrasil*, 18 mar. 2021. Disponível em: JusBrasil. Acesso em: 03 maio 2025.
KPMG Brasil.Compliance: reduzir riscos e melhorar a imagem da empresa. 2023. Disponível em: https://kpmg.com/br/pt/home/insights/2023/01/compliance-reduzir-riscos-melhorar-imagem-empresa.html. Acesso em: 03 dez. 2024.

LEC, Redação.**Compliance no setor de saúde: entenda a importância e como fazer**. [S. l.], 29 ago. 2019. Disponível em: https://lec.com.br/compliance-no-setor-de-saude-entenda-a-importancia-e-como-fazer/. Acesso em: 24 out. 2024.

LEGIS Compliance. **As fraudes recorrentes no setor privado de saúde**. 2021. Disponível em: https://www.legiscompliance.com.br/artigos-e-noticias/2884-as-fraudes-recorrentes-no-setor-privado-de-saude. Acesso em: 03 dez. 2024.

LIMA JUNIOR, Ivo Aurelio; MACHADO, Cristiani Vieira; LEMOS LIMA, Sheyla Maria. **A regulação assistencial da saúde suplementar no Brasil entre 2000 e 2018**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 12, e00023524, 2024. Disponível em: SciELO. Acesso em: 4 maio 2025.

LOUZADA, Iraciara Faria et al. **A utilização do compliance como ferramenta da governança corporativa.** *Revista COSMOS ACADÊMICO*, v. 5, n. 1, 2020. Disponível em: https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2021/06/revista-cosmos-academico-v05-n01-artigo05.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

LUGARINHO, Helen. **Quais os principais desafios de um programa de compliance**. [S. l.], 18 jul. 2024. Disponível em: https://clickcompliance.com/principais-desafios-programa-compliance/. Acesso em: 27 out. 2024.

PADILHA, Alexandre. Caso PreventSenior: **maior escândalo ético-médico da história do Brasil.** *Revista Fórum*, 30 set. 2021. Disponível em: https://revistaforum.com.br/opiniao/2021/9/30/caso-prevent-senior-maior-escndalo-etico-medico-da-historia-do-brasil-por-alexandre-padilha-104070.html. Acesso em: 14 dez. 2024.

PEDOTE, Cristiane F. S. **Análise e gerenciamento de risco: gestão do risco operacional em instituições financeiras.** 2002. 68 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2002.

PORTAL DE COMPLIANCE. **08 passos para o Compliance Empresarial**. *Portal de Compliance*. ICTS, 2017. Disponível em: https://www.portaldecompliance.com.br/8-passospara-compliance-empresaria.html. Acesso em: 13 dez. 2024.

RIBEIRO, Marcia Carla Pereira; DINIZ, Patrícia Dittrich Ferreira.**Compliance e Lei Anticorrupção.** Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/52/205/ril_v52_n205_p87.pdf. Acesso em: 19 abr. 2025.

SILVA, Alexandre Almeida da. **Multas por descumprimento da LGPD podem chegar a 50 milhões de reais.** *Migalhas*, 2025. Disponível em: Migalhas. Acesso em: 03 maio 2025.
SILVA, Ana Paula Gonzatti da.**Compliance na área da saúde?**.*Revista de Direito Sanitário*, v. 21, 2021. Disponível em: Revista de Direito Sanitário. Acesso em: 4 maio 2025.

SOUSA, Jean Ribeiro de; PEDROSA, Jussara Melo. **O compliance como instrumento de mitigação do passivo trabalhista das micro e pequenas empresas**. Universidade de Uberaba, 2020. Disponível em: Universidade de Uberaba. Acesso em: 4 maio 2025.

TEIXEIRA, L. E. N.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L.; MARINI, W.; SOUZA, C. F. de. **A judicialização na saúde suplementar: uma avaliação das ações judiciais contra uma operadora de planos de saúde**, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010–2017. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 134, p. 777–789, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202213413.

VIEIRA, Mariana Pessoa.**Compliance: ferramenta estratégica para as boas práticas de gestão**. Universidade Federal de Viçosa, 2013. Disponível em: UFV. Acesso em: 4 maio 2025.

O PROGRAMA NACIONAL DE GESTÃO DE CUSTOS: UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA PÚBLICA

Márcia Mascarenhas Alemão, Doutora, Departamento de Gestão em Saúde/ EE/ UFMG; Consultora OPAS - CCUSTOS /CGES/ DESID/SCITIE/MS

Maciene Mendes da Silva, Economista, Coordenadora de Gestão de Custos - CCUSTOS /CGES/ DESID/ SCITIE/ MS

Wagner Luiz de Araujo, Administrador, Bolsista Fiocruz – Coordenação de Gestão de Custos - CCUSTOS /CGES/ DESID/ SCITIE/MS

Andréia de Freitas, Economista, Consultora OPAS - CCUSTOS/ CGES/ DESID /SCITIE/MS

Amanda Pereira Ferreira Dellanhese, Doutora, Bolsista Fiocruz - Coordenação de Gestão de Custos - CCUSTOS /CGES/ DESID/ SCITIE/MS

RESUMO: O PNGC fomenta o melhor uso dos recursos no SUS por meio de ações que viabilizam a construção das informações de custos. OBJETIVO: Apresentar o PNGC como política pública fundamental para a sustentabilidade econômico-financeira do SUS. FUND TEÓRICA: A gestão de custos no SUS é uma exigência legal (BRASIL,1990, 2007, 2010); de difícil implantação que exige padronização metodológica (Banco Mundial, 2007; Brasil, 2009; Bitencourt & Alemão, 2021); impactada pela ampliação da cultura e capacidade de entendimento pelos gestores (Van Helden; Reichard, 2019. MÉTODO: pesquisa descritiva e bibliográfica, utilizando investigação observacional e monográfico. RESULTADOS/DISCUSSÕES: As ações do PNGC são apresentadas em três eixos para o SUS: formação técnica; construção de metodologia de custeio e criação de base de dados de custos para pesquisa sobre o melhor uso dos recursos e estudos de políticas públicas. . CONCLUSÃO: As ações realizadas pelo PNGC ampliam a cultura de custos no SUS, fomentam o melhor uso dos recursos e evidencia a sua importância como política pública necessária na gestão dos recursos no SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Custos no Setor Público. Programa Nacional de Gestão de Custos. ApuraSUS. Política Pública.

AGRADECIMENTOS – À Coordenação de Gestão de Custos do Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A gestão de recursos na saúde representa um dos maiores desafios na saúde, em qualquer esfera institucional, por serem, por definição escassos os recursos para uma demanda infinita (Folland; Goodman; Stano, 2009). A escassez dos recursos exige que haja gestão dos mesmos, identificando quais são, sua disponibilidade, como utilizá-los e qual o objetivo que se pretende alcançar com o seu uso.

Nos setores públicos, as informações de custos são basilares para fundamentar práticas de gestão que permitam maior transparência do uso dos recursos públicos e discussões sobre o financiamento de políticas públicas. O uso das informações de custos é apresentado como relacionada à eficiência do gasto, como ferramenta de controle administrativo e de planejamento estratégico organizacional que permite a sistematização de análises de ações realizadas pelos prestadores de serviços públicos (Banco Mundial, 2007; Brasil, 2009; Vieira, 2017). Conforme afirma Nunes (1998), “o conhecimento dos custos dos serviços públicos é fundamental para se atingir uma alocação eficiente de recursos. O desconhecimento dos custos é o maior indicador de ineficiência no provimento dos serviços públicos” (p.87).

O tema custos no setor público e especificamente no setor saúde exige sua compreensão em duas perspectivas distintas: a construção da informação e seu uso. Na perspectiva da construção das informações de custos, ou seja, a implementação de sistemas de custos é apresentada como complexo (Banco Mundial, 2007; Brasil, 2009; Bitencourt & Alemão, 2021; Clements et *al*., 2012; Felipe et *al*., 2012). Isto por representar uma mudança cultural na gestão, exigindo interesse dos gestores em todos os níveis de gestão, padronização de dados, organização de processos e conhecimento técnico na construção das informações de custos (Bitencourt & Alemão, 2021; Felipe et *al*., 2012). Além disto, para que os que utilizarão as informações de custos percebam-na como válida e confiável, é necessário que a construção destas informações esteja sustentada por metodológicas cientificamente válidas, isto é, por metodologias padronizadas. Compreender como são geradas as informações de custos é fundamental e critério primordial na utilização das informações como ferramenta de gestão dos recursos nas organizações.

Na perspectiva do uso das informações de custos, para que as informações de custos sejam utilizadas, é necessário que haja informações padronizadas, sistematizadas, confiáveis. E, também, é necessário qualificação técnica aos gestores que para a realização de análises de controle das organizações; que subsidiem o planejamento e organização dos processos e a formação preços de produtos e serviços (Van Helden; Reichard, 2019).

Na saúde, como em qualquer organização, a gestão dos recursos está diretamente relacionada à gestão dos custos. Isto faz com que o tema "custos" seja associado à sobrevivência das organizações e à sua sustentabilidade econômico-financeira. O desafio é o "melhor uso dos recursos" (Gonçalves et *al.,* 2013), buscando melhorar o uso dos recursos disponíveis na saúde – sejam eles recursos humanos, informacionais ou tecnológicos - de forma a gerar valor em saúde, que representa a relação entre os recursos utilizados e o valor percebido pelo usuário (Porter, M.E.; Teisberg, 2007) .

O cenário de desafio na gestão dos recursos atualmente no setor saúde, caracterizado pelo envelhecimento da população brasileira, transição do perfil epidemiológico com o agravamento de doenças crônicas não transmissíveis, transição de hábitos alimentares que tem levado ao aumento de obesidade, acrescido da transição tecnológica com a incorporação de novas tecnologias, tem exigido maiores volumes de recursos para atendimento neste cenário (Ocké-Reis et *al*., 2022). Apesar do grande volume de recursos aplicados no setor saúde, representando cerca de 9% do produto Interno Bruto brasileiro (Piola; Vieira, 2024), a evidenciação de informações de custos ainda é incipiente. A baixa disponibilidade de informações sobre custos constitui fator limitante na fundamentação de ações e políticas públicas estruturantes, principalmente no que tange à organização das redes de serviços, incentivos e pagamentos (La Forgia; Couttolenc, 2009).

No contexto de fomentar a melhoria na gestão dos recursos na saúde, tendo como foco tanto na perspectiva de construção da informação quanto no seu uso, o Ministério da Saúde instituiu como política pública o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC). Há mais de duas décadas, o PNGC vem construindo e ampliando a cultura de custos no SUS, por meio de diversas ações de promoção da produção de informações de custos e sua utilização, num contexto de busca pela melhoraria no uso dos recursos na saúde em todas as esferas de governos e junto às organizações prestadoras de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A atuação do PNGC, na busca pela ampliação da cultura de custos no SUS, fomenta tanto a construção das informações de custos, de forma padronizada, metodologicamente válida, tendo como referência metodologia de custeio desenvolvida pelo MS e adaptável a todos os diversos prestadores de serviços ao SUS; além de disponibilizar suporte

informacional ao disponibilizar o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS – ApuraSUS. A importância do PNGC está evidenciada na dimensão dos valores monetários e números de estabelecimentos que compõem o programa. Conforme informação do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS, 2025) em 2024 foram gastos no setor saúde o montante de aproximadamente R$ 518 bilhões. No banco de dados do ApuraSUS o total de valores de custos dos estabelecimentos participantes em 2024 somam o montante aproximado de R$ 52,34 bilhões, o que representa quase dez porcento de todo o recurso da saúde

Dada a representação do PNGC e do ApuraSUS, este artigo tem por objetivo apresentar o programa como política pública fundamental para a sustentabilidade econômico-financeira do SUS. A compreensão sobre os objetivos, fundamentações e atuação do PNGC para o SUS visa possibilitar dimensionar a atuação do programa, identificando a evolução ao longo dos anos e os desafios ainda a serem vencidos. Neste entendimento, o artigo tem como objetivos específicos identificação dos principais marcos temporais ao longo do período de concepção do PNGC até o momento atual; apresentar a metodologia de custeio utilizada no PNGC/ApuraSUS e descrever o sistema ApuraSUS; identificar as capacitações realizadas pelo PNGC; analisar a importância da base de dados do ApuraSUS; identificar experiências na utilização destes dados.

Visando atender aos objetivos proposto, este artigo está estruturado em 5 partes, sendo a primeira esta Introdução. No segundo tópico, será apresentado referencial teórico do uso das informações de custos e sua fundamentação legal no setor público e especialmente no setor saúde. No terceiro tópico será apresenta a metodologia utilizada. No quarto tópico serão apresentadas as análises e resultados, destacando o PNGC; os marcos temporais; a metodologia de custeio utilizada no PNGC/ApuraSUS; a descrição do sistema ApuraSUS; as capacitações realizadas; o perfil dos dados no ApuraSUS e os exemplos de experiências na utilização destes dados. No último e quinto tópico são apresentas as conclusões sobre o estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste tópico será apresentada a fundamentação legal para o uso das informações no setor público e especialmente no setor saúde. Também será apresentado a importância da padronização e compreensão da informação de custos para que esta seja utilizada como instrumento de gestão dos recursos.

2.1Fundamentação Legal para uso das informações de custos no setor público, especialmente no setor saúde

O tema custos, no setor público, está evidenciado desde a década de 1960 na legislação brasileira, porém, por não ter havido obrigatoriedade na implantação da gestão de custos, não houve empenho para que os órgãos públicos efetivassem a implantação (Alemão, 2017). Na administração pública, destaca-se a regulamentação do Sistema de Custos do Governo Federal pela Portaria nº 157/STN/MF, de 9 de março de 2011 (Brasil, 2011), e Portaria nº 716/ STN/MF, de 24 de outubro de 2011 (Brasil, 2011), que dispõe sobre a necessidade de evidenciar custos dos programas e unidades da administração pública federal. Além disto, a Resolução do CFC 1.366/2011 regulamenta a gestão de custos ao aprovar a Norma Brasileira Contábil NBC t16.11 que define o Sistema de Informação de Custos do Setor Público (CFC, 2011) e a Lei Complementar 141/2012 ou Lei de Responsabilidade

Fiscal dispõe sobre valores e normas de repasse a ser aplicado pelos entres federados e estabelecer normas de fiscalização, avaliação e controle de despesas, exige a geração de informações de custos (Brasil, 2012).

Na saúde, a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei do SUS, traz em dois de seus artigos a necessidade de conhecimento das informações de custos. O Art. 15, Inciso V explicitada a exigência que os entes federativos têm como atribuição no âmbito administrativo a elaboração de normas técnicas de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizem a assistência à saúde. O Art.26, define que a contratação de serviços prestados ao SUS deve-se atender a critérios e valores de remuneração valores que permitam a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Desta forma, a Lei do SUS determina que a relação entre o SUS e os prestadores deve estar pautada no equilíbrio entre o custo dos serviços prestados e os valores de pagamento por eles (Brasil, 1990).

O desempenho do sistema de saúde em termos de eficiência econômica está fundamentado na Portaria nº 4.279/GM/MS, de 31 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010), que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um dos objetivos previstos o incremento do desempenho do sistema de saúde em termos de eficiência econômica, entre outros aspectos.

Além disto, a Carta dos direitos dos usuários da saúde (Brasil, 2007) apresenta que todo cidadão, quando necessário, tem direito a um atendimento resolutivo e de qualidade, sendo garantido a ele informações sobre seu estado de saúde e sobre o custo das intervenções da qual se beneficiou.

A informação de custos de organizações públicas em vários países é amplamente utilizada no atendimento da legislação e regulamentos para fins de prestação de contas e legitimação da organização, satisfazendo as necessidades de stakeholders externos, e insuficientemente utilizada pelos gestores internos, para fins mais gerenciais (Silva, 2024). Desta forma, para que se chegue ao cenário de uso da informação de custos para fins gerenciais, não basta apenas a exigência legal e normativa, pois o efetivo uso será promovido pela utilidade percebida pelos gestores.

2.2 A necessidade de percepção da utilidade para o uso das informações de custos

Nos últimos anos, as práticas de disponibilização de informações de custos para melhoria nas decisões no âmbito da gestão pública vêm sendo ampliadas como suporte na busca por otimização dos recursos públicos e aprimoramento da qualidade do gasto, subsidiando a busca por eficiência, planejamento e monitoramento. Apesar da disponibilização e de o uso das informações de custos como ferramenta de gestão estar fundamentado em normativas legais, seu uso ainda é incipiente (Alemão, 2018; Da Silva, 2024). O que se verifica é que não basta a exigência legal para que haja um cenário de usabilidade das informações de custos.

Para os autores, são determinantes da utilização (ou não utilização) das informações a relevância e compreensibilidade das informações. Com relação à relevância, os autores apontam a necessidade de inclusão de informações sobre eficiência para que amplia a relevância e compreensão da informação. Com relação à compreensibilidade, trata-se de um fenômeno multidimensional, que passa pelo formato das informações (rubricas, explicação de termos contábeis), canais de disponibilização (papel, digital) (Budding; Helden, 2022; Van Helden; Reichard, 2019).

Além disto, segundo os autores, a qualidade da informação também é fator relevante no uso, sendo necessário o equilíbrio entre estes vários fatores. De um lado, usuários, contadores, que querem documentos e são capazes de compreendê-los e de outro, usuários leitos, que correm o risco de não conseguir entender os relatórios e dependem de explicações adicionais. Equilibrar entre longos relatórios ou demasiado agregados. Equilibrar um lado a exatidão e a complexidade e, por outro lado, a compreensibilidade, clareza e "digestibilidade" de tais informações financeiras. Desta forma, o equilíbrio entre a abrangência da informação com a sua relevância, facilidade de utilização e comparabilidade é de difícil manutenção. Van Helden e Budding (2022) apresentam que os gestores, apesar de consideraram as informações de custos potencialmente importantes, não as utilizam. Isto por não terem a percepção de que as informações podem potencialmente apoiar a solução ou dissolução de problemas ou reduzir suas preocupações.

A restrição da familiaridade, compreensão e conhecimento das informações de custos torna desafiador o processo de sua utilização e compreensão (Budding; Helden, 2022; Da Silva, 2024; van Helden; Reichard, 2019). Este entendimento evidencia a necessidade de ampliação do conhecimento para utilização das informações de custos. Porém, por serem os gestores, usuários das informações, de múltiplas formações e conhecimentos diversos, necessário que a formação sobre o tema custos seja abordado por meio de alternativas e técnicas de aprendizagem que permitam ampliar o pensamento crítico, a motivação e a compreensão dos envolvidos (Cohen; Karatzimas, 2022; Da Silva, 2024).

Evidencia-se desta forma, a necessidade de ampliação do conhecimento do tema custos para que os usuários, ao ampliarem a compreensão sobre o tema, possam melhor utilizarem as informações geradas.

3 METODOLOGIA

Neste entendimento, este artigo apresenta uma pesquisa descritiva e bibliográfica (Raupp; Beuren, 2006) por ter como finalidade apresentar o PNGC, contribuindo para esclarecer sobre as características e aspectos inerentes ao programa. Quanto aos procedimentos, trata-se de estudo de caso único (Yin, 2001), utilizando documentos internos do Ministério da Saúde para a identificação do perfil dos estabelecimentos participantes da base de dados do ApuraSUS. Para o levantamento das experiências utilizando o PNGC e/ou o ApuraSUS utilizou-se pesquisa bibliográfica a bases de dados para identificação de referências cientificas que tiveram PNGC como referência metodológica e os dados do ApuraSUS como base de dados. Também pode ser apresentado como método de investigação observacional e monográfico. O método de investigação observacional é aquele onde o cientista observa os fatos e eventos (Gonçalves; Meirelles, 2004). Trata-se, por sua vez, de monográfico por partir do princípio de ser um estudo de um caso em profundidade representativo para outros semelhantes.

4 ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dentre os objetivos e propósitos do Programa Nacional de Gestão de Custos destaca-se aqui a promoção da cultura de custos no âmbito do SUS. Isto por ser a mudança cultural um dos principais motivos de dificuldade na implantação de um sistema de custos, conforme apresentado por Kaplan e Cooper (1998). Assim, o PNGC, vem propondo e estabelecendo

diretrizes, estratégias e prioridades para a implantação da apuração e gestão de custos no âmbito do SUS, com vistas à avaliação de seus resultados e promoção da eficiência no uso dos recursos (Brasil, 2018).

Para o Ministério da Saúde, o PNGC representa uma estratégia de ações que visam a promoção da gestão de custos no âmbito do SUS, visando a gerar, aperfeiçoar e difundir informações de custos, relevantes, metodologicamente válidas que possam ser utilizadas como subsídio para otimização do desempenho dos prestadores de serviços ao SUS. A adesão do PNGC é uma ação voluntária pelos gestores dos estabelecimentos de saúde que devem aceitar, apoiar e permitir a apuração de seus custos.

Para a construção e uso das informações, o PNGC disponibiliza material técnico e capacitações metodológicas, e treinamento para uso do Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS), além de fomentar análises para uso das informações como subsídio aos processos decisoriais.

O PNGC tem como diretriz ser referência nacional em apuração e gestão de custos no SUS ao reunir uma série de iniciativas capazes de auxiliar os gestores públicos de saúde no gerenciamento de políticas públicas e processos em saúde. Isto pelo entendimento de que a aplicação de recursos da saúde tem como premissa de ser a informação de custos de importância fundamental para a busca de maior eficiência das instituições prestadoras de serviços ao SUS.

O PNGC, na prática, conta com uma equipe de técnicos do Ministério da Saúde que dão suporte, ao longo de mais de duas décadas, às ações que podem ser destacadas em três eixos: formação técnica sobre custos no SUS; construção de metodologia cientificamente válida para a grande variedade de prestadores ao SUS e criação de base de dados que fomente a melhoria da gestão dos recursos e permita estudos para fundamentar políticas públicas vinculadas à saúde. Os marcos temporais e os três eixos de ações serão apresentadas nos tópicos a seguir.

4.1 Marcos Temporais

O Programa Nacional de Gestão de Custos foi proposto e desenvolvido com o apoio técnico direto do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento – Desid na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS), em parceria com instituições de saúde e ensino, articulado diretamente com outras secretarias do MS, em conjunto com a participação dos Estados. Inicialmente, em 2004 foram realizadas as primeiras ações para a construção de informações de custos no SUS. Em 2005, foi criado o Grupo de Trabalho de Custos, conforme Portaria MS/SCTIE nº 9, de 13/12/20005, que tinha como objetivo a construção de uma política nacional de gerenciamento de custos. Em 2006, foi realizado uma pesquisa que contou com a participação de 1.350 hospitais visando a construção de um diagnostico situacional da gestão de custos nestes hospitais. Ainda em 2006, foi publicado o Manual Técnico de Custos, que tinha como objetivo a padronização de conceitos e metologia de apuração de custos.

Novos passos ocorreram ao longo dos anos, sem nunca haver interrupção do PNGC. Em 2009, inicia-se o Projeto Piloto do PNGC, em parceria com o Distrito Federal para a implantação da gestão de custos nos hospitais do Distrito Federal. Em 2011 inicia-se a desenvolvimento do sistema de custos que foi denominado de ApuraSUS.

Em 2013, o ApuraSUS é efetivamente criado, o que representou um novo marco importante no PNGC. informacional, em 2013.Tambem neste ano foi publicado o Introdução à Gestão de Custos em Saúde (BRASIL, 2013), com referências teóricas e práticas.

Em 2018, o PNGC foi institucionalizado por meio da Portaria nº 55, de 10 de janeiro de 2018, que oficializou a criação do PNGC e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS), com a finalidade de gerar e incentivar a efetiva utilização da informação de custos pelos gestores de saúde, no intuito de otimizar o desempenho do SUS.

Em 2023 fui publicado o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, que define que compete ao Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde, dentre outras atribuições, implementar e coordenar programas referentes à gestão de custos para o SUS e coordenar a apuração de custos no MS.

Ao longo dos mais de vinte anos do PNGC, foi possível perceber algumas alterações na condução do programa, quando da mudança de governo. Por ser uma política pública estas mudanças são esperadas. O que foi observado é que não houve descontinuidade na execução do programa que permaneceu sempre vigente.

4.2 Construção de metodologia

Conduzido sob a orientação técnica da Coordenação de Gestão de Custos (CCustos) do Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde (DESID) do Ministério da Saúde (MS), o PNGC instrumentaliza aos participantes para que a implantação da gestão de custos seja metodologicamente válida, isto é, que tenha rigor metodológico que permita a construção de informações padronizadas possíveis de subsidiar o gestor de saúde na tomada de decisão sobre o melhor uso dos recursos. Dada a importância da validação metodológica para a construção das informações de custos, o PNGC propôs a construção de um alinhamento metodológico que, por um lado, respeita as particularidades dos estabelecimentos participantes sem que haja perda de rigor científico nas informações. As particularidades englobam a diversidade de tipos de instituições: hospitais de diversas especificações, como hospitais gerais, cardiológicos, oncológicos dentre outros; unidades básicas de saúde, que abrangem de unidades de pequeno porte às grandes ou unidades fluviais para atendimento de unidades no Norte do País; Serviços de Atendimentos Médicos de Urgência (SAMU), que abrange carros, balsas, motos, aviões; ou Centros de Especialidades Odontológicas; Policlínicas; Hemocentros. São diversos também os arranjos organizacionais dos estabelecimentos participantes: organizações públicas, filantrópicas e organizações sociais de saúde.

Neste contexto de necessidade de alinhamento metodológico, o PNGC adota como premissas básicas gerais para a construção do conhecimento na gestão de custos: a inclusão dos dados tendo como base o valor histórico; o atendimento ao Princípio da Materialidade ou Relevância, que desobriga de um tratamento mais rigoroso aqueles itens cujo valor monetário é pequeno dentro dos gastos totais; a adoção do Regime de Competência, sendo os custos apropriados tendo como referência o mês de competência do consumo dos recursos; a adoção da Contabilização Gerencial que, apesar de poder utilizar a Contabilidade Financeira como base, porém não se condiciona às imposições legais, podendo ter um enfoque especial aos procedimentos contábeis; o objetivo geral de instrumentalizar os gestores internos para a tomada de decisões.

Além disto, tem-se também como premissa o reconhecimento de que o PNGC agrega valor aos estabelecimentos usuários do programa ao exigir a organização dos processos internos e a integração entre os diversos setores. Compreende também ser a

informação de custos um sumário de outras informações, para além dos dados exclusivamente financeiros o que traz o uso da informação de custos para além do simples "cortar custos", mas sim para melhor o uso dos recursos em saúde.

O PNGC preconiza também que para efetivamente implantar a gestão de custos em uma organização de saúde é fundamental a integração de ações sistematizadas e articuladas dos níveis estratégico, tático/gerencial e operacional – alinhado aos objetivos estratégicos da organização. Neste entendimento, é necessário o envolvimento de todos, uma mudança cultural, a organização dos processos internos e integração entre os serviços. Além disto, considera que a gestão de custos é um processo continuado e nunca finalizando. É um processo de aprimoramento constante que permite conhecer, para além do "quanto custa", o "como" e "quando" são consumidos os recursos.

Como metodologia de custeio que fundamenta a construção das informações de custos, o PNGC adota a metodologia de Custeio por Absorção conforme Manual de Custos do PNGC publicado e disponível para consulta (Brasil_MS, 2006). As premissas da metodologia são: a) a departamentalização ou divisão por Centros de Custos (CC), sendo a sua estruturação por tipos (administrativos, intermediários e finais); b) a alocação dos custos por itens de custos, priorizando a identificação de forma direta aos CC; c) a identificação dos critérios de rateios, quando a alocação for indireta aos centros de custos; d) o entendimento que os CC prestam serviços entre si, sendo a alocação recíproca como forma mais precisa de alocação dos custos entre os CC e produtos; e) o entendimento de que todos os custos devem ser alocados aos centros de custos produtivos e aos produtos finais e, finalmente, f) preconiza estratégias de implantação do sistema de custos e a utilização de planilhas e indicadores para análise e gestão.

Como suporte tecnológico para o PNGC foi desenvolvido pelo DataSUS o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS – ApuraSUS. O ApuraSUS é um sistema de informação web, de livre acesso, que auxilia para que o processo de apuração e gestão de custos em diferentes prestadores de serviços ao SUS seja feito de forma padronizada e estruturada. Apresenta como grande diferencial a capacidade de permitir a personalização às características próprias de diferentes tipos de Unidades de Saúde, de diferentes perfis em termos de tamanho, estrutura e serviços produzidos na atenção e cuidado à saúde.

Respeitando à validação científica necessária para manutenção da confiabilidade da informação, o ApuraSUS permite adequações necessárias para atendimento às particularidades, principalmente dos diversos tipos de organizações sem que haja comprometimento metodológico. Desta forma, permite que haja diversas possibilidades nas escolhas principalmente de critérios de rateio, a identificação de itens de custos de forma direta ou indireta, conforme a capacidade de controle dos insumos dos participantes; além de permitir a importação de dados de pessoal ou de consumo de materiais que são gerados em outros sistemas informacionais para que não seja necessário retrabalho na inclusão de dados.

O sistema considera quatro perfis: Gestor Federal, Gestor de Custos, Gestor NES e Administrador de custos. Ao Gestor Federal cabe o desenho ou configuração da estrutura gerencial dos distintos tipos de unidades que terão tratamento pelo Sistema. Ao Gestor de Custos cabe o desenho ou configuração da unidade no sistema. Ao Gestor NES que é o usuário cadastrado pela Secretaria de Saúde como coordenador e organizador da rede de estabelecimentos no contexto do estado ou do município, cabe o acesso aos estabelecimentos a ele vinculado. A Administrador de Custos é o usuário responsável por centro de custos específico no âmbito de uma unidade particular de apuração.

Como resultado prático, o ApuraSUS possibilita ao gestor o conhecimento sobre o custo total por mês das instituições de saúde e dos seus setores (por exemplo: UTI, Centro Obstétrico e Laboratório), bem como o custo unitário médio dos produtos destes setores (paciente/dia, parto e exames), para que estes possam embasar decisões administrativas e estratégicas no âmbito das instituições de saúde, secretarias de saúde e até mesmo no modelo de gestão federal aplicado à saúde (BRASIL, 2006).

4.3 Formação técnica sobre custos no SUS

Ao longo de aproximadamente duas décadas, o PNGC promoveu oficinas, simpósios, fóruns e capacitações visando a ampliação do conhecimento técnico sobre gestão de custos. A formação técnica dos participantes do PNGC que utilizam o ApuraSUS é uma das importantes ações desenvolvidas. Os participantes recebem capacitações sobre a metodologia de Custeio por Absorção, sobre o funcionamento do sistema e orientação quanto a forma de construção metodológica das informações de custos. A Tabela 1 apresenta os indicadores de capacitações realizadas desde o ano de 2013, totalizando 10.269 gestores técnicos treinados em 4.696 instituições.

Tabela 1 – Indicadores de capacitações realizadas – PNGC

ANO	Quant unidades treinadas	Quantidade de técnicos treinados	Quant cursos		
			Metodologia	ApuraSUS	Total
2025	333	601	8	6	14
2024	1.018	2.001	22	20	42
2023	1.296	2.647	41	36	77
2022	895	1.624	41	30	71
2013-2021	1.154	3.390	84	60	144
Total	4.696	10.263	196	152	348

Fonte: Dados internos do PNGC (Brasil, 2025)

Alinhado ao entendimento de que para utilização da informação de custos é necessário o conhecimento técnico pelos gestores (Budding; Helden, 2022; Da Silva, 2024; Van Helden; Reichard, 2019), destaca-se a importância das ações de capacitação desenvolvidas pelo PNGC. Além disto, na Tabela 2 está apresentado os indicadores de atendimentos diversos realizados aos usuários do PNGC, evidenciando a amplitude de ações realizadas pela equipe CCustos.

Tabela 2 – Indicadores de atendimentos diversos aos usuários – PNGC

	2025	2024	2023	Total
Quant. demandas atendidas via WhatsApp, e-mail e telefone	1.514	3.883	4.445	9.842
Quant. acionamento que partem do PNGC para usuário	838	2.380	2.180	5.398
Análises de Planilhas de definição de Centros de Custos e coleta de dados	600	1.393	2.353	4.346

Fonte: dados internos do PNGC (Brasil, 2025)

Destaca-se aqui a criação de Núcleos de Economia da Saúde nas secretarias de saúde, sendo que atualmente são 29 já implantadas (Brasil, 2025). Esta implantação é fomentada pelo Ministério da Saúde, visando ampliar estudos de economia da saúde, dentre eles, a implantação e gestão dos custos em saúde por meio do PNGC.

Pode-se destacar como importância do PNGC na formação técnica de gestores do SUS sobre o tema custos por meio de capacitações. Além disto, O PNGC pode ser identificado como uma consultoria técnica qualificada e fornecida de forma integral e contínua, realizada no formato presencial e remoto, financiado pelo Ministério da Saúde, sem que haja ônus para os participantes. Este é um dos importantes fatores para a adesão de prestadores de serviços de saúde públicos e filantrópicos. Também destaca-se o fomento à troca de experiências entre os participantes, por meio de treinamentos conjuntos, participação em fóruns de discussão ou seminários.

4.4 Criação de base de dados

A base de dados de custos do ApuraSUS é a maior base de informações de custos do Brasil. Isto torna a sua importância como única, considerando serem incipientes dados primários de custos de serviços de saúde no SUS.

A base de dados do ApuraSUS pode ser analisada em distintas perspectivas. Para análise dos dados na perspectiva do Ministério da Saúde, o banco de dados do PNGC/ApuraSUS permite o conhecimento dos custos de serviços dos diversos tipos de estabelecimentos prestadores do SUS. Estas informações do PNGC podem dar suporte às políticas de saúde do MS, apoiando outras áreas que que necessitem do conhecimento do uso dos recursos em atividades do MS. Atualmente, a Coordenação de Custos vem desenvolvendo trabalho junto à Secretaria de Atenção Primária em Saúde discutindo a atenção primária, seu funcionamento e financiamento.

Na perspectiva das Secretarias Estaduais, o banco de dados permite dar suporte à gestão dos recursos da saúde no Estado. Na esfera estadual, assim como na esfera federal, as informações de custos fundamentam discussões sobre políticas públicas, como é o caso da política hospitalar do Estado de Minas Gerais que seja descrita no próximo tópico.

Na perspectiva dos estabelecimentos, a base de dados do ApuraSUS permite conhecer o uso das informações de custos como metainformação custo (Gonçalves et *al*., 2014), isto é, compreende a informação como sumário de outras informações, identificando onde, quando e como os custos estão sendo utilizados, numa visão gerencial da gestão de custos. Esta abordagem relaciona as informações de custos à organização de processos internos, ao melhor uso dos recursos, permitindo identificar ineficiências, processos que não agregam valor, usos indevidos, além de fundamentar a precificação dos serviços prestados, o que representa importante instrumento de gestão.

A importância da base de dados pode ser compreendida pelo número de estabelecimentos que até julho de 2025 alimentam de informações o ApuraSUS, conforme apresentado na Tabela 3. Inicialmente o PNGC tinha como prioridade os hospitais, que atualmente somam um total de 374, porém os estabelecimentos de atenção primária à saúde, que totalizam 455, já são a maioria com 497 dos 1059 estabelecimentos no ApuraSUS. A diversificação nos tipos de estabelecimentos evidencia a capacidade de adequação do ApuraSUS às particularidades destas unidades de saúde.

Tabela 3 – Número de estabelecimentos por tipo e região – 2025

Tipo de Estabelecimentos	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Total
Atenção Primária à Saúde	154	78	3	126	136	497
Hemocentro	1	5	1			7
Hospital Cardiológico		2		3	1	6
Hospital Geral	39	112	16	114	17	298
Hospital Materno Infantil	2	18	8	11	1	40
Hospital Oncológico				4		4
Hospital Ortopédico		1	1	3	1	6
Hospital Pediátrico	1	5	1	4		11
Hospital Psiquiátrico	1	6		1	1	9
Policlínica	16	21	1	27	1	66
Unidade Pronto Atendimento - UPA	13	14	10	72	6	115
Total Geral	227	262	41	365	164	1059

Fonte: : dados internos do PNGC (BRASIL, 2025)

A Tabela 4 apresenta o ano de inclusão dos estabelecimentos no ApuraSUS, permitindo identificar que os estabelecimentos hospitalares foram os primeiros a aderirem enquanto os estabelecimentos da atenção primária à saúde iniciaram a adesão a partir de 2021. Esta representação de diversos tipos de estabelecimentos evidencia o quanto ao longo dos anos outros tipos de estabelecimento aderiram ao PNGC.

Tabela 4 - Número de estabelecimentos por tipo e região – 2025

Tipo de Estabelecimentos	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Atenção Primária à Saúde									119	109	225	41	3	497
Hemocentro									2	1	3	1		7
Hospital Cardiológico						1				4		1		6
Hospital Geral	12	12	29	8	21	12	24	7	6	49	50	67	1	298
Hospital Materno Infantil	4	3	2	2	5	5	3		3	2	7	4		40
Hospital Oncológico										3			1	4
Hospital Ortopédico				1	3					2				6
Hospital Pediátrico		1	2		1	1	2			1	1	1	1	11
Hospital Psiquiátrico		1	1	1	3	1				2				9
Policlínica									5	18	17	24	2	66
Unid. Pronto Atendimento UPA			7	4	20	19	3	4	5	9	19	25		115
Total Geral	16	17	41	16	53	39	32	11	140	200	322	164	8	1059

Fonte: dados internos do PNGC (Brasil, 2025)

Evidencia-se que ao longos dos anos, o PNGC sempre esteve atuante junto às unidades de saúde do SUS, sendo evidente o mais expressivo volume de estabelecimentos incluídos nos últimos cinco anos.

4.5 Exemplos de experiências utilizando o PNGC/ApuraSUS

O PNGC está alinhado a políticas públicas que utilizam as informações de custos e têm fundamentado estudos acadêmicos ao longo dos anos. Em Minas Gerais, o PNGC está interligado à Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais, denominada Valora Minas, criada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). A conexão entre o PNGC e o Valora Minas se dá principalmente através do Projeto OtimizaSUS, vinculado ao Módulo Valor em Saúde. O Projeto OtimizaSUS vincula para 157 hospitais de Minas Gerais os repasses financeiros à adesão integrada da metodologia Grupo de Diagnósticos Relacionados (*Diagnosis Related Groups*) - DRG e do PNGC, por meio da implantação da gestão de custos utilizando o ApuraSUS. Essa integração visa criar um parâmetro comum que correlaciona as informações de custos geradas com os dados do DRG

para permitir a comparação de custos e desempenho entre hospitais com perfis de atendimento semelhantes. Além disto, visa subsidiar a criação de um modelo remuneratório financeiramente sustentável e baseado no desempenho (MINAS GERAIS/SES, 2021).

A importância do PGC e do ApuraSus está apresenta em trabalhos acadêmicos publicados. Em Gallo (2023) é apresentado os desafios e estratégias enfrentados para a implantação do OtimizaSUS, concluído da importância do PNGC e ApuraSUS como direcionadores metodológicos e formador de capacidade técnica. A pesquisa de Silva e colaboradores(2024) apresenta como o ApuraSUS está consolidando a gestão de custos como ferramenta estratégica auxiliar na tomada de decisões. Steffen e Friedrich (2025) conclui que o PNGC fomenta a gestão de custos no SUS, apesar de evidenciar a necessidade de estimular a modernização gerencial no tocante ao ApuraSUS. Cavaille e colaboradores (2022) apresentam o ApuraSUS como meio de identificar os custos de procedimentos hemoterápicos no Hemocentro Coordenador de Recife. Em Martins da Silva (2024) é apresentada a implantação da gestão de custos na Rede Hospitalar de saúde público do Rio Grande do Norte, utilizando o PNGC/ApuraSUS, evidenciando o ganho para a gestão e cultura organizacional.

4.6 A importância do PNGC na sustentabilidade econômico-financeira do SUS

No âmbito da discussão sobre o gerenciamento dos recursos no SUS, estudos evidenciam a necessidade de melhora do gerenciamento no setor, evidenciando o mal uso destes recursos (Banco_Mundial, 2007; Brasil, 2013, 2009; Brasil_Ms, 2006; La Forgia; Couttolenc, 2009) . Também são apontadas questões críticas na gestão da saúde, especialmente no setor hospitalar, tais como falta de controle, ineficiências técnicas e alocativas, baixa qualidade dos serviços, falta de responsabilização (Alves, 1998; Banco_MundiaL, 2007; Borba; Neto, 2008; Cobaito, 2012; Druker, 1989; Vendemiatti et al., 2010). Esta visão, no contexto do financiamento da saúde, especialmente nos hospitais públicos, evidencia a necessidade da discussão do financiamento da saúde alinhando o conhecimento sobre a entrada dos recursos à utilização destes recursos (Alemão, 2017).

Apesar da necessidade de evidenciar o uso dos recursos ou quantificar onde e como os recursos são utilizados na prestação de serviços ofertados pelo SUS, ainda são incipientes pesquisas que utilizam dados primários de custos. Pode-se inferir as reduzidas bases de dados de informações de custos corroboram para que ainda não se tenha este alinhamento, urgente e necessário, para a discussão dos valores de entradas do financiamento em paralelo aos recursos utilizados.

Neste contexto, necessário discutir a importância do PNGC na gestão dos recursos do SUS. Inicialmente, destaca-se a importância da base de dados de custos do ApuraSUS, que ganha maior relevância ao permitir compreender e mensurar, de forma metodologicamente afiançável, os recursos internos e sua gestão nas diversas unidades de saúde participantes do PNGC. Essa entendimento está diretamente relacionado à necessidade de conhecimento dos custos de serviços prestados na saúde como ferramenta de gestão e redução de incertezas. Esta afirmação é corroborada por La Forgia e Coutollenc (2009), ao afirmarem que a ausência de informações confiáveis de custos dos serviços hospitalares dificulta quaisquer esforços para melhorar o desempenho hospitalar, como a tomada de decisão, que seria um dos fatores críticos para a ineficiência do setor.

A riqueza de se ter no SUS uma base de dados de custos padronizados e metodologicamente válidos permite que os gestores reduzam riscos na sua gestão. Conforme

apresentado por Gonçalves, Alemão, Drumond (2013), a geração e a evidenciação de informações dos custos dos serviços prestados no setor saúde, metodologicamente válidas, permite confrontar com os valores pagos por esses serviços, permitindo uma análise da sustentabilidade dos prestadores de serviço, identificação do risco de subfinanciamento, permitindo fundamentar a busca por uma alocação eficiente de recursos e a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Várias são as possiblidades de subsidiar a prática de gestão em saúde com informações de custos. No nível interno de cada organização, permite melhoria do uso dos recursos nos diversos serviços/produtos. No nível macro do SUS, permite a discussão do financiamento da saúde e de políticas de remuneração dos prestados de serviços

Apesar da evidente necessidade de informações de custos no setor saúde pública, a implantação de sistemas de custos hospitalares são apontados por diversos autores como de difícil identificação (Alemão, 2012; Dutta; Zbaracki; Bergen, 2003; La Forgia; Couttolenc, 2009). Os desafios na implantação de custos compreendem adequação de processos para coleta de dados, organização de processos, alinhamento entre os objetivos estratégicos das unidade de saúde aos operacionais e principalmente mudança cultural (Bitencourt; Alemão, 2021; Felipe et al., 2012). Aqui destaca-se a importância de todo o trabalho de implantação da gestão de custos conduzida pelo PNGC ao longo de mais de vinte anos de capacitações, apoio técnico para que mais de mil estabelecimentos de saúde no SUS tenham sistemas de custos implantado, de forma padronizada e metodologicamente válida.

5 CONCLUSÃO

As conclusões serão aqui apresentadas por tópicos. Primeiramente, as contribuições das ações desenvolvidas pelo PNGC ao longo de mais de duas décadas têm transformado o cenário de produção e uso de informações de custos no SUS, consolidando o programa como política pública fundamental para a sustentabilidade econômico-financeira do SUS. A compreensão do PNGC, seus objetivos, fundamentações e atuação para o SUS possibilitam dimensionar a sua atuação e evolução ao longo dos anos, apesar dos desafios ainda a serem vencidos. Foram identificados os principais marcos temporais ao longo do período de concepção do PNGC até o momento atual, evidenciando o fortalecimento do PNGC como política pública de suporte à gestão dos recursos no SUS.

Segundo ponto, ao padronizar a forma de utilização da metodologia de Custeio por Absorção a ser utilizada no sistema ApuraSUS, de forma metodologicamente válida e padronizada, de acesso gratuito para diversas unidades de saúde do SUS, o PNGC possibilita aos gestores destas unidades maior controle do uso dos recursos e de seus processos internos. Para os gestores da saúde dos órgãos financiadores, como Secretarias Municipais e Estaduais e o próprio Ministério da Saúde, esta padronização permite maior transparência do gasto público e, consequentemente, torna-se instrumento de combate à corrupção e controle social.

Terceiro ponto, ao realizar as ações de capacitações aos gestores participantes, o PNGC possibilita a ampliação do conhecimento sobre a implantação da gestão de custos e a utilização das informações de custos como ferramenta de gestão no SUS. Este é um desafio por ser a implantação de custos em saúde de alta complexidade (Banco Mundial, 2007; Brasil, 2009; Bitencourt & Alemão, 2021; Clements et al., 2012; Felipe et al., 2012). Estas ações do PNGC representam importância mudança cultura sobre o uso do termo “custos” no setor saúde pública.

Quarto ponto, ao construir a principal base de dados de prestadores de serviços ao SUS, o PNGC, por meio do Sistema ApuraSUS, permite fundamentar a discussão sobre a sustentabilidade econômico-financeira no SUS. Esta importância está exemplificada na utilização dos dados do ApuraSUS pelo Governo de Minas Gerais na fundamentação do repasse financeiro de sua política de gestão hospitalar à utilização do ApuraSUS.

Assim, conclui-se da relevância das ações do PNGC, evidenciando a ampliação da cultura de custos no SUS, a formação de gestores capacitados para implantarem e utilizarem as informações nas tomadas de decisão. Evidencia-se uma sinergia entre as ações, permitindo que a busca pelo melhor uso dos recursos possa ser discutida e fundamentada em dados primários de custos que, conforme diversos autores, são de difícil elaboração.

Muitos ainda são os desafios a serem superados, já diagnosticados pela Coordenação do PNGC: ampliação da utilização das informações de custos alinhada a dados assistenciais de forma a permitir análises mais aprofundadas sobre os resultados dos serviços prestados ao SUS; ampliação do dimensionamento da equipe do Ministério da Saúde de forma a permitir atender a demanda por capacitação e acompanhamento da implantação da gestão de custos em maior número de unidades de saúde; aprofundamento das análises das informações de custos de forma a ampliar seu uso como ferramenta de gestão, para planejamento e controle do uso dos recursos e na fundamentação do financiamento da saúde; modernização do sistema ApuraSUS de forma adequar às novas tecnologias informacionais.

Apesar dos desafios ainda a serem superados que podem ser identificados como limitações atuais, o PNGC reforça a compreensão da necessidade de dimensionar o quanto, como e porque dos gastos de recursos na saúde pública. Acrescenta-se que para adequação do uso dos recursos, as soluções, além de técnicas devem envolver toda a sociedade brasileira, definindo os serviços que queremos e quanto de recursos a sociedade está disposta a utilizar para ter um SUS mais democrático, justo e sustentável para todos (Mendes, 2011). Necessário compreender que a sustentabilidade no setor saúde deve ser compreendido não apenas do ponto de vista da eficiência ou otimização dos recursos. Deve-se ampliar a compreensão para questões como acesso oportuno a serviços de saúde de qualidade para toda a população, de forma eficaz, segura, com custos efetivos, segundo suas necessidades visando atingir os princípios e as diretrizes do SUS. Conforme apresentado por Vieria e Benevides (2016) lembram que " [...] melhorar a gestão, sempre recomendável, pressupõe investimento na capacitação de recursos humanos, na modernização de processos de trabalho, em sistemas informacionais e na infraestrutura tecnológica, e para isso é preciso dispor de recursos financeiros suficientes e estáveis, e de decisão política como requisito indispensável (p.4)"

REFERÊNCIAS

ALEMÃO, Márcia Mascarenhas. A transposição da gestão de custos do setor privado para o público e o uso da informação de custos como corrupção no setor saúde. **Revista da Controladoria Geral da União**, v. 10, n. 17, p. 980–1004, 2018.

ALEMÃO, Márcia Mascarenhas. **Financiamento da Saúde: proposta e avaliação de modelo estimativo do custeio global de hospitais públicos**. CEPEAD. Universidade Federal de Minas Gerais. 2017.

ALEMÃO, Márcia Mascarenhas. **Financiamento do SUS paralelo aos gastos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: um estudo de caso compreensivo fundamentado**

na base de conhecimento gerada com metainformação custo. 2012: CEPEAD.Universidade Federal de Minas Gerais.

ALVES, Adilson. **Fontes de financiamento e eficiência em dois hospitais privados filantrópicos paulistas: um estudo de caso.** Universidade de São Paulo, 1998.

BANCO_MUNDIAL. Brasil. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil : Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos**. Brasilia: 2016.05.04, 2007 . Acesso em: 26 abr. 2016.

BITENCOURT, Keyla de Cássia Barros; ALEMÃO, Márcia Mascarenhas. Estudo Dos Desafios E Limitações Na Implantação Da Gestão De Custos Em Organizações Hospitalares. **RAHIS- Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 18, n. 2, p. 55–73, 26 jun. 2021.

BORBA, Gustavo Severo de; NETO, Francisco José Kliemann. Gestão hospitalar: Identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saude e Sociedade**, v. 17, n. 1, p. 44–60, mar. 2008.

BRASIL, Ministério Saúde. **Portaria nº 55 de 10 de janeiro de 2018-** Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0055_12_01_2018.html>. Acesso em: 6 jan. 2025.

BRASIL, MS. OPAS. **Introdução à gestão de custos em saúde. Série Gestão e Economia da Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-750392>. Acesso em: 1 maio. 2014.

BRASIL, Presidência da República. **Lei Complementar nª 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde . Brasil. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 4 abr. 2015

BRASIL, Tribunal de Contas da União-TCU. **Critérios gerais de controle interno na Administração Pública**: Um estudo dos modelos e das normas disciplinadoras em diversos países. Brasília: *[S.n.]*. . Acesso em: 27 jun. 2016.

BRASIL. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**.** Diário Oficial da União Brasília 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 7 maio. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS – APURASUS. Dados internos. 2025. Disponivel em http://aplicacao.saude.gov.br/apurasus/login.jsf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde. SIOP**S. Disponivel em: **http://siab.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060402**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.; SECRETARIA DE CIENCIA, Tecnologia e Insumos Estratégicos.; SAÚDE., Departamento de Economia da. **Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos-Conceitos e Metodologias**. *[S.l.: S.n.]*.

BRASIL. **Portaria nº 157, de 9 de março de 2011.** Dispõe sobre a criação do Sistema de Custos do Governo Federal. Ministério da Fazenda, 2011. Disponível em: <https://thot-arquivos.tesouro.gov.br/publicacao-anexo/8115>. Acesso em: 20 ago. 2025

BRASIL. **Portaria STN nº 716 de 24 de novembro de 2011** - Dispõe sobre Sistema de Custos do Governo Federal. Secretaria do Tesouro Nacional, 2011. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=234413>. Acesso em: 20 ago. 2025

BRASIL/MS/GM. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL_MS. **Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia - PNGC** (Editora do Ministério da Saúde, Org.). Brasília: Ed. Ministério da Saúde . Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0243_M.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BUDDING, Tjerk; HELDEN, Jan van. Theme: Politicians' use of accounting informationEditorial: Unraveling politicians' use and non-use of accounting information. **Public Money and Management.** Routledge, , 2022.

CARLOS OCTÁVIO OCKÉ-REIS *et al.* **SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde**. Brasília: 2022.

CAVAILLE, YMA *et al.* Implantação De Sistema De Custos No Hemocentro Coordenador Recife: Relato De Experiência. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, v. 44, p. S531–S532, 1 out. 2022.

CFC. **Resolução CFC nº 1.366, de 25 de novembro de 2011**. Brasil. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cfc-1366-2011.htm>. Acesso em: 1 out. 2015

CLEMENTS, Benedict; COADY, David; GUPTA, Sanjeev. **The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies**. 1. ed. Washington, DC: International Monetary Fund, IMF Publications, 2012.

COBAITO, Francisco Carlos. Gestão Hospitalar sob a lente da resource based view - RBV. **RAHIS. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, n. 9, p. 34–42, 2012.

COHEN, Sandra; KARATZIMAS, Sotirios. New development: Public sector accounting education for users—embedding eLearning and technology in teaching. **Public Money & Management**, v. 42, n. 4, p. 291–293, 19 maio 2022.

DA SILVA, GISELI PEREIRA SARMENTO. **Uso Da Informação De Custos Para Tomada De Decisão No Setor Público: Design De Curso À Luz Da Aprendizagem Experiencial**. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2024.

DRUKER, Peter. **Desafios gerenciais para o século XXI**. São Paulo: Pioneira, 1989.

DUTTA, Shantanu; ZBARACKI, Mark J.; BERGEN, Mark. Pricing process as a capability: A resource-based perspective. **Strategic Management Journal**, v. 24, n. 7, p. 615–630, 2003.

FELIPE, Peterson Leandro Do Nascimento *et al.* **Dificuldades encontradas durante a implantação de sistema de custos : um estudo realizado com base em artigos do congresso brasileiro de custos**. *In*: Congresso Brasileiro de Custos (org.). Bento Gonçalves: 2012.

FOLLAND, S.; GOODMAN, AC; STANO, M. **A economia da saúde**. 2009.

GALLO, Rosângela Peixoto. **Implantação da gestão de custos hospitalares: estudo dos desafios enfrentados e das estratégias implementadas pelo ministério da saúde, pela secretaria de estado da saúde e pelos hospitais vinculados ao projeto OtimizaSUS**. Belo Horizonte. MG. Dissertação. EE/DES. Universidade Federal de Minas Gerais, 2023.

GONÇALVES, Carlos Alberto; MEIRELLES, Anthero de Moraes. **Projetos e Relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: 2004.

GONÇALVES, Márcio Augusto; ALEMÃO, Márcia Mascarenhas; DRUMOND, Heloísa Azevedo. Estudo da utilização da informação de custos como ferramenta de gestão em organização pública: O estudo do SIGH-Custos. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento,** v. 3, n. 1, p. 210–226, 2013.

GONÇALVES, Márcio Augusto; ALEMÃO, Márcia Mascarenhas; DRUMOND, Heloisa Azevedo. **O uso da metainformação custo no setor público – setor saúde – gestão hospitalar**. *In*: Brasília: 2014. Disponível em: <http://banco.consad.org.br/bitstream/123456789/1136/1/C7_PP_O USO DA METAINFORMAÇÃO CUSTO NO SETOR.pdf>. Acesso em: 26 maio. 2017

KAPLAN, R. S.; COOPER, R. **Custo e Desempenho: administre seus custos para ser mais competitivo**. Futura ed. São Paulo:1998.

LA FORGIA, Gerald M.; COUTTOLENC, Bernard F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. SAO PAULO: *2009*.

MARTINS _DA_ SILVA, LÍVIA MARIA. **Implantação Da Gestão De Custo Na Rede Hospitalar Da Secretaria De Saúde Pública Do Rio Grande Do Norte**. NataL 2024. Dissertação: Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte , 2024.

MENDES, Gilmar Ferreira. O direito à saúde na CF/88. *In*: **Terceiro Setor e parcerias na área da saúde**. 2011: Editora Fórum, 2011. p. 11–20.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 7.945, de 22 de dezembro de 2021. Altera a Resolução SES/MG nº 7.826, de 05 de novembro de 2021, que divulga o elenco de hospitais, tipologia e o respectivo valor de incentivo financeiro anual para o Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais -. SES/MG, , 2021. Disponível em: <https://jornal.iof.mg.gov.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/259274/caderno1_2021-12-23%2037.pdf?sequence=1>. Acesso em: 7 jun. 2025

NUNES, Marcos Alonso. **Custos no serviço público. Texto para Discussão**: IPEAD. Brasília: 1998.

PIOLA, Sergio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil: um retrato das desigualdades regionais do periodo 2010-2022** Texto para Discussão 3010. IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2024.

PORTER, M.E.;TEISBERG, E. O. **Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. Metodologia de Pesquisa aplicável às Ciências Sociais. *In*: ATLAS (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em Contabilidade**. 2006.

SILVA, Ladjane de Barros *et al.* Gestão De Custos: Uma Realidade Nas Instituições De Saúde Públicas. **Revista Eletrônica Extensão Em Debate**, v. 13, n. 20, 27 nov. 2024.

STEFFEN, Juliana Kremer; FRIEDRICH, Laércio Rogério. **Gestão De Custos Hospitalares: Um Estudo De Caso Sobre A Aplicabilidade Do Programa Nacional De Gestão De Custos Do Ministério Da Saúde EM 2022**. *In*: Bento Gonçalves: 2025. Disponível em: <https://www.crcrs.org.br/convencao/upload/arquivos/Anais_TC_20CCRS/6_2.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2025

VAN HELDEN, Jan; REICHARD, Christoph. Making sense of the users of public sector accounting information and their needs. **Journal of Public Budgeting, Accounting and Financial Management**, v. 31, n. 4, p. 478–495, 14 nov. 2019.

VENDEMIATTI, Mariana *et al.* Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1301–1314, jun. 2010.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Produção de Informação de Custos pra a Tomada de Decisão no Sistema Único de Saúde: Uma Questão para a Política Pública**. Texto para Discussão. IPEA. Rio de Janeiro: 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2314.pdf>. Acesso em: 16 set. 2017.

VIEIRA, Fabíola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.: Nota Tecnica. Rio de Janeiro: 2016**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2025.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 2ª Edição ed. Porto Alegre: 2001.

PERFIL DOS ACIDENTES DE TRABALHO NOTIFICADOS EM MINAS GERAIS NA SÉRIE HISTÓRICA DE 2007 A 2023

Kátia Santos Dias; Mestre em Gestão de serviços de saúde (UFMG); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG).

Vanessa Viviana Silva Aniceto; Graduada em Farmácia (UFMG); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG).

Elias Melo de Oliveira; Doutorando em Saúde Pública UFMG, Mestre em Epidemiologia e graduado em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG); Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Cristiane Moreira Magalhães Andrade; Mestre em Gestão de serviços de saúde (UFMG); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG).

Cíntia da Silva Marcelino Nunes; Mestre em Gestão de serviços de saúde (UFMG); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG).

Fellipe Antônio Andrade Chaves; Graduado em Administração Pública (FJP); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG).

Resumo: O objetivo deste estudo foi analisar o perfil das notificações de acidentes de trabalho registradas no sistema de informação de agravos de notificação - Sinan, do estado de Minas Gerais, bem como verificar a incompletude dos dados inseridos nesse sistema de informação. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, a partir de dados registrados no sistema, entre 2007 e 2023. Observou-se que foram notificados 182.783 acidentes de trabalho, sendo 2023 o ano com maior frequência de notificação. Em relação às características sociodemográficas e ocupacionais, a maior frequência das notificações em 2023 se deu entre trabalhadores do sexo masculino com idade entre 20-34 anos, com escolaridade de ensino médio completo e raça/cor parda, com situação no mercado de trabalho e vínculo de empregado registrado com carteira assinada, seguido de trabalhadores autônomos. Destacaram-se como grupo de causas de acidentes de trabalho a exposição a forças mecânicas inanimadas, as quedas, os acidentes de transporte e contato com objeto cortante ou penetrante, intenção não determinada. Neste estudo verifica-se que houve considerável aumento na frequência das notificações de Acidente de Trabalho após 2022, com pico expressivo em 2023, o que corresponde ao período de vigência das Resoluções SES/MG nº 7.730/2021 e 8.383/2022 de incentivo as ações de vigilância em saúde do trabalhador no estado de Minas Gerais.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Acidente de Trabalho; Epidemiologia Descritiva.

1 INTRODUÇÃO

O acidente de trabalho para fins de captação e monitoramento epidemiológico nos sistemas de informação em saúde é definido como todo caso de acidente por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto), que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda, redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte (Brasil, 2019).

Os acidentes de trabalho constituem o maior agravo à saúde dos trabalhadores brasileiros. Diferentemente do que o nome sugere, eles não são eventos acidentais ou fortuitos, mas sim fenômenos socialmente determinados, previsíveis e preveníveis (Cordeiro, 2018). No contexto da saúde pública, é importante destacar que os acidentes de trabalho

também podem resultar em doenças ocupacionais, que são enfermidades causadas por condições inadequadas de trabalho, como exposição a agentes tóxicos, ruído excessivo, trabalho em condições insalubres, entre outros fatores. Esses agravos podem se manifestar a longo prazo, trazendo sérios danos à saúde dos trabalhadores, além de elevados custos para o sistema público de saúde e previdenciários (Santana *et al.*, 2006).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é uma plataforma utilizada para registrar e monitorar casos de agravos à saúde que são de notificação compulsória e tem um papel crucial no registro de acidentes de trabalho, garantindo que esses eventos sejam reportados corretamente para análise, produção de informação e planejamento de políticas públicas de saúde e segurança no trabalho (Brasil, 2022).

A notificação dos acidentes de trabalho no Sinan é obrigatória para os serviços públicos e privados, conforme disposto nas portarias nacionais que tratam da lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública (Brasil, 2022; 2024). A importância dessa notificação vai além do simples registro, pois permite monitorar os tipos, as causas e a frequência dos acidentes de trabalho, auxiliando na criação de estratégias para prevenção e no direcionamento de ações de saúde pública voltadas à proteção do trabalhador (Bahia, 2009).

A análise de situação de saúde do estado de Minas Gerais, publicada em 2022 e que contemplou dados epidemiológicos até 2021, indicou a necessidade de qualificação da notificação dos acidentes relacionados ao trabalho no Estado, com atenção a completude dos dados nos sistemas de informação em saúde (Minas Gerais, 2022). Neste contexto, e considerando a necessidade de atualização dos dados epidemiológicos relacionados à saúde do trabalhador no Estado de Minas Gerais, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil epidemiológico das notificações de acidentes de trabalho no Sinan, bem como avaliar a completude das informações neste sistema.

2 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo de abordagem quantitativa, a partir de dados disponíveis no Sinan. As notificações do estado de Minas Gerais foram coletadas por meio do Sinan Net, atualizado em 25 de outubro de 2024. Os dados nacionais sobre as notificações foram obtidos no Tabnet do DataSUS, com atualização de fevereiro de 2024. Os dados foram analisados utilizando o Microsoft Excel e o R versão 4.3.3.

Foi analisada a frequência de notificações de Acidente de Trabalho, por ano, entre 2007 e 2023 e o percentual de completude e qualificação para os campos data de nascimento, escolaridade, situação no mercado de trabalho, ocupação, atividade econômica (Cnae), Código da causa do acidente (CID-10) e evolução.

Para o campo data de nascimento foram consideradas não qualificadas as notificações em menores de 01 ano de idade, uma vez que essas notificações resultam de erro no preenchimento deste campo por não ser possível a ocorrência de Acidentes de Trabalho em indivíduos nesta idade. Para o campo ocupação, foram consideradas não qualificadas as notificações preenchidas com as codificações: “000000 – CBO Sem Definição”, “XXX - Não Informado”, “998999 - Ignorada”, “999991 - Estudante”, “999992 - Dona de Casa”, “999993 - Aposentado / Pensionista” e “999994 - Desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter”, visto que não são ocupações válidas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Para o campo Código da Causa do Acidente (CID-10) considerou-se as notificações preenchidas com “Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)” e “Circunstâncias relativas a condições do modo de vida (Y98)” por serem CID não específicos que não esclarecem a real causa relacionada a ocorrência do AT. Foram determinados os valores mínimos e máximos de incompletude e não qualificação dos campos analisados,

considerando o período entre 2011 e 2023, considerando-se que no período de 2007 a 2010 a frequência de notificações de Acidente de Trabalho no Sinan foi menos expressiva, representando um momento em que a sensibilização a respeito da notificação dos acidentes de trabalho nos serviços de saúde ainda era insipiente. Os resultados de completude e qualificação dos campos foram comparados com dados nacionais.

Analisou-se o perfil epidemiológico do ano de 2023 com ênfase nos dados relacionados ao campo "Evolução do caso" ("Cura", Incapacidade Temporária, "Incapacidade Parcial Permanente", "Incapacidade Total Permanente", "Óbito por Acidente de Trabalho, "Óbito por Outras Causas", "Outro" e "Ignorado"), e as variáveis Sexo, Faixa Etária, Escolaridade, Situação no Mercado de trabalho, Ocupação e Código da Causa do Acidente (CID-10).

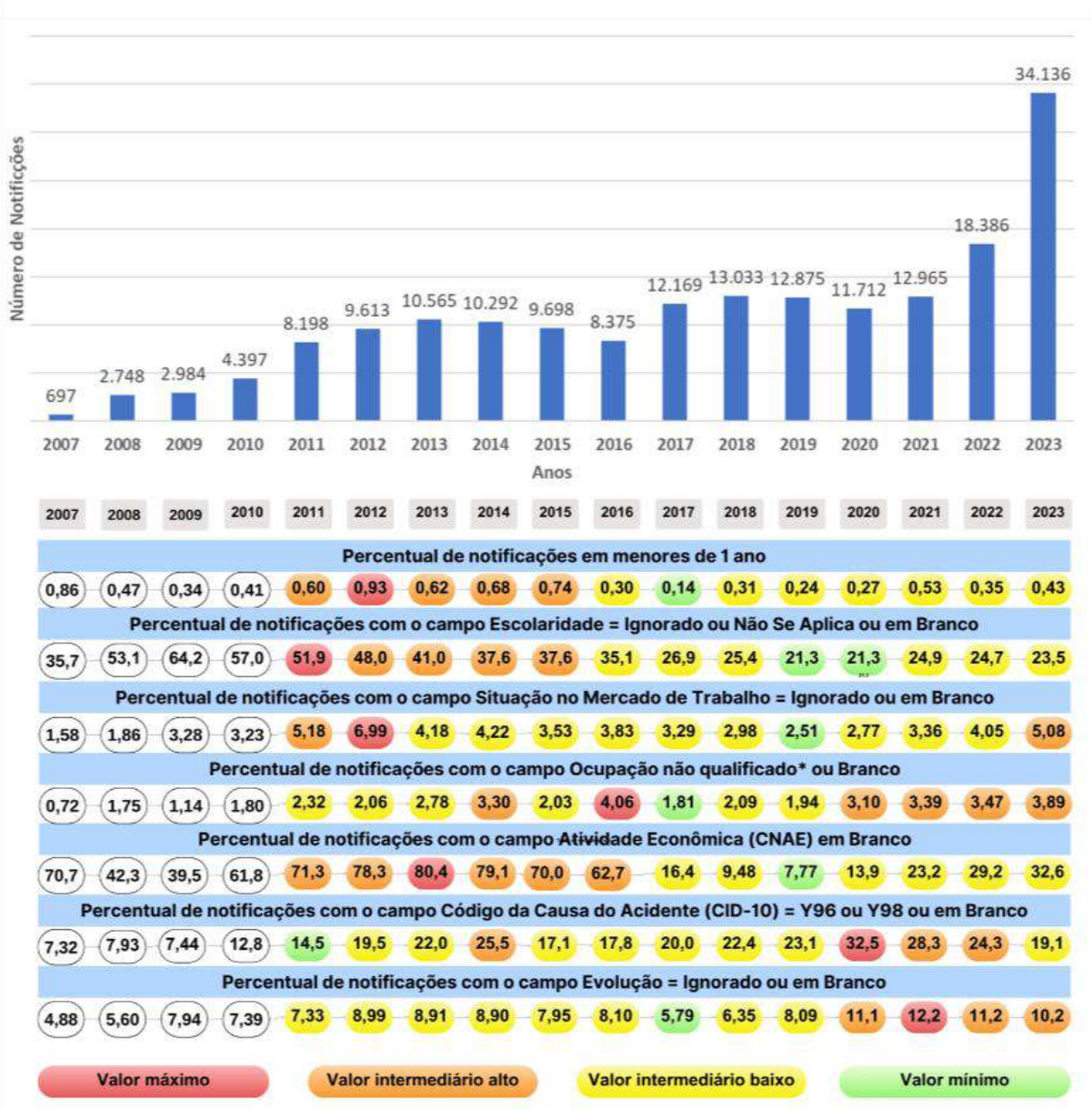
As variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, raça, situação no mercado de trabalho, ocupação e código da causa do acidente (CID-10) foram analisadas para o total de notificações com evolução "óbito por acidente de trabalho" e incapacidade parcial ou total Permanente (constituída pelo agrupamento das variáveis "Incapacidade Parcial Permanente" e "Incapacidade Total Permanente"). Já as respostas da variável Ocupação foram agrupadas nos Grandes Grupos da CBO e as ocupações mais frequentes - com mais de 500 notificações totais - foram citadas no texto.

A pesquisa foi realizada com dados secundários, de acesso público sem a identificação de dados nominais, desta forma, excluem a necessidade de submissão ao comitê de ética e pesquisa, em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3 ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Entre 2007 e 2023 foram notificados 182.783 acidentes de trabalho no Sinan, em Minas Gerais. O ano de 2023 registrou a maior frequência de notificação de AT, com 34.136 casos, representando aproximadamente 19% dos registros da série histórica dos últimos 16 anos. Conforme verificado na Figura 1, em 2022 foi observado um considerável aumento das notificações em relação aos anos anteriores, enquanto em 2023 o número de notificações representou quase 46% de aumento em relação ao verificado no ano de 2022.

Figura 1 – Série histórica da frequência absoluta de notificação dos acidentes de trabalho e frequência relativa de variáveis para análise da completude e qualidade dos dados – Minas Gerais, entre 2007 e 2023.



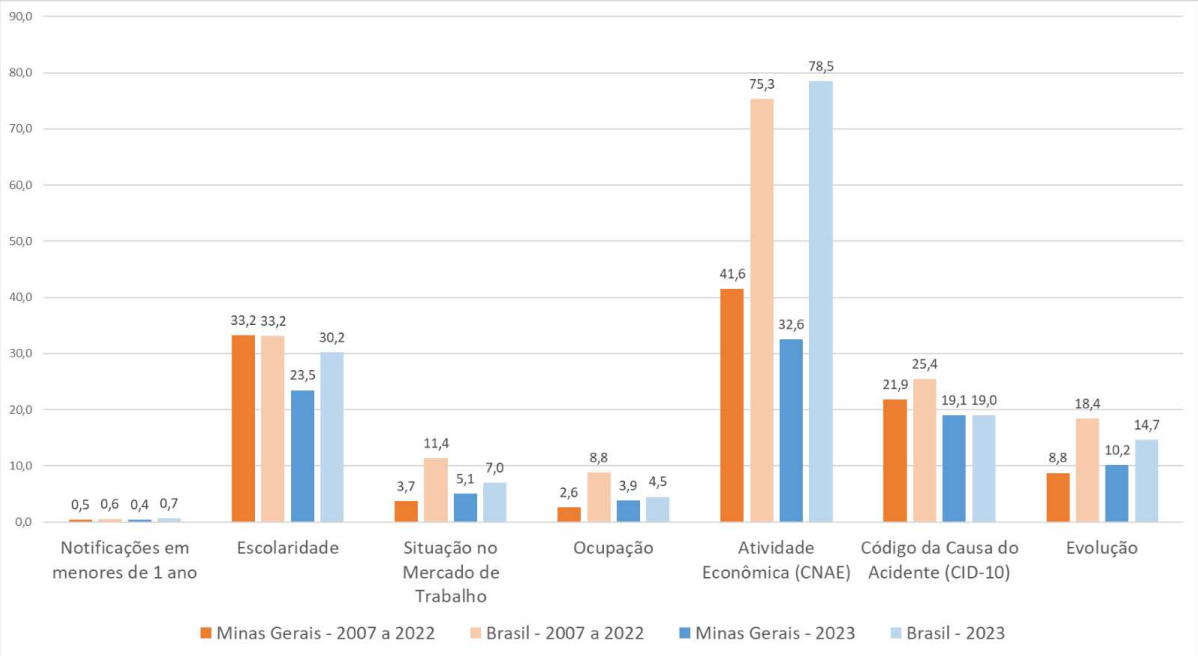
Fonte: SINAN NET atualizado em 25/10/2024 (Extração em 28/10/2024)

Em relação a incompletude e/ou problemas de qualidade dos dados das notificações, os menores percentuais (valor intermediário baixo e valor mínimo) foram observados em 2017 e 2019 para a maior parte das variáveis analisadas, com exceção dos dados de Causa do Acidente (CID-10), já o ano de 202, o de maior frequência na série histórica analisada, observou-se que 50% das variáveis apresentaram valor intermediário alto e 50% valor intermediário baixo, conforme verificado na Figura 1.

Conforme verifica-se na Figura 2, os percentuais de incompletude e/ou não qualificação dos campos analisados foram, em geral, menores nas notificações de Minas Gerais quando comparadas às notificações do Brasil, tanto na soma de notificações do período de 2007 a 2022, quanto no ano de 2023 considerado isoladamente. As exceções foram as variáveis Escolaridade (registrada como Ignorado, Não Se Aplica ou em Branco no período de 2007 a 2022) e Causa do Acidente CID-10 (registrado com os códigos Y96 - Circunstância relativa às condições de trabalho, Y98 - Circunstâncias relativas a condições do modo de vida ou em Branco, em 2023).

Considerando somente o ano de 2023, em Minas Gerais, os percentuais de incompletude ou de não qualificação foram 32,6% para a Atividade Econômica (CNAE), 23,5% para a Escolaridade, 19,1% para a Causa do Acidente, a Evolução e a Situação no Mercado de Trabalho, 5,1%, já Ocupação com 3,9% e menos de 1% de notificações em com inconsistências relacionadas ao preenchimento da data de nascimento, resultando em registros com menores de 1 ano (Figura 2).

Figura 2 – Percentual de incompletude do preenchimento dos campos de interesse nas notificações de acidentes de trabalho – Brasil e Minas Gerais, entre 2007 e 2023



Fonte: SINAN NET atualizado em 25/10/2024 (Extração em 28/10/2024) / TABNET atualizado em 02/2024 (Extração em 09/11/2024)

Observa-se na Tabela 1, no que se refere aos desfechos dos casos notificados como acidente de trabalho em Minas Gerais em 2023, que a evolução Cura (46,2%) foi a mais frequente, seguida de Incapacidade Temporária (39,6%).

Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa dos desfechos, relacionados a evolução dos casos notificados como Acidente de trabalho no Sinan - Minas Gerais, 2023.

Evolução	n	%
Cura	15.756	46,2
Incapacidade temporária	13.524	39,6
Incapacidade parcial permanente	306	0,9
Incapacidade total permanente	47	0,1
Óbito por acidente de trabalho	629	1,8
Óbito por outras causas	30	0,1
Outro	370	1,1
Ignorado ou em branco	3.474	10,2
Total	34.136	100,0

Fonte: SINAN NET atualizado em 25/10/2024 (Extração em 28/10/2024)

Em relação às características sociodemográficas e ocupacionais, observa-se na Tabela 2 que a maior frequência das notificações em 2023 foram entre trabalhadores do sexo masculino, com idade entre 20 e 34 anos, ensino médio completo ou fundamental completo e raça/cor parda. Observa-se que nas notificações com desfechos mais desfavoráveis, evolução óbito por acidente de trabalho e incapacidade parcial ou total permanente, acentua-se a preponderância de trabalhadores do sexo masculino. Além disso, verifica-se que esses desfechos são mais frequentes proporcionalmente em trabalhadores com idade mais avançada 50 – 64 anos e escolaridade menor (ensino fundamental).

Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa das notificações de acidente de trabalho segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais - relacionada a evolução dos casos. Sinan - Minas Gerais, 2023.

Variáveis socioeconômicas e ocupacionais	Evolução				Total de notificações por Acidente de Trabalho	
	Incapacidade permanente (total ou parcial)		Óbito por acidente de trabalho			
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	53	15,0	51	8,1	7.711	22,6
Masculino	300	85,0	578	91,9	26.419	77,4
Ignorado	0	0,0	0	0,0	6	0,0
Idade						
<1 Ano	3	0,8	3	0,5	146	0,4
01 a 14 anos	0	0,0	0	0,0	42	0,1
15 a 19 anos	14	4,0	23	3,7	1.836	5,4
20 a 34 anos	112	31,7	181	28,8	13.727	40,2
35 a 49 anos	120	34,0	217	34,5	11.541	33,8
50 a 64 anos	93	26,3	159	25,3	6.007	17,6
65 a 79 anos	11	3,1	41	6,5	789	2,3
Acima de 80 anos	0	0,0	5	0,8	48	0,1
Escolaridade						
Analfabeto	0	0,0	3	0,5	158	0,5
4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)	52	14,7	77	12,2	2946	8,6
Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)	76	21,5	149	23,7	6.213	18,2
Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)	136	38,5	188	29,9	14.693	43,0
Educação superior completa	12	3,4	38	6,0	2.112	6,2
Ignorado, não se aplica ou não informado	77	21,8	174	27,7	8.014	23,5
Raça						

Branca	114	32,3	244	38,8	11.919	34,9
Preta	46	13,0	62	9,9	3.669	10,7
Amarela	6	1,7	3	0,5	299	0,9
Parda	175	49,6	295	46,9	16.173	47,4
Indígena	1	0,3	0	0,0	77	0,2
Ignorado ou não informado	11	3,1	25	4,0	1.807	5,3
Situação no mercado de trabalho						
Empregado registrado com carteira assinada	160	45,3	180	28,6	19.145	56,1
Empregado não registrado	34	9,6	39	6,2	2.806	8,2
Autônomo/ conta própria	103	29,2	218	34,7	6.485	19,0
Servidor público estatuário	10	2,8	20	3,2	1.510	4,4
Servidor público celetista	6	1,7	1	0,2	901	2,6
Aposentado	6	1,7	7	1,1	174	0,5
Desempregado	2	0,6	0	0,0	46	0,1
Trabalho temporário	5	1,4	15	2,4	502	1,5
Cooperativado	0	0,0	6	1,0	75	0,2
Trabalhador avulso	2	0,6	7	1,1	247	0,7
Empregador	2	0,6	7	1,1	87	0,3
Outros	8	2,3	8	1,3	424	1,2
Ignorado ou não informado	15	4,2	121	19,2	1.734	5,1
Ocupação						
Membros das Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares	1	0,3	1	0,2	64	0,2
Membros Superiores do Poder Público, Dirigentes de Organizações de Interesse Público e de Empresas, Gerentes	2	0,6	6	1,0	367	1,1
Profissionais das Ciências e Das Artes	5	1,4	22	3,5	1.224	3,6
Técnicos de Nível Médio	10	2,8	18	2,9	2.076	6,1
Trabalhadores de Serviços Administrativos	12	3,4	18	2,9	1.820	5,3
Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados	34	9,6	106	16,9	6.008	17,6
Trabalhadores Agropecuários, Florestais e da Pesca	106	30,0	86	13,7	5.408	15,8
Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais	149	42,2	324	51,5	14.276	41,8
Trabalhadores em Serviços de Reparação E Manutenção	17	4,8	26	4,1	1.565	4,6
Estudante / Dona de Casa / Aposentado ou Pensionista / Desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter	6	1,7	13	2,1	445	1,3
Ignorado / CBO sem definição / Em branco	11	3,1	9	1,4	883	2,6

Fonte: SINAN NET atualizado em 25/10/2024 (Extração em 28/10/2024)

A Tabela 2 também apresenta as notificações de acidentes de trabalho em relação às variáveis ocupacionais, situação no mercado de trabalho e ocupação dos trabalhadores

acidentados no estado de Minas Gerais, em 2023. No que tange a situação no mercado de trabalho das notificações gerais, pouco mais da metade foram entre trabalhadores com vínculo formal, empregados registrados com carteira assinada (56,1%) e 19% estão relacionadas a trabalhadores autônomos. Porém, ao analisar os casos com desfecho mais desfavorável, evolução óbito por acidente de trabalho (34,7%) e incapacidade parcial ou total permanente percebe-se um percentual relevante das notificações entre trabalhadores na situação autônomo (29,2%).

Em relação à Ocupação de acordo com os Grande Grupos da CBO, o mais frequente foi o de Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais, seguido por Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados e Trabalhadores Agropecuários, Florestais e da Pesca (Tabela 2).

No Grande Grupo Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais as ocupações mais frequentes foram Pedreiro (2.474), Servente de Obras (1.073), Alimentador de Linha de Produção (803), Motorista de Caminhão [rotas regionais e internacionais] (753 e Açougueiro (656). Já no Grande Grupo "Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados", observa-se que seguintes ocupações Faxineiro (792) e Motofretista (533) foram as mais frequentes. Enquanto no Grande Grupo "Trabalhadores Agropecuários, Florestais e da Pesca" as ocupações Trabalhador Agropecuário em Geral" (2.685) e Trabalhador Volante da Agricultura (523) foram as mais frequentes.

Já a Tabela 3 apresenta a frequência de notificações em relação a causa do acidente no estado de Minas Gerais, de acordo com a codificação da CID-10, em 2023. Destacam-se como causas de acidentes de trabalho mais frequentemente registradas a exposição a forças mecânicas inanimadas (W20-W49), as quedas (W00-W19), os acidentes de transporte (V01-V99) e o contato com objeto cortante ou penetrante e intenção não determinada (Y28). As notificações em que a causa foi acidente de trânsito, a maior frequência foi observada com a ocupação motociclista.

Tabela 3 - Frequência de notificações em relação às principais causas dos acidentes notificados no Sinan Minas Gerais, 2023

Causa do Acidente (CID-10)	Evolução				Total de notificações por Acidente de Trabalho	
	Incapacidade permanente (total ou parcial)		Óbito por acidente de trabalho			
	n	%	n	%	n	%
Acidentes de transporte (V01-V99)	**40**	**11,3**	**326**	**51,8**	**4.590**	**13,4**
Pedestre traumatizado em um acidente de transporte (V01-V09)	6	1,7	32	5,1	625	1,8
Ciclista traumatizado em um acidente de transporte (V10-V19)	3	0,8	9	1,4	291	0,9
Motociclista traumatizado em um acidente de transporte (V20-V29)	16	4,5	79	12,6	2.119	6,2
Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte (V40-V49)	2	0,6	59	9,4	317	0,9
Ocupante de um veículo de transporte pesado	2	0,6	72	11,4	365	1,1

traumatizado em um acidente de transporte (V60-V69)						
Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte (V70-V79)	0	0,0	3	0,5	135	0,4
Outros acidentes de transporte terrestre (V80-V89)	9	2,5	57	9,1	547	1,6
Outros acidentes de transporte e os não especificados (V98-V99)	2	0,6	5	0,8	104	0,3
Outros*	0	0,0	10	1,6	87	0,3
Outras causas externas de traumatismos acidentais (W00-X59)	**208**	**58,9**	**182**	**28,9**	**19.045**	**55,8**
Quedas (W00-W19)	32	9,1	81	12,9	4805	14,1
Exposição a forças mecânicas inanimadas (W20-W49)	157	44,5	44	7,0	10.332	30,3
Exposição a forças mecânicas animadas (W50-W64)	7	2,0	3	0,5	845	2,5
Exposição à corrente elétrica, à radiação e às temperaturas e pressões extremas do ambiente (W85-W99)	4	1,1	25	4,0	274	0,8
Contato com uma fonte de calor ou com substâncias quentes (X10-X19)	2	0,6	1	0,2	506	1,5
Contato com animais e plantas venenosos (X20-X29)	2	0,6	3	0,5	904	2,6
Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição à substâncias nocivas (X40-X49)	1	0,3	1	0,2	173	0,5
Excesso de esforços, viagens e privações (X50-X57)	1	0,3	0	0,0	282	0,8
Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados (X58-X59)	1	0,3	4	0,6	750	2,2
Outros**	1	0,3	20	3,2	174	0,5
Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84)	**0**	**0,0**	**2**	**0,3**	**40**	**0,1**
Agressões (X85-Y09)	**2**	**0,6**	**11**	**1,7**	**668**	**2,0**
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34)	**28**	**7,9**	**24**	**3,8**	**3.041**	**8,9**
Envenenamento [intoxicação] por e exposição a outros produtos químicos e substâncias nocivas e aos não especificados, intenção não determinada (Y19)	2	0,6	2	0,3	123	0,4
Contato com objeto cortante ou penetrante, intenção não determinada (Y28)	25	7,1	3	0,5	2315	6,8
Contato com objeto contundente, intenção não determinada (Y29)	0	0,0	11	1,7	268	0,8
Outros***	1	0,3	8	1,3	335	1,0
Intervenções legais e operações de guerra (Y35-Y36)	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**9**	**0,0**
Complicações de assistência médica e cirúrgica (Y40-Y84)	**3**	**0,8**	**3**	**0,5**	**173**	**0,5**
Sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade (Y85-Y89)	**1**	**0,3**	**2**	**0,3**	**28**	**0,1**
Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte (Y90-Y98)	**68**	**19,3**	**73**	**11,6**	**6.331**	**18,5**
Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)	63	17,8	69	11,0	5.808	17,0

Circunstâncias relativas a condições do modo de vida (Y98)	5	1,4	4	0,6	494	1,4
Outros****	0	0,0	0	0,0	14	0,0
Outros***	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**10**	**0,0**
Em branco.	**3**	**0,8**	**6**	**1,0**	**201**	**0,6**
Total	**353**	**100,0**	**629**	**100,0**	**34.136**	**100,0**

Fonte: SINAN NET atualizado em 25/10/2024 (Extração em 28/10/2024)

*Intervalo de CID com menos de 100 notificações (Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte (V30-V39), Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte (V50-V59), Acidentes de transporte por água (V90-V94), Acidentes de transporte aéreo e espacial (V95-V97))
**Intervalo de CID com menos de 100 notificações (Afogamento e submersão acidentais (W65-W74), Outros riscos acidentais à respiração (W75-W84), Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas (X00-X09), Exposição às forças da natureza (X30-X39))
***CID com menos de 100 notificações (Y10, Y11, Y12, Y13, Y14, Y15, Y17, Y18, Y20, Y21, Y22, Y23, Y24, Y25, Y26, Y27, Y30, Y31, Y32, Y34)
****CID com menos de 100 notificações (Y90, Y91, Y97)
*****CIDs fora do capítulo XX (M79, S00, S61, S83, S90, T13, T14, T15, T92)

Nas notificações com desfecho desfavorável, evolução óbito por acidente de trabalho o percentual de notificações com causa relacionada a acidente de trânsito é consideravelmente superior (51,8%) do que quando se analisa o percentual deste grupo de causa, no total de notificações (13,4%) e as vítimas geralmente são: motociclistas, ocupantes de um automóvel ou de um veículo de transporte pesado em percentuais semelhantes. Nas notificações com evolução incapacidade parcial e total permanente destaca-se a causa exposição a forças mecânicas inanimadas - W20-W49). (Tabela 3).

Além disso, observa-se na Tabela 3 um percentual considerável de notificações preenchidas com CID inespecíficos como Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96), Circunstâncias relativas a condições do modo de vida (Y98), Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados (X58-X59), Outros acidentes de transporte terrestre (V80-V89) e Outros acidentes de transporte e os não especificados (V98-V99).

Conforme estudo de Dias (2023), em Minas Gerais entre 2010 e 2019, houve predominância dos casos de acidente de trabalho no gênero masculino, com classificação étnico racial preta ou parda, com distribuição por faixa etária similar, porém com maior frequência de casos registrados entre 18 e 29 e óbitos entre 30 e 39 anos. Nesse estudo, compreendendo uma série histórica maior observa-se a permanência da predominância dos casos entre o gênero masculino, raça cor parda, porém com maior frequência dos casos registrados na faixa etária de 20 a 34 anos e óbitos de 35 a 49 e 50-64 anos.

Em relação aos grupos de causa relacionados a desfechos mais desfavoráveis em especial de óbito por acidente de trabalho, isso também foi verificado no estudo de Cremonese et al. (2023), referente aos dados do Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM) no Brasil e no estado da Bahia entre 2010 e 2020. Do total de registros de óbitos por AT, os acidentes de transporte representaram 56,3% na Bahia e 47,5% no Brasil.

Em relação aos problemas de incompletude e qualidade dos dados. Observa-se que, são situações crônicas verificadas nacionalmente e que vão além das dificuldades de captação e registro oportuno dos casos de acidentes de trabalho pelos serviços de saúde. A falta de preenchimento de campos com dados fundamentais para caracterização do acidente, vide o

percentual de ignorado ou não informado presente na análise de qualidade dos bancos de dados, refletem também as dificuldades em estabelecer a causalidade do óbito com o trabalho e realizar o registro adequado, o que impacta na qualidade da informação (Cordeiro, 2018; Nobre; Carvalho; Kato, 2010).

Ao se analisar as notificações de Acidente de Trabalho no Sinan ao longo dos anos sugere-se que algumas estratégias adotadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais contribuíram para o aumento do número de notificações (aumentando a visibilidade e reduzindo a subnotificação) e para a melhoria da qualidade dos dados. Uma dessas estratégias foi o Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde (ProMAVS), aprovado pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.418, de 17 de novembro de 2016 (Minas Gerais, 2016). No ano de 2017 foi identificado um aumento nas notificações de Acidente de trabalho e uma redução significativa no percentual de notificações com os campos Ocupação, CNAE, e Evolução com problemas de completude. Em relação ao CNAE, observa-se que o percentual de preenchimento deste campo em Minas Gerais é bastante superior ao das notificações de Acidente de Trabalho média do Brasil, ainda que seja observado o aumento do percentual de não preenchimento, desde 2019 (ano com melhor desempenho desta variável). Em setembro de 2021, entrou em vigor a Resolução SES/MG Nº 7.730/2021, que instituiu o repasse de incentivo financeiro, em caráter excepcional, para o fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), no Estado de Minas Gerais (Minas Gerias, 2021). Posteriormente, a Resolução SES/MG Nº 8.383/2022 prorrogou o prazo de vigência da Resolução 7730 e adicionou uma parcela adicional de recursos aos beneficiários (Minas Gerais, 2022). Uma das metas dessas resoluções foi a investigação de doenças e agravos com suspeição de relação com o trabalho. Os dados apresentados nesse estudo mostram que houve um considerável aumento das notificações de Acidente de Trabalho após a vigência das respectivas resoluções, aumento com manutenção da qualidade dos dados.

A análise das características socioeconômicas dos trabalhadores notificados devido a ocorrência de acidente de trabalho em 2023 no estado de Minas Gerais sugere que pode existir diferenças entre as características socioeconômicas e ocupacionais dos trabalhadores vítimas de acidentes com mais gravidade em relação aos acidentes com menos gravidade. Essa hipótese pode ser analisada em outros estudos mais robustos. Este estudo também descreveu as ocupações mais frequentes e os principais vínculos empregatícios relacionados a ocorrência dos acidentes, além do vínculo formal celetista, destaca-se a captação de casos entre trabalhadores autônomos, conforme discute Dias (2023), que o expressivo percentual dos casos notificados entre os trabalhadores informais reforça que o potencial do Sinan, como instrumento universal de registro dos acidentes de trabalho, independente do vínculo empregatício e situação no mercado de trabalho, vem crescendo ao longo dos anos, em especial no estado de Minas Gerais, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) (Brasil, 2012).

Uma limitação deste estudo foi não terem sido tratadas as possíveis duplicidades e ter se restringido ao agravo Acidente de Trabalho e não ter analisado as demais notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho. Por não terem sido analisadas as notificações de Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico, grande parte dos acidentes ocorridos com trabalhadores da saúde não foram considerados nessa análise.

4 CONCLUSÃO

A partir deste estudo, recomenda-se aos serviços de saúde a manterem a sensibilização a respeito da importância da inserção na rotina da notificação dos Acidentes de Trabalho e do preenchimento qualificado de todos os campos da ficha do Sinan. Recomenda-se especial atenção ao campo evolução, evitando-se o preenchimento com a opção “Ignorado” e ao campo Código da Causa do Acidente (CID-10), em que deve ser evitado o preenchimento de

CID não específicos, melhorando-se a caracterização dos acidentes quanto as suas causas e assim gerando informações que auxiliem a priorização de ações preventivas. Recomenda-se também estabelecer estratégias para vigilância dos Acidentes de Trabalho com atenção especial no estado, em especial aos perfis ocupacionais apontados com maior frequência nas notificações de casos gerais e em especial aqueles identificados com desfecho mais desfavorável como os óbitos.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Manual de Normas e Rotinas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Salvador, junho 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde do trabalhador** Brasília: MS; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS:** orientação sobre as novas definições dos agravos e doenças relacionados ao trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde** (5. ed.). Brasília, DF, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.201, de 15 de agosto de 2024. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 ago. 2024.

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

CREMONESE, C. *et al.* Acidentes de trabalho na Bahia, 2010 a 2020: cenário geral. *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, 2023. p. 81-107

DIAS, Katia Santos. **ACIDENTES DE TRABALHO**: **análise epidemiológica dos casos e óbitos notificados em Minas Gerais, entre 2010 e 2019**. Dissertação de Mestrado, UFMG. Belo Horizonte, 2023.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.418**, de 17 de novembro de 2016. Belo Horizonte, Minas Gerais: Governo de Minas Gerais.

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG nº 7.730**, de 22 de setembro de 2021. Belo Horizonte, Minas Gerais: Governo de Minas Gerais.

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG nº 8.383**, de 19 de outubro de 2022. Belo Horizonte, Minas Gerais: Governo de Minas Gerais.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica. A**nálise de Situação de Saúde de Minas Gerais, 2022**. Belo Horizonte. 2022.

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa (ALMG). **Acidentes de trabalho são subnotificados no Brasil**. Debate público sobre "Saúde e Segurança no Trabalho em Minas Gerais e no Brasil" em 28 de abril de 2023. Acesso em: 12 de novembro de 2024.
SANTANA V.S. *et al*. A. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Rev Saúde Pública**. 2006.;40(6):1004-12

NOBRE, L. C. C.; CARVALHO, F. M.; KATO, M. Validade e acurácia da causa básica na declaração de óbitos por acidentes de trabalho e outras violências. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan./mar. 2010.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS REAÇÕES TRANSFUSIONAIS E ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO SANITÁRIO EM SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA DE MINAS GERAIS

Marcelo Castro Freitas; Mestre em Ciências da Saúde; Discente do Curso de Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais.

Paula Rodrigues Biondi; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental na Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Keli Bahia Felicíssimo Zocratto; Doutora em Saúde Pública; Professora do Departamento de Gestão em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO: O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil epidemiológico das reações transfusionais e a estratificação do risco sanitário nos serviços de hemoterapia de Minas Gerais, 2019-2023. A hemoterapia é um componente vital da saúde pública, mas as reações transfusionais representam um risco contínuo. Para garantir a segurança do ciclo do sangue, a hemovigilância eficaz e a avaliação do risco sanitário dos serviços são estratégias fundamentais. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com dados secundários de 320 serviços de hemoterapia e 5.757 notificações de reações. A análise utilizou estatística descritiva. A cobertura pelo Modelo de Avaliação de Risco Potencial em Serviços de Hemoterapia (MARP-SH) atingiu 80,3% dos serviços, com acentuadas disparidades regionais. As reações predominantes foram a Febril Não Hemolítica (42,7%) e Alérgica (32,0%), com a maioria classificada como Grau I - Leve (73,8%). As notificações anuais cresceram 56,7% no período, o que sugere um fortalecimento da cultura de notificação. Disparidades na vigilância e o perfil das reações indicam a necessidade de planejamento para garantir equidade e de educação contínua para a segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Hemoterapia; Hemovigilância; Risco Sanitário; Reações Transfusionais.

1 INTRODUÇÃO

O sangue e seus hemocomponentes são considerados medicamentos essenciais pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desempenhando funções vitais e sendo cruciais em diversas terapias médicas. No Brasil, a hemoterapia é uma atividade complexa, coordenada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e regulada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que define normas para garantir a qualidade e a segurança do ciclo do sangue, desde a doação até a transfusão. Apesar dos avanços, o sistema ainda enfrenta desafios significativos, como a necessidade de aumentar a doação voluntária de sangue e fortalecer a gestão da informação e a vigilância epidemiológica para garantir a sustentabilidade e a segurança dos serviços (Anvisa, 2014; Silva Júnior *et al*., 2015; Batista, Hauradou, 2018; Souza, Santoro, 2019).

A atividade hemoterápica, embora fundamental, apresenta riscos inerentes que exigem atenção constante, como reações transfusionais, erros humanos e contaminação por agentes infecciosos. A avaliação desses riscos é, portanto, um processo essencial para a segurança de doadores e receptores. Neste contexto, a hemovigilância é definida como um sistema de vigilância organizado e abrangente, que atua na identificação, análise e prevenção de eventos adversos. Através do monitoramento de todo o ciclo do sangue, a hemovigilância permite a implementação de medidas corretivas e preventivas, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos serviços de hemoterapia (Anvisa, 2015; Júnior *et al*., 2016; Souza, Santoro, 2019; Vilar *et al*., 2020).

Para instrumentalizar a gestão de riscos, a Anvisa desenvolveu o Método de Avaliação de Riscos Potenciais em Serviços de Hemoterapia (MARP-SH). Este método fundamenta-se na mensuração do "risco potencial", compreendido como um fator que

possibilita a ocorrência de um agravo à saúde, permitindo uma atuação preventiva da vigilância sanitária mesmo na ausência de informações completas sobre causa e efeito. O MARP-SH classifica os serviços em cinco categorias de risco, auxiliando as autoridades reguladoras na tomada de decisão e na priorização de ações para aprimorar a qualidade e a segurança dos serviços em todo o país (Anvisa, 2015; Silva Júnior *et al*., 2015).

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil dos serviços de hemoterapia, do risco sanitário e das notificações de reações transfusionais no período. Neste contexto, procurou-se descrever a distribuição geográfica e por tipo dos serviços de hemoterapia no estado, analisar a distribuição das classificações de risco sanitário (por meio do MARP-SH) entre os serviços avaliados, caracterizar o perfil das reações transfusionais notificadas quanto ao tipo e ao grau de risco e descrever a tendência temporal do número de reações notificadas e do risco sanitário médio no período.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Hemoterapia e segurança transfusional

A hemoterapia é um componente essencial da assistência médica moderna, cujo sucesso depende diretamente da segurança transfusional. Este pilar fundamental abrange um sistema integrado que vai desde a seleção adequada de doadores e a triagem sorológica até o controle de qualidade dos hemocomponentes e o monitoramento de eventos adversos, visando minimizar os riscos e garantir a efetividade terapêutica (Brasil, 2019, Covas, 2007).

O ciclo do sangue inicia-se com a doação, um ato voluntário que é o ponto de partida para a segurança do processo. Após a triagem e testes, o sangue total é fracionado em componentes com aplicações específicas, como o concentrado de hemácias para o transporte de oxigênio, o concentrado de plaquetas para a coagulação em casos de plaquetopenia, e o plasma fresco congelado para o tratamento de coagulopatias (Brasil, 2017; Brasil, 2023; Pavord e Robinson, 2021; Batista e Hauradou, 2018).

A prevenção de eventos adversos exige uma abordagem completa em todas as etapas do processo transfusional, sendo a hemovigilância um sistema de vigilância e alerta essencial para identificar fatores de risco e implementar medidas preventivas, melhorando a qualidade dos serviços e a segurança do paciente (Brasil, 2015; Brasil, 2023; Silvério, 2022).

Para nortear essas práticas, diretrizes nacionais e internacionais são estabelecidas. No Brasil, a Anvisa regulamenta o setor por meio de normativas como a RDC nº 34/2014 e a Portaria nº 5/2017. Tais regulamentações são complementadas por manuais do Ministério da Saúde e diretrizes de organizações globais como a OMS, que reforçam a importância de sistemas de qualidade e gestão de riscos (Brasil, 2015; Brasil, 2017; Brasil, 2022).

2.2 Perfil das reações transfusionais

Apesar dos rigorosos controles, a transfusão de sangue não é isenta de riscos, e as reações transfusionais representam um desafio global à segurança do paciente. O perfil epidemiológico desses eventos é uma área de intenso estudo. No Brasil e no mundo, as reações mais frequentemente notificadas são as alérgicas e as febris não hemolíticas, sendo a maioria de baixa gravidade (De Pascale *et al.*, 2019; Brasil, 2022; Matosinho *et al.*, 2024; Nunes e Sebold, 2023).

Reações graves, como as hemolíticas agudas, embora raras, possuem alta mortalidade e são frequentemente associadas à incompatibilidade sanguínea ABO, que desencadeia uma cascata inflamatória e hemólise. A identificação precoce dos tipos de reações, suas causas e sintomas é fundamental para uma intervenção rápida, exigindo capacitação contínua da

equipe assistencial (Sommese *et al*, 2019; De Pascale *et al.*, 2019; Kato *et al.*, 2014; Vilar *et al*., 2020; Bolton-Maggs e Watt, 2020).

A prevenção e o tratamento de reações transfusionais são, portanto, essenciais. O tratamento exige uma abordagem rápida, com interrupção da transfusão ao primeiro sinal de reação e avaliação clínica do paciente, podendo incluir medidas terapêuticas como o uso de anti-histamínicos e corticosteroides (Almeida, Borges e Lima, 2021; Reis, Silva e Araújo, 2023).

Para aprimorar a prevenção, os sistemas de notificação e investigação, como o Sistema Nacional de Hemovigilância (SNH), no Brasil, são cruciais. A análise dos dados de hemovigilância permite identificar tendências e fatores de risco, mas sua efetividade depende da qualidade e da completude das notificações, sendo a subnotificação um desafio persistente, muitas vezes associado ao conhecimento inadequado dos profissionais (Silva Júnior *et al*., 2015; Delaney *et al.*, 2016; Ackfeld *et al*., 2022; Vaghar, 2018).

2.3 Gestão do risco sanitário

A gestão de risco em saúde é uma abordagem sistêmica e proativa para identificar, analisar e controlar eventos adversos, sendo crucial em áreas de alta complexidade como a hemoterapia. Em serviços de hemoterapia, a gestão de risco visa garantir a qualidade e a segurança em todas as etapas do ciclo do sangue, alinhada a uma forte cultura de segurança que incentive a comunicação aberta e o aprendizado com os erros (Kruschewsky, Freitas e Silva Filho, 2021; Silva *et al*., 2023; Medeiros *et al*., 2020).

O processo envolve a identificação de perigos, a análise da probabilidade e da gravidade dos eventos adversos, a avaliação dos riscos com base em critérios de aceitabilidade e, por fim, a implementação de medidas de controle para eliminar ou reduzir os riscos a níveis aceitáveis (Medeiros *et al*., 2020; Nobre *et al*., 2025).

No Brasil, o MARP-SH funciona como uma ferramenta padronizada para a vigilância sanitária. Composto por centenas de itens de controle, o método classifica os serviços em cinco categorias de risco, permitindo uma atuação mais focada das autoridades sanitárias (Silva Júnior e Rattner, 2016).

Estudos demonstram que a utilização do MARP-SH está associada à redução de não conformidades e à melhoria dos indicadores de qualidade, impactando positivamente a segurança transfusional. Contudo, a implementação do método enfrenta desafios, como a necessidade de profissionais capacitados, a complexidade da ferramenta e a qualidade dos dados coletados durante as inspeções, fatores que podem comprometer a análise de riscos (Silva Júnior e Rattner, 2014; Oliveira, 2019).

3 METODOLOGIA

A pesquisa em questão se caracteriza como quantitativa, visto que se propôs analisar dados categóricos e numéricos relacionados à incidência de reações transfusionais e à classificação de risco em serviços de hemoterapia, utilizando técnicas estatísticas para a análise e interpretação dos resultados (Cervo, Bervian e Silva, 2007). O delineamento da pesquisa foi descritivo e exploratório, combinando elementos de ambos os métodos para analisar a incidência de reações transfusionais e o risco sanitário em serviços de hemoterapia. Segundo Gil (2008), pesquisas descritivas visam a descrever as características de determinada população ou fenômeno, enquanto pesquisas exploratórias buscam proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito.

Do ponto de vista do desenho epidemiológico, classifica-se como um estudo observacional, retrospectivo, do tipo ecológico (Gordis, 2014). Tal classificação se justifica

pela utilização de dados secundários e pela adoção das macrorregiões de saúde de Minas Gerais como unidade de análise, em detrimento de indivíduos.

A população do estudo abrangeu os estabelecimentos de hemoterapia inspecionados em Minas Gerais, no período de 2019 a 2023, utilizando o modelo MARP-SH. Considerando que o estudo utilizou a totalidade dos registros disponibilizados publicamente pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para o período, a amostra se constitui como um censo dos dados disponíveis, não se aplicando técnicas de amostragem por conveniência.

A coleta de dados para a pesquisa foi realizada através da consulta a bancos de dados disponibilizados eletronicamente, acessíveis online e de caráter público. O banco de dados público de notificações de reações transfusionais foi acessado por meio de pesquisa na opção "Hemovigilância em Pós-Mercado" disponível no portal dados.gov.br, do qual foram obtidos os dados sobre o número, tipo e gravidade das reações transfusionais ocorridas em cada estabelecimento de hemoterapia (Brasil, 2024a).

Os dados referentes à classificação de risco potencial dos estabelecimentos de hemoterapia, provenientes das inspeções realizadas nos anos de 2019 a 2023, foram obtidos via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC), sob o Protocolo nº 01320000316202427. O total de procedimentos de hemotransfusão realizados pelos estabelecimentos de saúde foi obtido por meio de consulta realizada ao banco de dados disponibilizado pelo Ministério da Saúde, no site do DataSUS / TabNET (Ministério da Saúde, 2024b).

Inicialmente, os dados brutos passaram por um rigoroso processo de tratamento, que envolveu a organização, filtragem, padronização, a junção de diferentes bancos de dados para formar uma base consolidada e o enriquecimento dos dados com a informação de macrorregião de saúde. A qualidade dos dados foi verificada com atenção especial à identificação e tratamento de dados faltantes e inconsistências, conforme recomendado por Hair *et al*. (2009).

As variáveis foram definidas com base nos objetivos da pesquisa. As principais variáveis de interesse foram o Risco Sanitário e a Incidência de Reações Transfusionais.

A variável de Risco Sanitário foi mensurada pelo *Percentual da Avaliação de Risco* do método MARP-SH. Para a análise agregada, foi construída a variável "Índice de Risco Médio por Macrorregião", operacionalizada mediante a conversão da classificação de risco categórica do MARP-SH (Baixo, Médio, Alto, etc.) para uma escala numérica ordinal (1 a 5, respectivamente) e o posterior cálculo da média aritmética desses valores para todos os serviços pertencentes a cada macrorregião, para cada ano do estudo.

As variáveis de resultado foram as Taxas de Incidência de Reações Transfusionais, calculadas para cada macrorregião em cada ano. Para tal, as notificações de reações foram primeiramente agrupadas por macrorregião e ano e, em seguida, categorizadas em três grupos de acordo com a gravidade registrada: Incidência Total (todos os graus), Incidência Leve/Moderada (Graus I e II) e Incidência Grave (Graus III e IV). Como variáveis de caracterização, foram utilizados o ano da notificação, a macrorregião de saúde, o tipo de serviço de hemoterapia e o tipo de reação transfusional.

A análise dos dados foi inicialmente conduzida no *software Python*, e posteriormente validada no software IBM SPSS *Statistics*, versão 27, com foco na estatística descritiva para caracterizar a amostra e a distribuição das variáveis. Para as variáveis categóricas (tipo de serviço, avaliação de risco, macrorregião, etc.), foram calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%). Para as variáveis numéricas (percentual de avaliação de risco e taxa de incidência), foram geradas medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão, mínimo, máximo). Os resultados foram apresentados em tabelas e visualizados por meio de gráficos de barras, *box plots* e histogramas.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise descritiva do cenário da hemoterapia em Minas Gerais, no período de 2019 a 2023, permitiu a caracterização do perfil dos serviços, da cobertura da avaliação de risco sanitário e do perfil epidemiológico das reações transfusionais notificadas. O processamento dos dados identificou um universo de 320 serviços de hemoterapia únicos com atividade registrada no período. Os resultados são apresentados e discutidos a seguir, em consonância com a literatura pertinente.

Tabela 1 - Distribuição dos serviços de hemoterapia por macrorregião de Minas Gerais (2019-2023).

Macrorregião de Saúde	n	%
Centro	74	23,12
Sudeste	32	10,00
Norte	30	9,38
Oeste	23	7,19
Sul	23	7,19
Nordeste	18	5,62
Triângulo Do Norte	17	5,31
Leste	16	5,00
Centro Sul	15	4,69
Extremo Sul	14	4,38
Jequitinhonha	12	3,75
Triângulo Do Sul	12	3,75
Vale Do Aço	11	3,44
Leste Do Sul	9	2,81
Sudoeste	7	2,19
Noroeste	7	2,19

Fonte: Elaborado pelos autores.

A distribuição geográfica dos 320 serviços de hemoterapia demonstrou uma concentração significativa na macrorregião de saúde Centro, que abriga 23,12% (n=74) do total de estabelecimentos (Tabela 1). Essa concentração reflete a polarização demográfica e de serviços de saúde na capital do estado.

Quanto à tipologia, observou-se uma predominância expressiva das Agências Transfusionais (90,62%, n=290), indicando um modelo de rede focado na dispensação de hemocomponentes, o que está em consonância com o modelo de rede hemoterápica nacional que visa a descentralização (Silva Júnior *et al*., 2015) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos serviços de hemoterapia avaliados por meio do MARP-SH (2019-2023).

Tipo de Serviço	n	%
Agência Transfusional	290	90,62
Núcleo De Hemoterapia	14	4,38
Hemocentro Regional	7	2,19
Unidade De Coleta	6	1,88
Unidade De Coleta E Transfusão	2	0,62
Hemocentro Coordenador	1	0,31

Fonte: Elaborado pelos autores.

Um dos achados mais significativos deste estudo foi a cobertura da avaliação de risco pelo método MARP-SH, que atingiu 80,3% (n=257) dos serviços no período. Esta lacuna de quase 20% no monitoramento representa um ponto crítico, pois a avaliação de risco é uma estratégia fundamental na gestão da qualidade para a identificação de não conformidades

(Stein *et al*., 2017). As disparidades geográficas na cobertura (Figura 1), com macrorregiões como o Triângulo do Norte apresentando um percentual de avaliação notavelmente inferior (29,4%) em comparação a outras com cobertura total, sugerem que a capacidade de fiscalização pode não ser uniforme. Este cenário aponta para desafios na gestão e organização das ações de VISA, que, para serem efetivas, demandam uma compreensão das diferentes realidades locais (Felisberto *et al*., 2018).

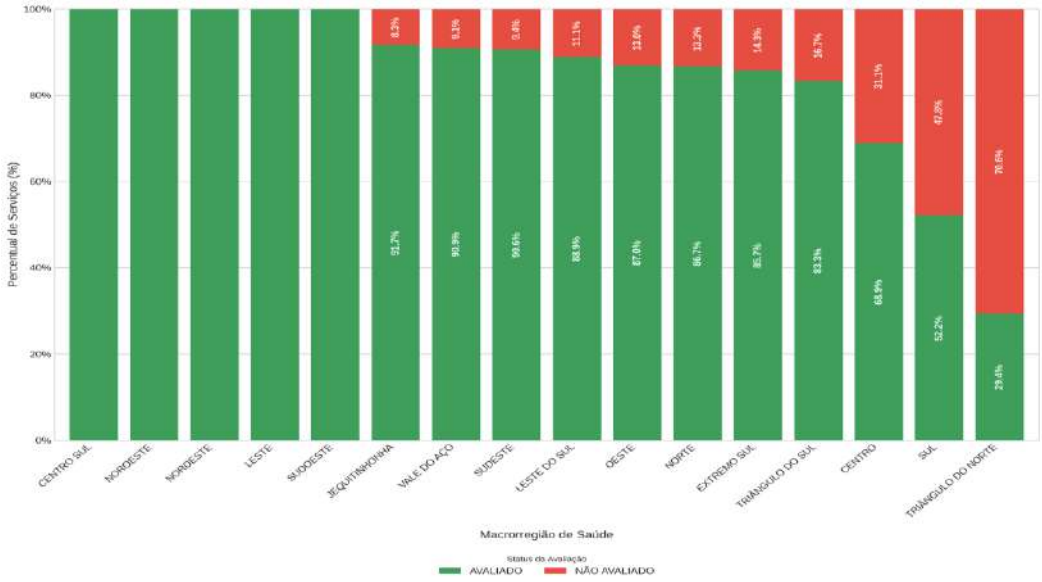
Dentre os serviços efetivamente avaliados, o perfil de risco sanitário mostrou-se majoritariamente favorável, com quase 90% das 551 avaliações classificadas como "Baixo Risco" ou "Médio Baixo" (Tabela 3). A análise do percentual de risco sanitário corroborou este achado, com uma média geral de 91,0% (DP=8,6%) e uma distribuição assimétrica negativa, indicando alta conformidade na amostra monitorada.

Tabela 3 - Frequência da avaliação de risco dos estabelecimentos avaliados por meio do MARP-SH (2019-2023).

Avaliação De Risco	n	%
Médio Baixo	262	47,81
Baixo Risco	225	41,06
Médio Risco	44	8,03
Médio Alto Risco	12	2,19
Alto Risco	5	0,91

Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 1 - Cobertura da avaliação de risco por macrorregião de saúde em Minas Gerais (2019-2023)



Fonte: Elaborado pelos autores.

O perfil epidemiológico das 5.757 reações transfusionais analisadas é consistente com o cenário descrito na literatura. A clara predominância de eventos de baixa gravidade, como a Reação Febril Não Hemolítica (RFNH) (42,7%) e a Reação Alérgica (ALG) (32,0%), corrobora os achados de estudos em outros centros brasileiros, como em Goiânia (Fialho; Porto, 2020), e alinha-se a relatórios internacionais, como os da Tunísia (Rekik *et al*., 2024) e da China (Tian *et al*., 2022). A baixa frequência de reações graves, como a Reação Hemolítica Aguda (0,66%), é um indicador positivo da segurança dos processos transfusionais no estado (Tabela 4 e Figura 2). Este perfil sugere que, embora os eventos adversos ocorram, a maioria é de manejo clínico simples, reforçando a importância da capacitação da equipe assistencial para o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas (Schaffhausser Filho *et al*., 2020).

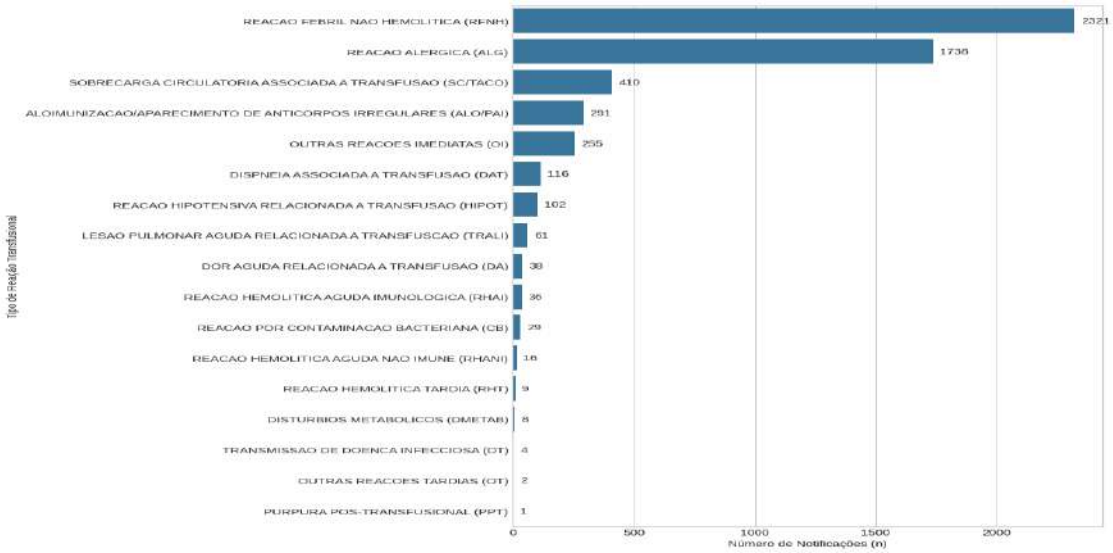
Talvez o achado mais complexo deste estudo seja a tendência de aumento contínuo de 56,7% no número de notificações anuais no período, enquanto o risco sanitário médio se manteve estável (Figura 3). Este fenômeno, contudo, não deve ser interpretado isoladamente como uma piora na segurança transfusional. A literatura sobre hemovigilância aponta, de forma consistente, que a subnotificação é um desafio crônico e global (Wood *et al*., 2014). Estudos que empregam vigilância ativa demonstram que a incidência real de reações pode ser até dez vezes maior que a registrada pela notificação passiva (Sahu; Bajpai, 2020). Pesquisas nacionais, como a realizada no Triângulo Mineiro por Garcia *et al*. (2024), reforçam que a subnotificação é significativa no Brasil. Portanto, o aumento observado em Minas Gerais pode, paradoxalmente, refletir um avanço positivo: o fortalecimento da cultura de notificação e da hemovigilância no estado.

Tabela 4 - Frequência das reações transfusionais em Minas Gerais, 2019 a 2023.

Tipo Reação Transfusional	n	%
Reação Febril Não Hemolítica (RFNH)	2321	42,69
Reação Alérgica (ALG)	1738	31,97
Sobrecarga Circulatória Associada à Transfusão (SC/TACO)	410	7,54
Aloimunização/Aparecimento de Anticorpos Irregulares (ALO/PAI)	291	5,35
Outras Reações Imediatas (OI)	255	4,69
Dispneia Associada à Transfusão (DAT)	116	2,13
Reação Hipotensiva Relacionada à Transfusão (HIPOT)	102	1,88
Lesão Pulmonar Aguda Relacionada à Transfusão (TRALI)	61	1,12
Dor Aguda Relacionada a Transfusão (DA)	38	0,70
Reação Hemolítica Aguda Imunológica (RHAI)	36	0,66
Reação Por Contaminação Bacteriana (CB)	29	0,53
Reação Hemolítica Aguda Não Imune (RHANI)	16	0,29
Reação Hemolítica Tardia (RHT)	9	0,17
Disturbios Metabolicos (METAB)	8	0,15
Transmissao de Doenca Infecciosa (DT)	4	0,07
Outras Reações Tardias (OT)	2	0,04
Púrpura Postransfusional (PPT)	1	0,02

Fonte: Elaborado pelos autores.

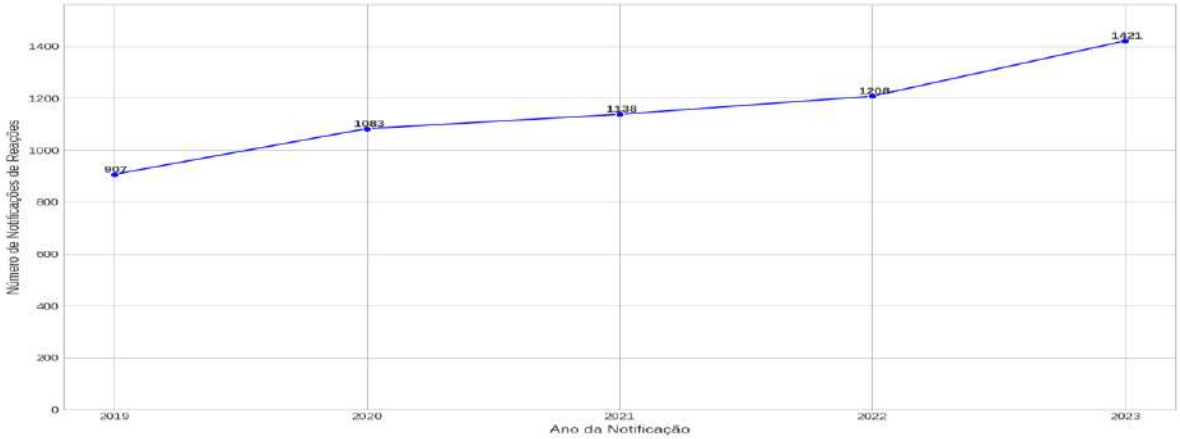
Figura 2 - Frequência dos tipos de reações transfusionais em Minas Gerais (2019-2023).



Fonte: Elaborado pelos autores.

Por fim, é imperativo reconhecer as limitações inerentes ao delineamento deste estudo. A utilização de dados secundários de notificação passiva implica uma dependência da qualidade dos registros, estando os achados sujeitos a um potencial viés de informação (Wood *et al*., 2014; Garcia *et al*., 2024). Adicionalmente, por se tratar de um estudo ecológico que utiliza a macrorregião como unidade de análise, os resultados não permitem inferências sobre o nível individual dos serviços, devendo-se evitar a falácia ecológica (Gordis, 2014).

Figura 3 - Tendência temporal das reações transfusionais em Minas Gerais.



Fonte: Elaborado pelos autores.

5 CONCLUSÃO

Apesar das limitações, os resultados deste estudo oferecem subsídios relevantes para a gestão e o aprimoramento da hemovigilância em Minas Gerais. A identificação de disparidades na cobertura da avaliação de risco sanitário sugere a necessidade de um planejamento estratégico por parte da Vigilância Sanitária estadual para otimizar a alocação de recursos e garantir maior equidade no monitoramento entre as macrorregiões. A caracterização do perfil das reações reforça a importância da educação permanente das equipes assistenciais, especialmente da enfermagem, para o correto reconhecimento e manejo dos eventos adversos mais comuns, como as reações febris e alérgicas, e para o fortalecimento da cultura de notificação. Recomenda-se que futuras pesquisas utilizem delineamentos analíticos em nível de serviço para investigar os fatores de risco associados à ocorrência de reações e para aprofundar a análise da efetividade das ações de vigilância.

Este estudo forneceu um diagnóstico detalhado e inédito do panorama da hemoterapia e da hemovigilância em Minas Gerais. A caracterização do perfil dos serviços, a identificação de disparidades na cobertura da vigilância sanitária e a descrição do perfil das reações transfusionais oferecem subsídios valiosos para a tomada de decisão em gestão, para o planejamento de ações de fiscalização pela VISA-MG e para futuras pesquisas que busquem aprofundar a relação entre os processos de trabalho nos serviços e os desfechos em saúde.

REFERÊNCIAS

ACKFELD, Theresa; SCHMUTZ, Thomas; GUECHI, Youcef; LE TERRIER, Christophe. Blood transfusion reactions—A comprehensive review of the literature including a Swiss perspective. **Journal of Clinical Medicine**, Basel, v. 11, n. 10, p. 2859, 2022. DOI:

https://doi.org/10.3390/jcm11102859. Disponível em: https://www.mdpi.com/2077-0383/11/10/2859. Acesso em: 5 out. 2025.

ALMEIDA, D. do; BORGES, R. F.; LIMA, K. K. Assistência de enfermagem nas reações transfusionais imediatas: construção de uma tecnologia educativa. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. S384, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.655. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2531137921008026. Acesso em: 5 out. 2024.

BATISTA, Wallace Santos; HAURADOU, Gladson Rosas. A política nacional de doação de sangue, serviço social e captação de doadores no interior do amazonas: um estudo sobre os serviços de captação de doadores de sangue na cidade de Parintins-AM. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 1, n. 1, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23270. Acesso em: 14 nov. 2024.

BOLTON-MAGGS, Paula H. B.; WATT, Alison. Transfusion errors — can they be eliminated? **British Journal of Haematology**, [S. l.], v. 189, n. 1, p. 9–20, 2020. DOI: https://doi.org/10.1111/bjh.16256. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bjh.16256. Acesso em: 5 mai. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) **Manual para o Sistema Nacional de Hemovigilância no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/hemovigilancia/sistema-nacional/arquivos/Manual_de_Hemovigilancia__dez221.pdf, Acesso em: 18 out. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Marco conceitual e operacional de Hemovigilância: guia para Hemovigilância no Brasil**. Brasília: Anvisa, 2015. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/monitoramento/hemovigilancia/marco-conceitual-e-operacional-de-hemovigilancia-guia-para-a-hemovigilancia-no-brasil.pdf. Acesso em: 17 out.2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Sistema Nacional de Hemovigilância**. Brasília, DF: Anvisa, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/hemovigilancia/sistema-nacional. Acesso em: 4 out. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude.pdf>. Acesso em: 12 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informações de Saúde (TABNET)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/. Acesso em: 18 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hemovigilância em Pós-Mercado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/hemovigilancia-em-pos-mercado. Acesso em: 02 out. 2024a.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2017. Seção 1, Suplemento, p. 1. Disponível em: https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/inspecao/produtos-vegetal/legislacao-de-produtos-origem-vegetal/biblioteca-de-normas-vinhos-e-bebidas/portaria-de-consolidacao-no-5-de-3-de-outubro-de-2017.pdf/@@download/file. Acesso em: 25 set. 2024.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COVAS, Dimas Tadeu; LANGHI JÚNIOR, Dante Mário; BORDIN, José Orlando. **Hemoterapia: fundamentos e prática**. 2007.

DE PASCALE, Maria Rosaria; BELSITO, Angela; SOMMESE, Linda; SIGNORIELLO, Simona; SORRIENTO, Antonio; VASCO, Maria; SCHIANO, Concetta; FIORITO, Carmela; DUREVOLE, Giuseppe; CASALE, Marina; PERROTTA, Silverio; CASALE, Fiorina; ALFANO, Roberto; BENINCASA, Giuditta; NICOLETTIS, Giovanni Francesco; NAPOLIS, Claudio. Blood transfusions and adverse acute events: a retrospective study from 214 transfusion-dependent pediatric patients comparing transfused blood components by apheresis or by whole blood. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, Roma, v. 55, n. 4, p. 351–356, 2019. DOI: https://doi.org/10.4415/ANN_19_04_08. Disponível em: https://doi.org/10.4415/ANN_19_04_08. Acesso em: 14 maio 2025.

DELANEY, Meghan et al. Transfusion reactions: prevention, diagnosis, and treatment. **The Lancet**, [S. l.], published online April 12, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01313-6. Disponível em: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2901313-6. Acesso em: 5 fev. 2025.

FELISBERTO, Eronildo; FARIAS, Ana Paula Santos de; SAMICO, Isabella Chagas; BARROS, Tatiane F. de Moraes. Modelagem avaliativa para a construção de indicadores de efetividade das ações de vigilância sanitária no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 4, p. 653-664, out./dez. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/53mp7sbZzfvQNqnsCSrWcPf/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 28 jul. 2025.

FIALHO, Paulo Henrique de Medeiros; PORTO, Pollyana Siqueira. Epidemiologia das reações transfusionais em pacientes internados em um hospital de urgência de Goiânia. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago"**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 1-13, maio/ago. 2020. Disponível em: https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/189. Acesso em: 10 set. 2025.

GARCIA, Juliana; ROCHA, Marina Lopes; SANTOS, Amanda Caroline de Sousa; BONFIM, Tassia Rosane Oliveira; BORDIN, José Orlando; LANGHI, Dante Mário. Underreporting of transfusion incidents. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 186-191, 2024. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/htct/a/wkcLHw98XVsRyHjrMzrKMdv/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 22 ago. 2025.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GORDIS, L. **Epidemiologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014.

GORDIS, Leon. **Epidemiologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014.

HAIR, J. F. *et al*. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

KATO, Hidefumi; NAKAYAMA, Takashi; URUMA, Masahiro; OKUYAMA, Yuko; HANDA, Masashi; TOMIYAMA, Yukio; SHIMODAIRA, Satoshi; TAKAMOTO, Shigeru. A retrospective observational study to assess adverse transfusion reactions of patients with and without prior transfusion history. **Vox Sanguinis**, Oxford, v. 107, n. 4, p. 333–340, 2014. DOI: https://doi.org/10.1111/vox.12208. Disponível em: https://doi.org/10.1111/vox.12208. Acesso em: 22 set. 2025.

KRUSCHEWSKY, Nathália Dantas Farias; FREITAS, Kátia Santana; SILVA FILHO, Aloísio Machado da. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 35, e37164, 2021. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37164/34754. Acesso em: 5 out. 2024.

MATOSINHO, Carolina Guimarães Ramos; SILVA, Caroline Graciane Rodrigues; MARTINS, Marina Lobato; SILVA-MALTA, Maria Clara Fernandes. Next generation sequencing of red blood cell antigens in transfusion medicine: systematic review and meta-analysis. **Transfusion Medicine Reviews**, [S. l.], v. 38, art. 150776, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.tmrv.2023.150776. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887796323000664. Acesso em: 6 out. 2025.

MEDEIROS, Ana Virgínia Costa de; PIMENTA, Isac Davidson Santiago Fernandes; BEZERRA, Isaac Newton Machado; MACEDO, Larissa Oliveira Lima; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; ALVES, Tamara Peçanha Sharapin; RODRIGUES, Jane de Medeiros; MEDEIROS, Wilton Rodrigues; MATA, Ádala Nayana de Sousa; PIUVEZAM, Grasiela. Gestão da qualidade nos serviços de hemoterapia do interior do Rio Grande do Norte: análise dos efeitos de um ciclo de melhoria. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Visa em Debate)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 57–64, 2020. DOI: https://doi.org/10.22239/2317-269x.01494. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/server/api/core/bitstreams/51d158ab-456f-4f36-9fc4-89dc3f3724cc/content. Acesso em: 5 out. 2025.

NOBRE, Dariani Buzo; MOREIRA, Sarah Goes Barreto da Silva; SANTOS, Danielly Teodoro; SANTOS, Daniel Wesley Teodoro; WAGNER, Everson Rafael; LOPEZ, Andres Santiago Quizhpi; JOTER, Kelcione Pinheiro Lima; SANTOS, Clairton Edinei dos. Hemovigilância e controle de riscos: desafios e estratégias para a segurança das transfusões sanguíneas. **Lumen et Virtus**, São José dos Pinhais, v. 16, n. 51, p. 1–11, 2025. DOI: https://doi.org/10.56238/levv16n51-026. Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/7296/9591. Acesso em: 5 out. 2025.

NUNES, Aline; SEBOLD, Luciana F. Instrumento metodológico informatizado com conceituação e definição dos tipos de eventos das não conformidades em hematologia e hemoterapia. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, São Paulo, v. 45, supl. 4, p. S864, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1555. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1556. Acesso em: 11 set. 2025.

OLIVEIRA, Ana Luiza Medeiros de et al. Avaliação sanitária dos serviços de hemoterapia do Estado do Paraná, Brasil. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 43-51, jan./jun. 2019. Disponível em: http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/362/119. Acesso em: 15 nov. 2024.

PAVORD, Sue; ROBINSON, Susan. Haematology of pregnancy. **Medicine**, v. 49, n. 4, p. 243-247, 2021. Disponível em; https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2021.01.013. Acesso em: 01 nov. 2024.

REIS, Suzane dos Santos; SILVA, Marcus Vinicius Cardoso Matos; ARAÚJO, Jéssica Francisco de. Os impactos dos erros transfusionais e riscos causados em pacientes. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 9, n. 6, p. 19338–19351, jun. 2023. DOI: https://doi.org/10.34117/bjdv9n6-043. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/60483/43720. Acesso em: 5 mai. 2025.

REKIK, Tarek; GHORBEL, Salma; SASSI, Souhir; SELLAMI, Meriem; JEMNI YACOUB, Saloua; BELTAIEF, Houda; FEKI, Nabiha; SAKKA, Salma; KALLEL, Hela. A ten-year hemovigilance report in the regional blood transfusion center of Sfax (Tunisia). **La Tunisie Médicale**, Tunis, v. 102, n. 2, p. 233-238, fev. 2024. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12034363/pdf/tunismedv103i2-233-238.pdf. Acesso em: 5 jul. 2025.

SAHU, Aseem; BAJPAI, Meenu. Determining the true incidence of acute transfusion reactions: Active surveillance at a specialized liver center. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 326-332, out./dez. 2020. Disponível em: https://www.sidalc.net/search/Record/oai:scielo:S2531-13792020000400326/Description. Acesso em: 19 set. 2025.

SCHAFFHAUSSER FILHO, Carlos José; OLIVEIRA, Amanda Faria de; PRADO, Maria Carolina Scola de Almeida; FOSTER, Leticia; SOUZA, Glauco Dalton de; CARVALHO, Werther Brunow de; LEONE, Cléa Rodrigues; BRAGA, Josefina Aparecida Pellegrini. Prescrição de hemácias e reconhecimento de reações transfusionais por pediatras. **einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 18, p. eAO5446, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/eins/a/YbjPYMKcGvrNBfjVgyWmGkn/?lang=pt. Acesso em: 30 jul. 2025.

SILVA JÚNIOR, João Batista; COSTA, Christiane da Silva; BACCARA, João Paulo de Araújo. Regulação de sangue no Brasil: contextualização para o aperfeiçoamento. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 38, p. 333-338, 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/333-338. Acesso em: 24 set. 2024.

SILVA JÚNIOR, João Batista; RATTNER, Daphne. A vigilância sanitária no controle de riscos potenciais em serviços de hemoterapia no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.

40, n. 109, p. 136–153, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2016.v40n109/136-153/pt>. Acesso em: 18 out. 2024.

SILVA JUNIOR, João Batista; RATTNER, Daphne. **Segurança transfusional: um método de vigilância sanitária para avaliação de riscos potenciais em serviços de hemoterapia**. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 43–52, maio 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5705/570561860007.pdf. Acesso em: 12 set. 2024.

SILVA, Jéssica de Oliveira; OLIVEIRA, Ana Paula dos Santos; SILVA, Maria Aparecida de Souza; MORAIS, Ana Paula dos Santos. A cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 28, e86111, 2023. DOI: https://doi.org/10.5380/ce.v28i0.86111. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cenf/a/GGknTHXWHkfTWtnQ4SG9S6p/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 5 out. 2024.

SILVÉRIO, Alessa Assis Guimarães et al. Eventos adversos transfusionais em um hospital público do norte de Minas Gerais. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, p. e569111335959-e569111335959, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35959. Acesso em: 15 nov. 2024.

SOMMESE, Linda et al. Blood transfusions and adverse acute events: a retrospective study from 214 transfusion-dependent pediatric patients comparing transfused blood components by apheresis or by whole blood. **Annali dell'Istituto Superiore di Sanità**, v. 55, n. 4, p. 351-356, 2019. Disponível em: https://annali.iss.it/index.php/anna/article/view/852/533. Acesso em: 02 mai.2025.

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de; SANTORO, Pablo. Desafios e estratégias para doação de sangue e autossuficiência sob perspectivas regionais da Espanha e do Brasil. Cadernos Saúde Coletiva, v. 27, n. 2, p. 195-201, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/jw5dw4fmzhHcqztT5qw5NCg/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 10 0ut. 2024.

STEIN, Bruna Puerari; ELY, Gabriela Zenatti; SOUZA, Lilian Primo de Cantuária; VEIGA, Ana Paula; ROCHA, Mônica Catiane da. Avaliação da Gestão da Qualidade de uma Agência Transfusional. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 21, n. 3, p. 203-210, 2017. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-986530. Acesso em: 14 ago. 2025.

TIAN, Xiaoyu; ZHU, Jianyong; DAI, Ling; LIU, Jing; RONG, Guangbi; LIU, Zhong. Development of the Chinese Haemovigilance Network and reporting of adverse transfusion reactions from 2018 to 2020. **Vox Sanguinis**, Basel, v. 117, n. 8, p. 1027-1034, ago. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1111/vox.13291. Acesso em: 8 ago. 2025.

VAGHAR, Mohammad Islami. The impact of an educational program on blood and blood products transfusion on nurses' level of knowledge and performance. **Journal of Medicine and Life**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 238–242, jul./set. 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6197521/pdf/JMedLife-11-238.pdf. Acesso em: 5 mar. 2025.

VILAR, Vanessa Marques; FERREIRA, Natany da Costa; NAKASATO, Gislaine Rodrigues; LUPINACCI, Fernando Luiz; LOPES, Juliana de Lima; LOPES, Camila Takao. Fatores associados a reações transfusionais imediatas em um hemocentro universitário: estudo analítico retrospectivo. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 53, n. 3, p. 275–282, 2020. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i3p275-282. Disponível em: https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/165864. Acesso em: 3 set. 2025.

WOOD, Erica M.; WHITAKER, Barbee I.; GOLDMAN, Mindy; HELL-STRÖMBERG, Lena; BOLTON-MAGGS, Peter H. B.; FABER, Jean-Claude; ANDRZEJEWSKI, Chester; FLEGEL, Willy A. International haemovigilance: what have we learned and what do we need to do next?. **Transfusion Medicine**, Oxford, v. 24, n. 4, p. 1-11, ago. 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1111/tme.12582. Acesso em: 11 jul. 2025.

TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO: NOTIFICAÇÕES REGISTRADAS NOS ÚLTIMOS 10 ANOS NO BRASIL

Janaína Aparecida Soares; Graduanda; Curso de Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Adriane Vieira; Doutora; Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Patrícia Lourdes Silva; Doutora; Docente do curso de Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Karla Rona da Silva, Doutora; Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: Este estudo teve como objetivo analisar a tendência temporal e o perfil sociodemográfico das notificações de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2013 e 2023, considerando as variáveis escolaridade, idade, gênero, ano da notificação e emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). A natureza deste estudo é quantitativa. Os resultados indicam uma maior incidência de notificações de TMRT entre indivíduos com ensino médio completo e educação superior completa. No que se refere à faixa etária, destacam-se as faixas etárias 30 a 39 anos e 40 a 49 anos. Observou-se que as mulheres apresentam valores consistentemente mais altos que os homens, principalmente após 2020. As notificações anuais apresentaram duas quedas uma em 2018 e outra em 2020, com um aumento médio de 38,4% ao ano a partir de 2021. Houve um aumento moderado nas emissões da CAT até 2019, seguido de uma leve queda em 2020. Os dados de não emissão de CAT são preocupantes. Dessa forma, podemos concluir que as notificações por TMRT aumentaram nos últimos dez anos principalmente após a pandemia de Covid-19.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador; Transtornos mentais relacionados ao trabalho; Notificações de agravos à saúde; Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

1 INTRODUÇÃO

As pessoas representam um diferencial competitivo que mantém e promove o sucesso organizacional. Elas são a principal vantagem competitiva de uma organização em um mundo globalizado, instável, mutável e fortemente competitivo (Cirino et *al*., 2023).

A percepção que um indivíduo faz acerca da sua qualidade de vida depende fortemente da avaliação que faz das suas expectativas laborais, pois o trabalho tem assumido papel central na vida das pessoas. Consequentemente, cuidar da saúde dos colaboradores é também cuidar do sucesso da organização (Souza et *al*., 2024; Viana, 2023).

O trabalho ocupa um papel central na vida das pessoas, sendo fundamental para a subsistência e para a construção da identidade social. Assim, a ausência de emprego ou a possibilidade de sua perda pode causar intenso sofrimento psíquico, afetando tanto a estabilidade material quanto o valor subjetivo que o indivíduo atribui a si mesmo, o que pode desencadear sentimentos de insegurança, desânimo e quadros de ansiedade e depressão (Pordeus; Pordeus; Mesquita, 2022; Schlindwein et *al*., 2024).

A pesquisa foi guiada pela seguinte pergunta: as notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil têm aumentado nos últimos 10 anos?

Este estudo teve como objetivo analisar a tendência temporal e o perfil sociodemográfico das notificações de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho

(TMRT) registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2013 e 2023, considerando as variáveis escolaridade, idade, gênero, ano da notificação e emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Diante do aumento das demandas e pressões nos ambientes laborais, surge a necessidade de investigar os efeitos psicológicos causados por esses fatores e entender como as notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho evoluíram ao longo dos últimos 10 anos no Brasil. Este estudo, ao analisar dados entre 2013 e 2023, visa contribuir para a identificação de padrões e contextos que potencialmente afetam o bem-estar psicológico dos trabalhadores. Esses achados podem embasar políticas e estratégias de promoção da saúde mental no trabalho, beneficiando tanto os colaboradores quanto as organizações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Transtornos mentais

O bem-estar de uma pessoa envolve fatores psicológicos, emocionais, sociais, condições de saúde física, condições de vida e bons relacionamentos interpessoais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Saúde Mental pode ser considerada, um estado de bem-estar vivido pelo indivíduo, que possibilita o desenvolvimento de suas habilidades pessoais para responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade. Além do mais, o bem-estar mental permite às pessoas lidar com o stress da vida, realizar as suas capacidades, aprender bem, trabalhar bem e contribuir para as suas comunidades. A saúde mental é um componente integral da saúde e do bem-estar e é mais do que a ausência de transtorno mental (OMS, 2022).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) nos diz que existem diversos transtornos mentais, com apresentações diferentes. Eles geralmente são caracterizados por uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamentos anormais, que também podem afetar as relações com outras pessoas (OPAS, 2022). O comportamento é considerado anormal primeiramente do ponto de vista do indivíduo que é quando ele está em sofrimento, ansioso, insatisfeito, deprimido, ou seriamente perturbado, posteriormente o indivíduo é considerado anormal quando não é capaz de funcionar pessoal, social, fisiológica ou profissionalmente, ademais, do ponto de vista pessoal considera-se as percepções que o indivíduo tem sobre sua felicidade e eficácia sem levar em consideração as opiniões alheias. Entretanto, ao definir o comportamento anormal do ponto de vista cultural a atenção será focada nos desvios das normas culturais. Em suma, tanto aspectos pessoais quanto culturais são levados em consideração para definir o que é anormal (Rodrigues, 2024).

2.2 Transtornos mentais relacionados ao trabalho

Entre o homem e o trabalho há uma relação que vai além da remuneração, pois, o trabalho é um espaço de construção de uma identidade social, por isso se sentir engajado, reconhecido, assim como também se sentir seguro em um ambiente de trabalho adequado às suas funções laborais é de fundamental importância para a sua integridade física e mental, sendo assim o trabalho é um determinante para a saúde ou doença (Ministério Público do Acre, 2022).

Para compreendermos o bem-estar e os transtornos mentais relacionados ao trabalho, é importante conhecermos os impactos das exigências laborais no psicológico do indivíduo. O ambiente de trabalho, frequentemente, representa um espaço de realização pessoal e social, mas também pode ser uma fonte de stress e frustação. Segundo Dejours (2015), o trabalho pode ser uma fonte de prazer ou um fator desencadeante de doenças mentais, especialmente quando o trabalhador enfrenta a sobrecarga, falta de reconhecimento e pressão por resultados. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) aponta que condições de trabalho inadequadas, falta de suporte emocional, jornadas excessivas podem agravar sintomas de transtornos mentais, afetando a produtividade e a qualidade de vida dos indivíduos (OIT, 2020).

Além disso, o modelo de gestão e organização das empresas também têm influência na saúde mental dos trabalhadores. A dor emocional pode ser o subproduto da vida em um ambiente de trabalho, as organizações precisam manipular essa toxidade de maneira eficiente, prevenindo-as em primeiro lugar. Dessa forma, os gestores, na maioria das vezes, assumem o papel de manipuladores de toxinas dentro das organizações reagindo compassivamente à dor dentro das suas organizações a fim de minimizar, prevenir, identificar, conter ou encontrar maneiras para os trabalhadores conviverem com ela construtivamente, melhorando o desenvolvimento no ambiente de trabalho (Ferreira; Fonseca, 2023).

O Relatório Mundial de Saúde Mental da OMS , publicado em junho de 2022, mostrou que 15% dos adultos em idade ativa sofreram ou sofrem de algum transtorno mental (OMS, 2022). As vivências de prazer e sofrimento surgiram a partir do momento que: as mudanças tecnológicas e sociais, o avanço da globalização e as alterações econômicas mundiais transformaram as organizações e alteraram os processos de trabalho e os modos de relação entre as pessoas nos ambientes laborais. Essas mudanças, embora facilitem a execução de algumas tarefas, elas também aumentam o nível de exigência no trabalho, portanto colocam em risco a saúde e o bem-estar do colaborador (Silva; Tolfo, 2022). Ademais, a vigilância em saúde do trabalhador deve levar em consideração uma multiplicidade de fatores para determinar doenças mentais e comportamentais relacionadas ao trabalho sendo as mais comuns a depressão, a síndrome do pânico, a ansiedade e a síndrome de burnout (Brasil, 2022).

As políticas de saúde mental nas empresas devem criar uma cultura de saúde preventiva incentivando práticas de autocuidado e a busca de ajuda quando necessário. A interação entre os fatores pessoais e os contextos laborais continua sendo uma área de intensa pesquisa, com foco em estratégias que possam minimizar os impactos negativos das exigências do trabalho sobre a saúde mental. Dessa forma, a promoção de ambientes laborais saudáveis e o reconhecimento das necessidades emocionais dos trabalhadores são fatores essenciais para garantir não só a produtividade, mas também a qualidade de vida das pessoas (Santos et al., 2025).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo que utilizou como fonte de pesquisa dados secundários. Para a realização desta pesquisa foram utilizados os dados de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) no Brasil, extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A busca abrangeu o período de 2013 a 2023, e as variáveis consideradas foram: escolaridade, idade, gênero, ano da notificação, e emissão da CAT.

O SINAN é uma base de dados nacional, implantada no Brasil em 1993, e seu uso foi regulamentado em 1998, tornando obrigatória a alimentação regular pelos estados, municípios e pelo Distrito Federal. O sistema é alimentado, principalmente, por meio da notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. O uso do SINAN permite diagnosticar a ocorrência de eventos na população, facilitando a tomada de decisões em saúde, especialmente em conjunto com outros sistemas de informação, com o objetivo de melhorar a saúde pública.

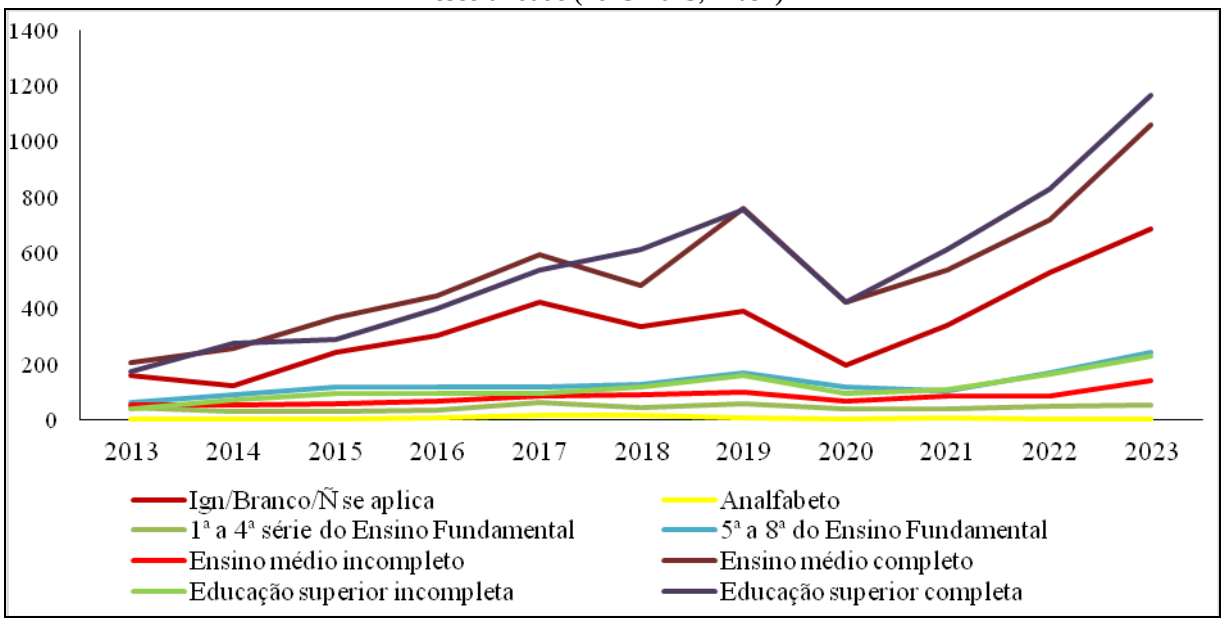
Os dados do SINAN foram baixados conforme as variáveis selecionadas, e as figuras foram elaborados no software Excel para analisar os números absolutos obtidos. Após esta etapa, realizou-se uma análise estatística descritiva.

4 ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados de notificações de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), no período de 2013 a 2023, classificados por escolaridade, revelam um aumento percentual em quase todas as variáveis analisadas. Conforme a Figura 1, as maiores incidências ocorrem entre indivíduos com ensino médio completo e ensino superior completo, que juntos representam, em média, 60,53% das notificações durante o período analisado — dados consistentemente superiores aos observados em outros níveis de escolaridade.

Esses achados corroboram estudos que indicam maior vulnerabilidade ao adoecimento mental entre profissionais com maior nível de escolaridade e inserção em cargos de responsabilidade, nos quais predominam pressões por produtividade, sobrecarga emocional e conflitos interpessoais (Mendes; Dias, 2018; Maffia; Pereira, 2014).

Figura 1- Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho registradas no SINAN Net por escolaridade (2013-2023, Brasil)



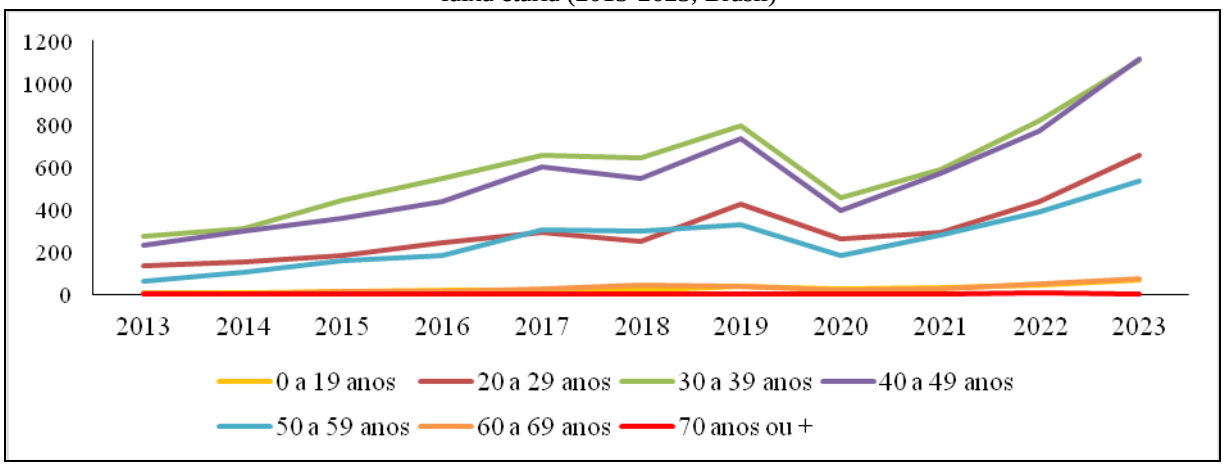
Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Em 2023, as notificações de indivíduos com educação superior incompleta representaram 6,37% do total, enquanto aqueles com educação superior completa corresponderam a 30,82%. Já os dados referentes ao ensino médio incompleto e aos anos iniciais do ensino fundamental mantiveram-se baixos, com poucas variações ao longo da série

histórica. A predominância de notificações entre trabalhadores com nível superior completo pode estar relacionada à ocupação de cargos de liderança e gestão, nos quais o acúmulo de funções, a tensão entre demandas profissionais e pessoais e a falta de suporte organizacional configuram fontes de estresse e adoecimento (Maffia; Pereira, 2014; Bernardo et al., 2021).

As notificações por faixa etária revelam um crescimento constante em todas as categorias (Figura 2). As faixas 30 a 39 anos e 40 a 49 anos se destacam, com aumento expressivo após 2020. Esses resultados são compatíveis com a literatura, que identifica maior prevalência de TMRT em adultos economicamente ativos, grupo que concentra as maiores pressões produtivas e responsabilidades familiares (Alves et al., 2023; Brasil, 2022).

Figura 2 - Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho registradas no SINAN Net por faixa etária (2013-2023, Brasil)

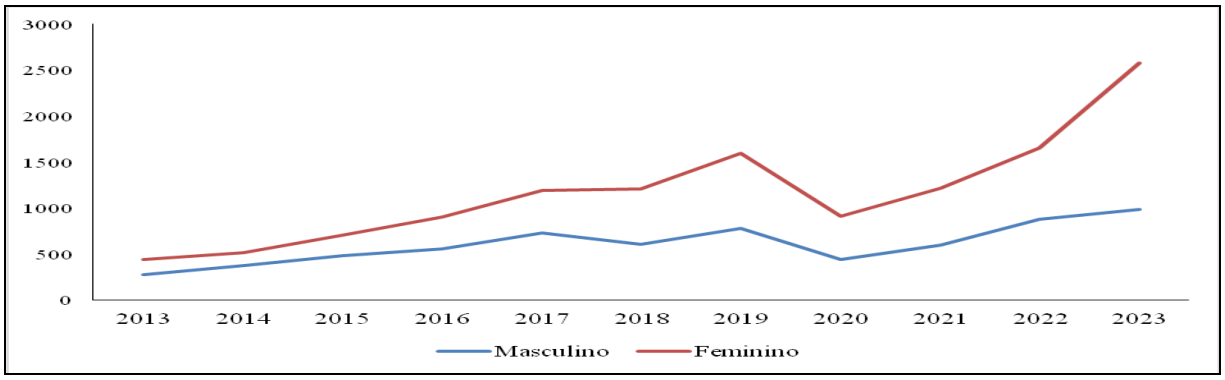


Fonte: Ministério da Saúde/SVSA – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

A queda observada em 2020 relaciona-se à ausência de dados do estado do Espírito Santo, que passou a utilizar o Sistema e-SUS VS, substituindo o SINAN. Ainda assim, observa-se tendência geral de crescimento nas notificações a partir de 2021, possivelmente associada aos impactos psicossociais da pandemia de Covid-19, que agravou sintomas de ansiedade, estresse e depressão entre trabalhadores (Castro et al., 2020; OMS, 2022).

Os dados por gênero demonstram aumento para ambos, com predominância feminina em todos os anos, especialmente após 2020 (Figura 3). Em 2023, as notificações de mulheres representaram 72,3% do total. Essa disparidade é explicada, em parte, pela dupla jornada de trabalho, sobrecarga doméstica e maior inserção em setores de cuidado e serviços, historicamente mais vulneráveis ao estresse ocupacional (Araújo et al., 2020; Lima et al., 2021).

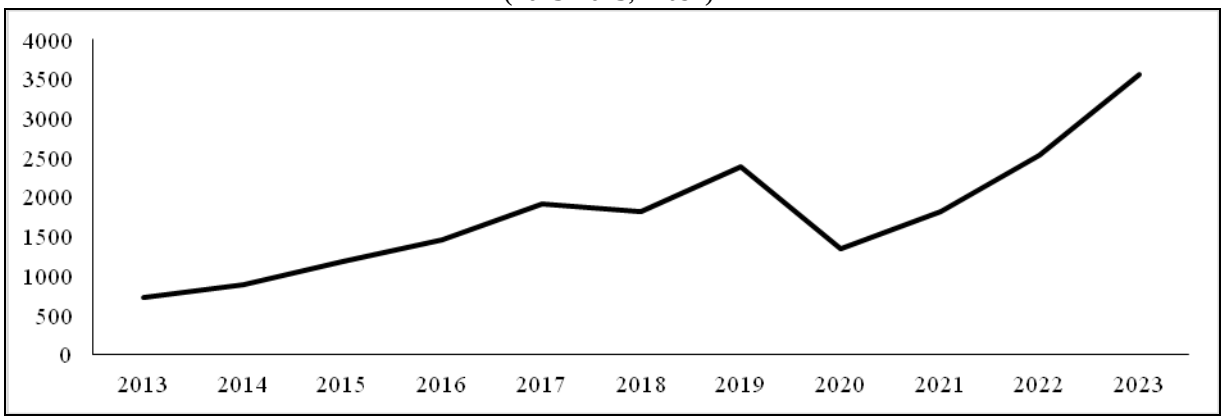
Figura 3 - Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho registradas no SINAN Net por gênero (2013-2023, Brasil)



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Na distribuição anual, os dados mostram crescimento contínuo, com quedas em 2018 e 2020, seguidas de um aumento médio de 38,4% ao ano a partir de 2021 (Figura 4). Esse aumento coincide com o contexto da pandemia, quando os trabalhadores enfrentaram jornadas prolongadas, isolamento social e medo da contaminação, favorecendo o aparecimento de sintomas depressivos, insônia e síndrome de burnout (Castro et al., 2020; Lopes; Maués; Pereira, 2021).

Figura 4 - Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho registradas no SINAN Net por ano (2013-2023, Brasil)

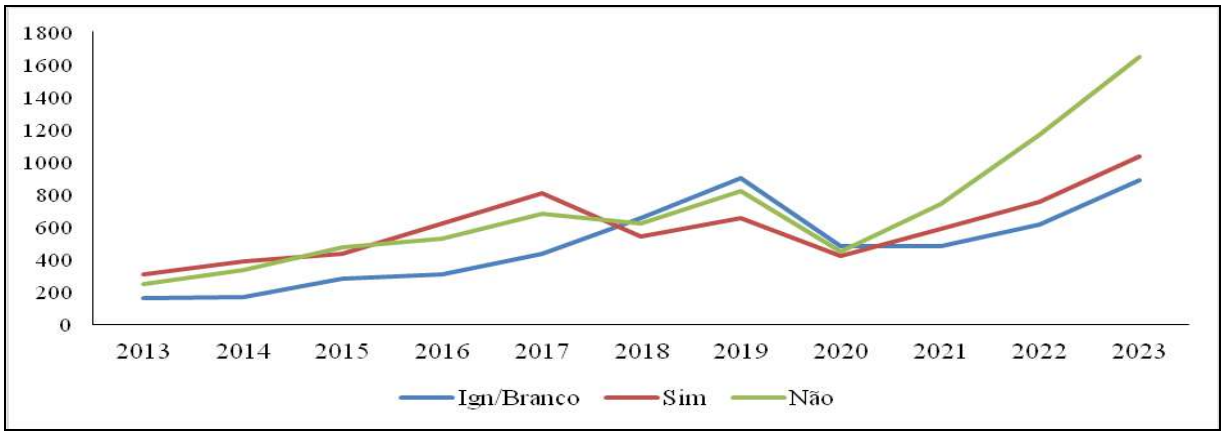


Fonte: Ministério da Saúde/SVSA – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Após 2020, o crescimento se torna mais acelerado, aumentado aproximadamente 38,4% ao ano devido à pandemia de Covid 19. Alterações do sono, nervosismo, tristeza, ansiedade e depressão são as principais consequências da pandemia. Os profissionais de saúde experimentaram um aumento sobrecarga de trabalho, com elevada demanda de pacientes, falta de infraestrutura e de equipamentos de proteção individual (EPIs), que contribuíram para o desenvolvimento da síndrome de burnout nos trabalhadores (Castro *et al*, 2020).

Em relação à Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), verificou-se um aumento moderado até 2019 e uma leve queda em 2020 (Figura 5). A partir de 2021, observa-se tendência de crescimento, embora o número de notificações sem emissão de CAT ainda seja expressivo, indicando subnotificação e fragilidades no reconhecimento legal dos TMRT (Araújo; Araújo; Palma, 2017; Dias; Hoefel, 2020).

Figura 5 - Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho registradas no SINAN Net de acordo com a emissão da CAT (2013-2023, Brasil)



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Recentemente, a categoria "não" (sem emissão de CAT) destacou-se com maior crescimento. Entre 2018 e 2020, a categoria "ignorada" ou "em branco" registrou números maiores do que as demais categorias, em 2013, 2014, 2016 e 2017 a categoria "sim" era a que possuía um número maior de registros. Em 2023, a categoria sim registrou 1032 notificações, o que corresponde a aproximadamente 29 % do total de notificações no ano.

Por fim, os dados quanto à emissão da CAT ainda não permitem obter um quadro mais fidedigno sobre a sua magnitude. A subnotificação e a dificuldade de estabelecimento de nexo e causa são alguns motivos para a não emissão da CAT (Araújo; Araújo; Palma, 2017). Ao somarmos os dados de não emissão, ignorados ou em branco os números são constantemente maiores do que os dados de emissão da CAT.

O estudo evidenciou um aumento expressivo nas notificações de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) no Brasil ao longo dos últimos dez anos, com destaque para o período pós-pandemia de Covid-19**.** A análise dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) revelou que os indivíduos com ensino médio completo e ensino superior foram os mais acometidos, indicando que o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho não se restringe a níveis educacionais mais baixos.

Em relação à faixa etária**,** observou-se maior concentração de casos entre 30 e 49 anos**,** fase caracterizada por intensa atividade profissional e responsabilidade econômica. Quanto ao gênero**,** as mulheres apresentaram incidência superior à dos homens, especialmente a partir de 2020, o que pode refletir a sobrecarga associada à conciliação entre trabalho, cuidados domésticos e familiares durante o contexto pandêmico.

As notificações anuais mostraram duas quedas significativas em 2018 e 2020, seguidas de um aumento médio de 38,4% ao ano a partir de 2021, evidenciando a intensificação dos impactos psicossociais do trabalho no período recente. Em relação à Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), verificou-se um aumento moderado até 2019 e uma redução em 2020**,** além de um percentual preocupante de casos sem emissão de CAT**,** o que pode indicar subnotificação e fragilidades na vigilância em saúde do trabalhador**.**

De modo geral, os resultados apontam para a necessidade de fortalecimento das políticas de saúde mental e vigilância em saúde do trabalhador**,** com foco na identificação precoce, registro adequado e prevenção dos fatores psicossociais de risco no ambiente laboral**.**

5 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam um aumento progressivo das notificações de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) no Brasil, especialmente após o período da pandemia de Covid-19. Esse crescimento sugere o agravamento do sofrimento

psíquico associado às condições laborais contemporâneas, marcado por intensificação das jornadas, precarização dos vínculos e insegurança ocupacional.

Observou-se que a maior incidência de TMRT ocorreu entre trabalhadores com ensino médio e superior completos, predominantemente na faixa etária de 30 a 49 anos, e com maior frequência entre mulheres, o que reforça a influência de fatores sociais e de gênero na experiência do adoecimento mental. A persistência de subnotificações e da não emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) revela fragilidades importantes na vigilância em saúde do trabalhador e na responsabilização institucional frente aos agravos de natureza ocupacional.

Dessa forma, a prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho reforça a necessidade de criar programas e ações de promoção e prevenção voltados ao bem-estar psicológico. A capacitação de gestores para lidar com as questões de saúde mental e a criação de ambientes de trabalho saudáveis e seguros são fundamentais para mitigar os efeitos do estresse laboral.

Portanto, o investimento em políticas de saúde mental ocupacional no Brasil não irá beneficiar apenas os trabalhadores, mas também as organizações, reduzindo as licenças médicas, aposentadorias por doenças e acidentes profissionais, mantendo e aumentando a produtividade da organização e contribuindo para a sustentabilidade econômica.

Por fim, ressalta-se a importância de estudos futuros que explorem as relações entre contexto ocupacional, gênero e saúde mental, de modo a subsidiar políticas públicas mais eficazes e equitativas na área da Saúde do Trabalhador.

REFERÊNCIAS

ALVES, Marília *et al*. Aspectos epidemiológicos dos transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil na década de 2011 a 2020. **Debates em Psiquiatria**, v. 13, p. 1–24, 2023.

ARAÚJO, Natália; ARAÚJO, Tania; PALMA, Tarciso. Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.22, n. 10, p. 3235-3246, 2017.

ARAÚJO, Tânia *et al*. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. **Cadernos Saúde Coletiva**, *v.28*, n. 04, p.579-589, 2020.

BRASIL. **Manual de normas e rotinas do SINAN**: 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

CASTRO, Janete *et al*. Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: revisão integrativa. **Saúde em debate**, 46 (spe), 2022.

CIRINO, Rayssa Gabryelly Pessoa et al. Desenvolvimento de pessoas como estratégia de competitividade organizacional: estudo de caso. **Refas-Revista Fatec Zona Sul**, v. 10, n. 2, p. 22-42, 2023.

DEJOURS, Cristophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2018.

FERREIRA, Felipe Oliveira; FONSECA, Maria Eduarda Seni; NUNES, Ana Lúcia de Paula Ferreira. Inteligência Emocional e suas Influências na Gestão de Conflitos. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 17, n. 68, p. 219-231, 2023.

MAFFIA, Lyovan; PEREIRA, Luciano. Estresse no trabalho: estudo com gestores públicos do estado de Minas Gerais. **Revista Eletrônica de Administração**, v.79, n.3, p. 658-680, 2014.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ACRE. **Cartilha Saúde Mental da trabalhadora e do trabalhador**. Campo Grande: Centro de Referência a Saúde Mental do trabalhador, 2021. Cartilha. https://www.mpac.mo.br

OMS. **Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde:** Doenças Relacionadas ao Trabalho. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114 Brasília, DF, 2022.

OIT. **O impacto da saúde mental no trabalho**: Relatório global 2020. Genebra: OIT, 2020.

PORDEUS, Marcel Pereira; PORDEUS, Caio Leonam Vieira; MESQUITA, Sheyla Maria Sales. O trabalhador e a conjuntura do desemprego na pandemia de Covid-19: consequências para a saúde mental. **Conjecturas**, v. 22, n. 4, p. 359-373, 2022.

RODRIGUES, Fabiano de Abreu. O normal está relacionado a uma percepção individual de acordo com a personalidade. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 10, p. 2000-2008, 2021.

SANTOS, Marcelo Costa et al. Relação entre a saúde mental e o ambiente de trabalho: responsabilidades do empregador na prevenção de doenças psicológicas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 5, p. 1722-1737, 2025.

SCHLINDWEIN, Vanderléia de Lurdes Dal Castel et al. Sofrimento psíquico, uso de drogas e trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 49, p. edcinq17, 2024.

SILVA, Milena; TOLFO, Suzana. Processos psicossociais, saúde mental e trabalho em um instituto federal de educação. **Revista brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, n. 47, e-13, 2022.

SOUZA, Thaís Pedroso Martins et al. Qualidade de vida no trabalho entre trabalhadores da enfermagem no espaço do hospital. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 32, p. e20230062, 2024.

VIANA, Rodrigo Cardoso et al. Qualidade de vida no trabalho: análise de fatores estressores ocupacionais dos trabalhadores em empresas terceirizadas no setor de petróleo e gás. **Revista de Gestão e Secretariado**, v. 14, n. 8, p. 12759-12772, 2023.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E FEMINICÍDIO: A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE E O PAPEL ESTRATÉGICO DA UNIVERSIDADE

Margarete Oliveira Maia; Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde da UFMG

Anthony Ribas da Silva Felinto; Graduando em Gestão de Serviços de Saúde da UFMG

Fernanda Neiva de Lara Resende; Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde da UFMG

Keli Bahia Felicíssímo Zocratto; Professora do Departamento de Gestão em Saúde da UFMG; Doutora em Saúde Pública; Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO:A violência contra a mulher, cuja expressão mais extrema é o feminicídio, configura grave problema social, de saúde pública e de direitos humanos. No Brasil, apesar dos avanços legais com a Lei Maria da Penha (2006) e a Lei do Feminicídio (2015), os índices permanecem elevados, demandando abordagens multicausais e intersetoriais. Este estudo analisou a atuação da UFMG frente à violência contra a mulher e ao feminicídio, por meio das ações extensionistas registradas no SIEX entre 2000 e 2025. Trata-se de pesquisa exploratório-descritiva, transversal, de abordagem quantitativa, baseada em dados secundários. Identificaram-se 31 atividades, majoritariamente projetos (42%), eventos (26%) e cursos (10%), com predominância da área da saúde (51,7%), especialmente da Faculdade de Medicina. Observou-se ausência de registros até 2009 e maior concentração em 2019, sugerindo influência dos marcos legais na visibilidade do tema. Os resultados evidenciam o papel estratégico da universidade na formação profissional, produção científica e fortalecimento de redes de proteção. Conclui-se que a superação do feminicídio requer políticas públicas contínuas, acolhimento qualificado e integração entre setores, reconhecendo a universidade como agente essencial nesse processo.

PALAVRAS-CHAVE: violência contra mulher; violência doméstica; feminicídio; universidade.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um problema complexo e multicausal e, no Brasil, constitui grave problema social e de direitos humanos. Reconhecida mundialmente como um problema de saúde pública, a violência quando cometida contra as mulheres, geralmente ocorre em âmbito privado e tem como principal agressor o parceiro íntimo (Leite et *al*., 2017). Trata-se de uma dinâmica que, frequentemente, se intensifica em frequência e gravidade, numa escalada cíclica e repetitiva, alcançando muitas vezes padrões graves de violência. Essa escalada se evidencia quando se constata que mulheres que relatam tipos mais graves de violência também relatam maior número de tipos de violência (Castro Alves, 2023). A sua ocorrência tem sua origem nas estruturas desiguais de poder e causam, como consequência máxima, a morte podendo chegar em cenários irreversíveis, como os casos de feminicídios (Caicedo Roa, 2022).

O conceito de femicídio é desafiador. Na sua criação, o femicídio foi atribuído exclusivamente a assassinatos de homens contra mulheres em razão do seu gênero (Russell, 2011). Num outro momento também foi aplicado à totalidade das mortes de mulheres independentemente do motivo ou status do perpetrador (Campbel et *al*., 1998). Considerando a legislação penalista brasileira, o termo Feminicídio significa crime de homicídio contra a mulher, pelo menosprezo ou discriminação à condição de mulher ou por razões de violência doméstica (art. 121, §2-A, do Código Penal). Esta lei altera o código penal prevendo o feminicídio como um tipo de homicídio qualificado e incluindo-o no rol dos crimes hediondos, acarretando penas mais rigorosas e destacando sua gravidade no contexto jurídico e social (Caicedo Roa, 2022).

Neste contexto, considerando seus diversos níveis e conseqüências, a violência doméstica e familiar não pode ser encarada como um fato isolado, mas algo que está

imbricado na sociedade em que vivemos e se reflete nas relações sociais. Esse cenário evidencia que a violência perpassa por diversos eixos da vida em sociedade, sendo uma questão que necessita de uma abordagem estrutural por meio de articulações intersetoriais para maior efetividade das ações, considerando a dinâmica social. Ao se entender a violência contra mulher como um problema de raiz multicausal, as abordagens devem articuladas com diversos setores, incluindo serviços de saúde e a educação (Souza et al., 2022) de modo a evitar a ocorrência e progressão das mesmas até danos irreversíveis como casos de feminicídios.

Desta forma, o presente estudo teve o objetivo de analisar a atuação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sobre essa temática, considerando as ações extensionistas, relacionadas à violência contra a mulher e feminicídio, registradas e disponíveis para consulta no Sistema de Informação da Extensão (SIEX), entre 2000 e 2025.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Violência contra mulher e feminicídio: aspectos históricos e conceituais

O fenômeno da violência contra a mulher é complexo, multicausal e varia segundo o contexto histórico, cultural e social. Essa violência é motivada pelas expressões de desigualdades fundamentadas na condição de sexo, a qual inicia no universo familiar, em que as relações de gênero se estabelecem no modelo de relações hierárquicas. Há situações em que quem domina e quem é dominado pode receber marcas de raça, idade, classe, dentre outras, modificando sua posição em relação àquela do núcleo familiar (Bandeira et al., 2014). Aspectos ligados às questões de gênero têm grande influência, uma vez que esse tipo de abuso está ligado à posição desigual das mulheres nos relacionamentos, e ao "direito" masculino ao controle sobre bens e comportamentos femininos, de modo que, quando a mulher desafia esse controle ou o homem não pode mantê-lo, se estabelece a violência (Godbout, 2009).

A violência contra a mulher não é um evento isolado, mas resultado de múltiplos fatores que se entrelaçam. Entre eles, destaca-se o histórico familiar de violência, seja presenciada ou sofrida ainda na infância. Esse contexto pode naturalizar comportamentos violentos e perpetuar padrões de gênero que alimentam a vulnerabilidade das mulheres ao longo da vida. Conforme evidenciado por Zancan, Wassermann e Lima (2013), se esses padrões de violência na família não forem cessados, poderão se reproduzir através de outras gerações.

Diante desta estrutura social estabelecida, a legislação brasileira não correspondia à época aos anseios das mulheres em situação de violência doméstica e familiar, apresentando-se ineficaz, como no caso emblemático da farmacêutica Maria da Penha (Instituto Maria da Penha, 2025), percussor da Lei nº 11.340/2006. A referida Lei cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do parágrafo 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar. Com a promulgação desta lei há, no ordenamento jurídico, a tipificação da violência doméstica (Lei nº 11.340/2006).

De acordo com o art. 5º da Lei Maria da Penha, violência doméstica e familiar contra a mulher é "qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial". Desta forma, a violência doméstica não se reduz a agressão física, alcançando também outras formas como a violência psicológica, moral, patrimonial e sexual. A distribuição destas formas de violência,

em algumas situações, pode atingir uma distribuição desigual, concentrando-se em algumas características e comportamentos dos sujeitos, no complexo cenário apresentado. Nesse sentido, Leite et al. (2017) observaram que a violência psicológica e física estiveram associadas, mesmo após o ajuste, à escolaridade, situação conjugal, histórico materno de violência por parceiro íntimo e ter feito uso de drogas. Já a violência sexual somente manteve-se associada à renda familiar.

Apesar de representar um grande avanço legislativo na proteção das mulheres vítimas de violência, tanto no âmbito cível quanto no penal, a Lei Maria da Penha não abrangia o homicídio resultante de violência doméstica, o que era considerado uma falha. Em 9 de março de 2015, decorrente do Projeto de Lei do Senado nº 8.305/2014, foi promulgada a Lei 13.104, que acrescentou uma nova qualificadora ao crime de homicídio: o feminicídio. "Entende-se por feminicídio o ato de assassinato cometido contra uma mulher por razões relacionadas à sua condição de gênero, ou seja, ao fato de pertencer ao sexo feminino" (Greco, 2015).

A Lei 13.104/2015 incluiu o inciso VI ao art. 121 do Código Penal, reconhecendo o feminicídio como o homicídio praticado contra uma mulher em função de sua condição de gênero. Essa qualificadora surgiu com base em movimentos feministas, evidenciando a insuficiência da proteção oferecida pela Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) e reflete um contexto de violência de gênero, em que há relações de poder e subordinação exercidas contra mulheres, seja por homens ou mulheres, em situações de vulnerabilidade da vítima (Cunha, 2016).

Os fatores associados ao feminicídio podem variar entre regiões e cultura. Considerando uma análise em nível macro, tem sido associado ao gênero (Barros et al. 2021) e às desigualdades socioeconômicas. O feminicídio segue um padrão distinto dos homicídios que vitimam os homens, enquanto mulheres são assassinadas, na maioria das vezes, dentro de casa, em contextos privados e por parceiros ou ex-parceiros, os homens tendem a morrer em vias públicas (Cabette, 2015).

2.2 A intersetorialidade no contexto da violência doméstica

Diante da complexidade do cenário que envolve os casos de violência doméstica e feminicídios, a abordagem estrutural numa perspectiva de ações articuladas entre diversos setores, torna-se essencial para uma atuação eficaz. Menezes et *al*. (2014) , ao identificarem os elementos que interferem no processo de enfrentamento da violência contra a mulher, destacaram que a articulação intersetorial e a atenção disponibilizada pelos serviços são elementos que interferem no enfrentamento da violência contra a mulher. Fortalecendo a necessidade de articulação intersetorial, Kiss et *al*. (2007) destacam que esse é o mecanismo capaz de superar a fragmentação do conhecimento, favorecendo a resolução de problemas sociais complexos, uma vez que permite a interação entre os sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades.

Numa abordagem intersetorial diante do fenômeno da violência doméstica e feminicídio, a presença articulada de setores como jurídico, policial, social, de geração e renda, de habitação e de saúde é fundamental (Menezes et *al*, 2014). Segundo os autores, a gestão no processo de articulação intersetorial deve favorecer o diálogo e a interação das diversas instituições, proporcionando espaços de encontros e trocas norteadas por uma discussão de estratégias para o enfrentamento da violência, incluindo, o empoderamento das mulheres em situação de violência.

Os serviços de saúde muitas das vezes são a primeira porta de entrada das vítimas no sistema público para os casos de violência, desempenhando papel estratégico no rompimento desse ciclo. Neste cenário, a atuação dos profissionais da saúde não deve se restringir ao tratamento das consequências físicas e emocionais da violência; é necessário também promover a identificação precoce dos casos, realizar a escuta qualificada, efetuar a notificação

compulsória e articular o atendimento com a rede intersetorial de proteção. Desde 2019, a Lei 13.931/19 obriga profissionais de saúde a registrar no prontuário médico da paciente e comunicar à polícia, em 24 horas, indícios de violência contra a mulher, reafirmando a importância do profissional de saúde nesse monitoramento dos casos de violência contra a mulher. Desta forma, a lei determina a "notificação compulsória, em todo o território nacional, os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados" (Lei 13.931/19). Visando uma correta notificação, necessário se faz a conscientização da sua importância, além da quebra de idéias pré-concebidas na abordagem da situação apresentada, além de um treinamento e capacitação para diagnosticar situações de violência (Saliba et *al.*, 2007).

Reafirmando a importância dos setores elencados acima, acresce o papel relevante do ensino na perspectiva de rompimento do ciclo de violência. As instituições de ensino, enquanto formadoras de profissionais que irão atuar diretamente ou indiretamente em situações que envolvam a violência contra a mulher, tem um papel extremamente relevante diante do fenômeno da violência doméstica. Melo Lima et al. (2024) ressaltaram que a implementação de programas de letramento de gênero nas escolas, é uma estratégia eficaz para promover a equidade de gênero e combater a violência contra a mulher. Espera-se, ao longo do processo formativo, uma possível mudança nas atitudes e o estabelecimento de um ambiente mais inclusivo e respeitoso, destacando a importância de integrar a educação de gênero nas estruturas curriculares.

3 METODOLOGIA

Estudo exploratório descritivo transversal com abordagem quantitativa. O delineamento da pesquisa foi descritivo e exploratório, combinando elementos de ambos os métodos para analisar a distribuição das ações extensionistas presentes na UFMG, registradas e disponíveis para consulta no SIEX, são dados secundários. Segundo Gil (2008), pesquisas descritivas visam descrever as características de determinado fenômeno, enquanto pesquisas exploratórias buscam proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. A abordagem quantitativa se deu pela proposição de analisar os dados categóricos e numéricos relacionados a essas atividades, utilizando técnicas estatísticas para a análise e interpretação dos resultados (Cervo, Bervian e Silva, 2007).

O objeto de estudo foi a violência contra a mulher, incluindo o feminicídio. Foram analisados dados secundários relativo às atividades extensionistas desenvolvidas na UFMG que abordam a temática violência contra a mulher e/ou feminicídio, no período de 2000 a 2025.

A coleta de dados para a pesquisa foi realizada através da consulta a bancos de dados disponibilizados eletronicamente, acessíveis online e de caráter público. Os dados relativos às atividades extensionistas se deu pela busca no site (https://sistemas.ufmg.br/siex/) considerando os critérios a seguir: data inicial: 01/01/2000 e data final: 05/10/2025; tipo: Todos (Curso, Evento, Prestação de serviço, Programa e Projeto) e considerou como descritor (palavras-chave): "violência mulher" e "feminicídio". A análise descritiva dos dados se deu por distribuição de freqüências. Para as atividades extensionistas, foram analisadas as categorias: tipo de atividade de extensão; ano de registro da atividade e unidade vinculada. Utilizou-se o software Excel para tabulação e análise dos dados.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

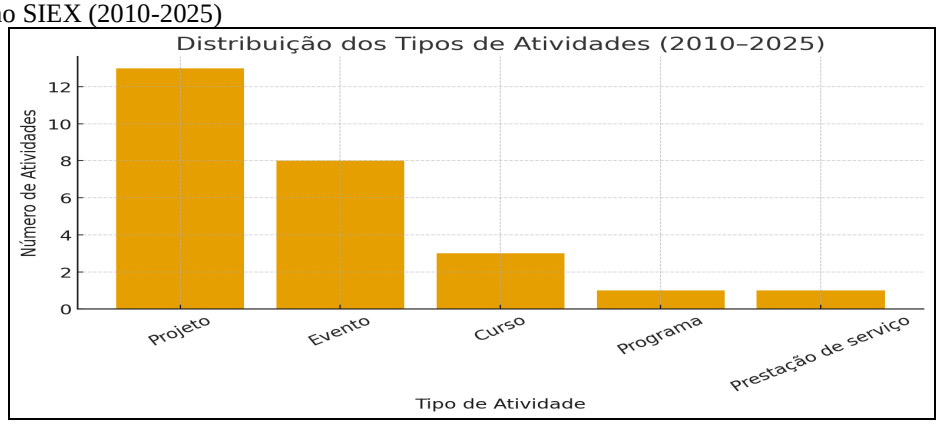
O levantamento das ações extensionistas registras no SIEX, no período analisado, demonstrou um quantitativo total de 31 atividades, incluindo cursos, projetos, eventos e prestação de serviço, destacando que até o ano de 2009, não houve registro de nenhumas

atividades abordando a temática em estudo. Esse fato nos remete a uma discussão sobre a criminalização da violência doméstica no país e o reflexo que essa prática pode apresentar tanto na sociedade quanto no universo acadêmico. Em 2006, a partir da promulgação da lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) que se tem a tipificação da conduta no ordenamento jurídico brasileiro, com a descrição das formas de violência doméstica e familiar contra a mulher (física, psicológica, sexual, patrimonial e moral). Num período próximo, em 2010, observa-se o início do registro de ações extensionistas abordando a temática. Diante disso, sugere-se que com a criminalização da violência doméstica, esse assunto ganha destaque no cenário social, atingindo maior visibilidade, o que nos remete ao olhar da universidade numa possível busca de compreender a dinâmica do fenômeno e, de certo modo, introduzir a discussão no ambiente acadêmico.

A partir de 2010, houve um crescimento gradual das ações de extensão e ensino sobre o tema da violência contra a mulher, na universidade. Em 2019, houve maior número de registros (7 atividades) distribuídos nas diversas modalidades (curso, projeto, evento, programa e prestação de serviço). Esse aumento pode se relacionar com outro marco legal que foi a promulgação da lei nº 13.104/2015 (Lei do Feminicídio). Com essa lei, tem-se a tipificação do crime prevendo o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio e incorporando-o, no regramento legal, como crime hediondo.

Em relação às modalidades, no período analisado, observou-se que os projetos foram o tipo mais frequente (42%), seguido por eventos (26%) e cursos (10%) (gráfico 1)

Gráfico 1: Distribuição das atividades extensionistas sobre a temática violência doméstica e feminicídio registradas no SIEX (2010-2025)



Fonte: Dados SIEX/UFMG

A distribuição das atividades extensionistas sobre a temática mostrou que há uma concentração em cursos/departamentos relacionados à área da saúde (51,7%) sendo que a Faculdade de Medicina concentra quase metade das iniciativas computando 14(45,2%) registros, com destaque para projetos de extensão contínuos. Em seguida, tem-se a Faculdade de Direito com 4(12,9) registros, Escola de Enfermagem e Faculdade de Ciências Econômicas com 3 (9,7%) registros cada, seguido pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas e Faculdade de Educação apresentam 2 (6,5%) registros, cada.

A concentração de atividades extensionistas na área da saúde corrobora com a literatura ao destacar o papel dos serviços de saúde como uma porta de entrada para as demandas em saúde incluindo o acolhimento das vítimas de violência doméstica (Nied et *al*., 2020). A violência por parceiro íntimo muitas vezes apresenta repercussão na saúde da mulher e estas, vítimas de abuso, recorrem aos serviços de saúde em busca de tratamento. Profissionais de saúde capacitados para identificar e cuidar dessas mulheres atuam como aliados na prevenção e redução dessa violência (Signorelli, 2023).

Neste cenário, o papel da universidade como formadora de profissionais atuantes nesta área assume grande relevância social, pois não apenas as mulheres, mas também os

profissionais de saúde possuem dificuldade em falar e tratar da violência. As mulheres tendem a silenciar sobre a violência vivenciada e geralmente não fazem queixas espontâneas durante as consultas na rede básica de saúde (OMS, 2012). Para quebrar essa barreira, necessário a presença de profissionais com abordagem acolhedora e escuta qualificada para lidar com essas situações (Leite et al, 2017), ressaltando a importância do processo formativo ao longo da vida acadêmica para o desenvolvimento dessas competências e habilidades. A falta de preparação na formação acadêmica para esse tipo de atendimento se traduz em falta de preparo profissional para a atuação numa perspectiva inclusiva, emancipatória e intersetorial, exigida por esse tipo de demanda (Pedrosa et *al*., 2011).

A formação acadêmica também refletirá na consciência e conhecimento do profissional a respeito da notificação compulsória da violência que se configura como uma ferramenta essencial. Mais do que um procedimento administrativo, trata-se de um ato de cuidado. Marques (2019), em sua pesquisa com enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família, destaca que "a notificação de violência foi considerada uma forma de cuidar". Ainda segundo a autora, as discussões com os profissionais revelaram diversos fatores que facilitam ou dificultam a realização da notificação, evidenciando que, para além da normatização legal, é preciso criar condições efetivas para que os profissionais possam notificar com segurança e respaldo institucional.

As outras áreas de conhecimento que também apresentaram atividades extensionistas, mesmo que num quantitativo reduzido, demonstra a complexidade desse fenômeno e a necessidade de uma ação articulada entre diversos setores. É nesse cenário que a atuação conjunta e coordenada entre diferentes áreas se torna fundamental. A intersetorialidade não deve ser vista como um complemento, mas como eixo estruturante das políticas de enfrentamento à violência. Para Marques, Erthal e Girianelli (2020), "a violência doméstica é um problema cuja prevenção tem que atuar, em primeiro lugar, na sensibilização e no avanço da consciência social". Os autores apontam que os métodos e técnicas aplicados pelos profissionais de saúde, quando articulados com outros setores e com as comunidades locais, têm se mostrado eficazes, especialmente na ruptura do ciclo repetitivo da violência, que contribui para perpetuar a desigualdade e a violência social em geral.

Como limitação do estudo, destaca-se a utilização de dados secundários, o que implica que outras ações desenvolvidas no âmbito da universidade podem não ter sido registradas no período analisado. Assim, existe a possibilidade de que o quantitativo de iniciativas voltadas à temática seja maior do que o identificado, mas permaneça invisível por não constar no sistema de registros.

5 CONCLUSÃO

O combate à violência doméstica e ao feminicídio exige uma articulação de políticas públicas integradas, que envolvam a saúde, a segurança pública, a educação, a assistência social, o sistema de justiça e a sociedade civil. É necessário promover o acolhimento qualificado das vítimas, ampliar as redes de proteção, identificar os fatores de risco e enfrentar, de forma consciente e contínua, os padrões culturais que sustentam e naturalizam a violência contra a mulher.

A universidade, neste contexto, apresenta papel de destaque por possibilitar no seu próprio universo, a articulação de diversas áreas de conhecimento sendo as atividades extensionistas uma estratégia de aproximação com a realidade da violência contra a mulher. A maior concentração de atividades na área da saúde sugere a importância dos serviços de saúde no acolhimento desses casos; no entanto, a temática necessita de maior visibilidade para outras áreas para além da saúde, considerando o seu aspecto intersetorial e de conhecimento multidisciplinar. Neste sentido, importante atentar-se para possibilidade de adequações nos currículos do ensino visando à formação de alunos com competência e habilidades

desenvolvidas para atuarem no enfrentamento da violência contra a mulher, uma vez que essa abordagem pode demandar transformação das concepções e práticas de atuação dos profissionais.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008.

BARROS, S. C. de; PIMENTEL, D. de R.; OLIVEIRA, C. M. de; BONFIM, C. V. de. Factors associated with the homicides of women who are victims of violence. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 5, e20200630, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0630.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o Código Penal para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 10 mar. 2015.

CABETTE, E. L. S. Feminicídio: mais um capítulo do Direito Penal simbólico agora mesclado com o politicamente correto. [S. l.]: **JusBrasil**, 2015. Disponível em: https://cabettes.jusbrasil.com.br/artigos/173950062. Acesso em: 6 out. 2025.

CAICEDO ROA, M. S. Feminicídio e políticas públicas na América Latina. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 30, n. 2, p. 1-20, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/8GzxSjJtLX7P3ryZRbtsvmH/. Acesso em: 6 out. 2025.

CAMPBELL, J.; RUNYAN, C. Femicide: guest editors' introduction. *Homicide Studies*, Baltimore, v. 2, n. 4, p. 347-352, nov. 1998.

CUNHA, R. S. Lei do Feminicídio: breves comentários. [S. l.]: [s. n.], 2016. Disponível em: https://rogeriosanches2.jusbrasil.com.br/artigos/172946388/lei-do-feminicidio-breves-comentarios. Acesso em: 6 out. 2025.

GODBOUT, N.; DUTTON, D. G.; LUSSIER, Y.; SABOURIN, S. Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. **Personal Relationship***s*, v. 16, n. 3, p. 365-384, 2009.

GRECO, R. Feminicídio: comentários sobre a lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. [S. l.]: [s. n.], 2015. Disponível em: https://rogeriogreco.jusbrasil.com.br/artigos/173950062/feminicidio-comentarios-sobre-a-lei-n-13104-de-9-de-marco-de-2015. Acesso em: 6 out. 2025.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. Quem é Maria da Penha. Fortaleza, 2025. Disponível em: https://www.institutomariadapenha.org.br/quem-e-maria-da-penha.html. Acesso em: 6 out. 2025.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 485-501, 2007.

MARQUES, C. S. **Notificação de violência intrafamiliar na perspectiva de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família**. 2019. 83 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://bvsalud.org/biblio-1096031. Acesso em: 6 out. 2025.

MARQUES, C. S.; ERTHAL, R. M.; GIRIANELLI, V. L. M. M. Lei Maria da Penha: uma análise crítica à luz da criminologia feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 1-22, 2020.

MELO LIMA, R. Feminicídio no Brasil contemporâneo: perspectivas interdisciplinares. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 19, n. 1, p. 45-60, 2024. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/15151/7969. Acesso em: 6 out. 2025.

NIED, M. et al. Feminicídio no Brasil: tendências recentes. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 371-380, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/WLsQXrzJrP8Kv4DBsLSdnbP/. Acesso em: 6 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Brasília, DF: OMS/OPAS, 2012.

PEDROSA, C. M. et al. Violência de gênero e saúde: o caso brasileiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 127-136, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HH7V7gvC4kY9b4gmFBnPrmr/. Acesso em: 6 out. 2025.

RUSSELL, D. The origin and importance of the term femicide. New York: [s. n.], 2011. Disponível em: http://www.dianarussell.com/origin_of_femicide.html. Acesso em: 6 out. 2025.

SALIBA, O. et al. Violência de gênero: desafios para a saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, n. 13, p. 1-10, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/vyyWBzvFJJyhnHqC4CcCRdn/. Acesso em: 6 out. 2025.

SOUZA, L. B. et al. **Violência doméstica: representações sociais de profissionais de saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/242294/1234.pdf. Acesso em: 6 out. 2025.

ZANCAN, L.; WASSERMANN, C.; LIMA, L. M. Violência doméstica contra a mulher: um olhar da saúde pública. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 14-23, 2013.

@MEETINGSAÚDE: MÍDIAS SOCIAIS COMO TECNOLOGIA DE DEMOCRATIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Carolina da Silva Caram; Doutora; Departamento de Enfermagem Aplicada; Universidade Federal de Minas Gerais

Isabela Silva Cancio Velloso; Doutora; Departamento de Enfermagem Aplicada; Universidade Federal de Minas Gerais

Carolina Sales Galdino; Doutoranda; Pós Graduação de Enfermagem em Gestão e Educação em Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Kethlin Maia Mariano; Mestranda; Pós Graduação de Enfermagem em Gestão e Educação em Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Fernanda Martins Azzi; Mestranda; Pós Graduação de Enfermagem em Gestão e Educação em Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

João Vitor Santos de Castro; Discente; Graduação em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A crise do coronavírus no mundo, especialmente no Brasil, gerou intensa demanda por informações confiáveis, rápidas e atualizadas. O COVID-19 é uma doença de grandes proporções, caracterizada por imprevisibilidade e necessidade de tomada de decisão ágil, o que tornou essencial o acesso de profissionais de saúde, docentes, discentes e da população em geral a conteúdos precisos, normas oficiais e legislações constantemente atualizadas (Souza; Bahia; Schanaider, 2020). Apesar da facilidade de acesso a dados na era da informação e da globalização, muitas pessoas apresentaram insegurança quanto à veracidade dos conteúdos circulantes, além de dificuldades em compreender termos técnicos e científicos, o que reforçou a importância da tradução de linguagem especializada em formatos acessíveis (Kim; Seo, 2023). Nesse contexto, docentes da Universidade Federal de Minas Gerais foram frequentemente requisitados por profissionais da saúde e pela sociedade civil para fornecer esclarecimentos, análises críticas e subsídios técnico-teóricos sobre saúde, enfermagem e enfrentamento da pandemia. Diante da urgência em disponibilizar respostas em tempo hábil, a criação de canais de comunicação passou a ser uma estratégia essencial para discutir, organizar e divulgar informações confiáveis, promovendo aproximação entre a comunidade acadêmica e a sociedade, de forma responsável, ética e com rigor científico (Santos, 2021). Com essa missão, foi criado o perfil @meetingsaude, na mídia social Instagram, escolhida por seu amplo acesso, instantaneidade e potencial de engajamento, especialmente em contexto de isolamento social, quando os encontros presenciais estavam inviabilizados. Inicialmente voltado para orientações sobre a COVID-19, o perfil consolidou-se rapidamente como canal confiável de informação científica, reunindo pesquisas nacionais e internacionais, legislações emergenciais, experiências exitosas, relatos de práticas assistenciais e conteúdos educativos para profissionais da saúde e comunidade em geral. Com o passar dos anos, o projeto passou por um reposicionamento estratégico, ampliando seu foco para além do contexto emergencial da pandemia e consolidando-se como espaço de divulgação e reflexão sobre a gestão do cuidado do enfermeiro e demais temas discutidos pelo Núcleo de Estudos de Práticas de Saúde e Enfermagem (NEPSE). A partir de uma reconfiguração em 2025, o perfil passou a articular conteúdos que promovem a educação permanente, incentivam o diálogo, estimulam a reflexão crítica e fortalecem a prática profissional do enfermeiro, mantendo o compromisso com

qualidade, segurança e inovação na assistência. Atualmente, o @meetingsaude constitui-se como um espaço dinâmico de interação entre docentes, discentes, profissionais da saúde e sociedade, capaz de traduzir conhecimento científico em linguagem acessível, aproximar diferentes áreas do saber e estimular práticas colaborativas, críticas e reflexivas no campo da enfermagem. **Objetivo:** Relatar a experiência de reposicionamento do perfil @meetingsaúde no Instagram, como espaço de compartilhamento de informações, promoção da educação permanente e fortalecimento da prática da gerência do cuidado do enfermeiro em suas diversas áreas e cenários de atuação. **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre o desenvolvimento e consolidação do perfil @Meetingsaúde no Instagram, reestruturado em 2025, com foco no compartilhamento de informações, promoção da educação permanente e fortalecimento da gestão do cuidado do enfermeiro. **Resultados e Discussão:** O reposicionamento do perfil @meetingsaude resultou em aumento significativo do engajamento, refletido na ampliação do número de seguidores, na diversidade do público alcançado e na profundidade das interações. Até o momento, o perfil possui 1.511 seguidores, com acréscimo de 79 novos seguidores após o reposicionamento e um total de 34 publicações elaboradas entre abril e setembro de 2025. A média de visualizações mensais, considerando publicações e reels, alcançou 13,8 mil, demonstrando sua ampla repercussão e relevância como instrumento de extensão universitária. Os conteúdos abordaram, de forma diversificada, aspectos da gestão do cuidado do enfermeiro, incluindo liderança em saúde, segurança do paciente, alta hospitalar, uso de instrumentos e tecnologias assistenciais, ética e humanização do cuidado. Além de traduzir linguagem técnica para formatos acessíveis, o perfil destacou práticas inovadoras, evidenciou experiências de serviços de saúde e problematizou desafios contemporâneos da enfermagem. Essa estratégia favoreceu a compreensão e a aplicação do conhecimento científico, destacando o papel do perfil como recurso de educação permanente. Outro resultado relevante foi a criação do evento itinerante denominado Lab-Meeting, que consiste em encontros virtuais de discussão científica articulados às publicações do perfil. Esses encontros ultrapassam a simples exposição de conteúdos, promovendo diálogo horizontal, reflexão crítica e aprofundamento de temas relevantes à enfermagem e demais áreas da saúde. O primeiro Lab-Meeting, realizado em julho de 2025, foi planejado considerando demandas dos seguidores, sugestões da equipe e pautas atuais. Teve como tema “GPT Basic para profissionais da saúde”, evidenciando o caráter inovador e adaptativo da iniciativa, ao relacionar novas tecnologias digitais com a prática assistencial. A análise qualitativa das interações mostrou que o perfil contribuiu para fortalecer práticas colaborativas entre estudantes, docentes e profissionais de diferentes instituições, promovendo a articulação de saberes teóricos e práticos. Observou-se que o perfil facilitou a aproximação entre comunidade acadêmica, serviços de saúde e sociedade em geral, consolidando-se como instrumento de democratização do conhecimento científico. O reposicionamento estratégico permitiu a transição do foco emergencial da pandemia para a educação continuada e gestão do cuidado, atendendo a uma necessidade contínua de atualização, qualificação e suporte à prática profissional. O uso das mídias sociais como ferramenta extensionista mostrou-se eficiente para traduzir ciência em linguagem acessível, além de estimular práticas inovadoras, reflexivas e colaborativas no cuidado em saúde. Essa experiência confirma a potencialidade do Instagram não apenas como espaço de divulgação, mas também como arena de debate, formação crítica e construção coletiva de saberes em enfermagem. **Conclusões:** A experiência evidencia que mídias sociais, quando utilizadas de forma planejada, estratégica e com rigor científico, constituem tecnologias valiosas para a educação permanente em saúde e para o fortalecimento da gestão do cuidado em diferentes contextos de atuação profissional. O perfil @meetingsaude demonstrou potencial para ampliar o alcance e a aplicabilidade do conhecimento científico, aproximando ciência, prática profissional e sociedade civil. O reposicionamento estratégico consolidou o perfil como espaço inovador de extensão universitária, promovendo reflexão crítica, engajamento, colaboração e

atualização contínua de profissionais e estudantes. Além disso, contribuiu para a valorização do papel do enfermeiro, incentivando a adoção de práticas seguras, éticas e de qualidade, e fortalecendo competências relacionadas à liderança, inovação, comunicação científica e humanização do cuidado. Em síntese, a experiência reforça que o planejamento estratégico aliado ao uso inteligente das tecnologias digitais amplia significativamente o impacto de iniciativas acadêmicas e extensionistas. O perfil @meetingsaude tornou-se uma ferramenta de suporte efetivo à formação, à educação permanente e ao fortalecimento da prática profissional em saúde, consolidando-se como exemplo de inovação social e acadêmica na interface entre universidade e sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão do cuidado; Educação permanente; Tecnologias digitais; Extensão universitária.

REFERÊNCIAS

KIM, Kyung-Hye et al. Effect of Nurses' Professionalism, Work Environment, and Communication with Health Professionals on Patient Safety Culture (AHRQ 2.0.): A Cross-Sectional Multicenter Study. Nursing Open, v. 10, n. 3, p. 1577-1586, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1002/nop2.1591. Acesso em: 2 out. 2025.

SANTOS, M. O. S. Estratégias de comunicação adotadas pela gestão do Sistema Único de Saúde durante a pandemia de COVID-19 – Brasil. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, supl. 1, e200785, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.200785 . Acesso em: 2 out. 2025.

SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L.; SCHANAIDER, A. Pandemia da covid-19: desafios e oportunidades para a saúde coletiva. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 5, e00088920, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920. Acesso em: 2 out. 2025.

ANÁLISE DO APRENDIZADO E DESENVOLVIMENTO DE EXPERTISE NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: O PAPEL DOS AMBIENTES COLETIVOS NA FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROFISSIONAIS EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO DE SAÚDE

Fernanda da Silva; Doutoranda em Administração na Faculdade de Ciências Econômicas - FACE; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A administração pública tem buscado maior dinamismo e eficiência diante das transformações sociais e das crescentes demandas por qualidade na prestação dos serviços públicos. Nesse contexto, os recursos humanos assumem papel estratégico, sendo fundamentais para uma gestão eficaz. Entretanto, o ingresso no serviço público que ocorre por meio de concurso público, embora assegure isonomia e critérios objetivos, não garante a experiência prática ou a expertise necessária ao desempenho imediato das funções (Amaral, 2006). Agrava-se essa lacuna pela restrição legal à convivência funcional entre novatos e antecessores, uma vez que o regramento, nos casos de provimento originário, não admite a sobreposição funcional (convivência entre o novato e o antecessor), posto que um novato só ocupa uma vaga após a saída do antecessor, dificultando a transferência direta de experiências. Esse cenário evidencia a importância de estratégias internas de capacitação, com ênfase na transmissão do conhecimento tácito, saber prático, subjetivo e difícil de formalizar, pouco acessível por treinamentos convencionais (Polanyi, 2010; Collins; Evans, 2010). A aprendizagem contínua e a socialização entre profissionais experientes e iniciantes tornam-se essenciais para o desenvolvimento das competências exigidas. No setor de secretariado acadêmico dos programas de pós-graduação da Faculdade de Medicina da UFMG, essa problemática se manifesta de forma crítica. A ausência de sobreposição funcional, ou seja, a impossibilidade de permanência simultânea entre antigos e novos servidores, compromete a transmissão do conhecimento acumulado. Soma-se a isso o papel estratégico que esses profissionais desempenham na gestão dos cursos, com impacto direto na conformidade institucional e nas avaliações da CAPES, cuja insuficiência pode levar ao descredenciamento dos programas. Diante disso, este estudo investigou, por meio de um estudo de caso em uma instituição pública de ensino superior na área da saúde, como o ambiente coletivo de trabalho pode favorecer a aprendizagem prática e a troca de experiências. Os resultados indicam que, mesmo com restrições legais, a convivência colaborativa promove uma sobreposição organizacional, na qual servidores experientes auxiliam os novatos, contribuindo para a qualificação da equipe, a preservação do conhecimento institucional e a melhoria dos resultados organizacionais. **Objetivos:** O objetivo geral foi analisar os processos de aprendizagem e o desenvolvimento da expertise entre servidores públicos no setor de pós-graduação da Faculdade de Medicina da UFMG, com foco na transferência de conhecimento tácito em ambientes coletivos. Os objetivos específicos foram: (1) Identificar estratégias informais de socialização do conhecimento entre servidores experientes e novatos; (2) Avaliar a influência do ambiente coletivo na aprendizagem e na eficiência do serviço público; (3) Investigar as dificuldades da instituição em relação à capacitação formal; (4) Propor recomendações para aprimorar o desenvolvimento de expertise e a gestão do conhecimento. **Referencial Teórico:** A base teórica do estudo centra-se no conceito de conhecimento tácito de Polanyi (2010), que define esse saber como subjetivo, prático e difícil de ser codificado. Collins e Evans (2010) reforçam que esse tipo de

conhecimento se constrói na prática e na interação social. Dreyfus e Dreyfus (1986) propõem cinco estágios de desenvolvimento da expertise, do iniciante ao especialista, ressaltando a importância da prática contínua para consolidar habilidades. Na administração pública, a Lei nº 8.112/90 impõe restrições à capacitação formal, o que reforça a necessidade de estratégias alternativas, como a gestão do conhecimento (Amaral, 2006). A teoria da aprendizagem situada, de Lave e Wenger (2022), destaca o papel das comunidades de prática como ambientes ideais para a troca de saberes tácitos, possibilitando que novatos aprendam pela observação e participação em tarefas reais. Nonaka e Takeuchi (1997) também valorizam o conhecimento tácito como fonte de inovação e eficiência organizacional. Ribeiro (2013) reforça a relevância da prática no contexto de trabalho para o desenvolvimento de habilidades que não podem ser ensinadas formalmente. Assim, os ambientes coletivos, com interações informais e colaborativas, são fundamentais para preservar o conhecimento institucional e formar novos profissionais. **Método:** O estudo adota abordagem qualitativa, por meio de estudo de caso no Centro de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da UFMG, com foco no setor de secretariado. Foram realizadas observações participantes ao longo de três meses e entrevistas semiestruturadas com onze servidores, selecionados intencionalmente. As entrevistas exploraram aspectos como aprendizado no trabalho, socialização e estratégias adotadas para desenvolver competências. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise temática, identificando categorias relacionadas aos processos de aprendizagem e desenvolvimento de expertise. **Resultados e Discussão:** A análise revelou que, mesmo sem treinamentos formais estruturados, o ambiente coletivo do setor favorece a transferência do conhecimento tácito. A convivência diária entre servidores permite aos novatos observar e assimilar práticas informais e rotinas administrativas não documentadas, mas essenciais ao bom desempenho (Polanyi, 2010; Collins; Evans, 2010). Esse processo se assemelha ao conceito de participação legítima periférica (Lave; Wenger, 2022), no qual os iniciantes começam por tarefas simples e, gradualmente, assumem responsabilidades mais complexas. Isso facilita o desenvolvimento da expertise, conforme o modelo de Dreyfus e Dreyfus (1986). A ausência de treinamentos formais amplia a importância das interações informais e da prática no local de trabalho. Os servidores entrevistados relataram que muitas situações são inéditas e requerem capacidade de adaptação que só a experiência proporciona (Ribeiro, 2013). A diversidade entre os programas de pós-graduação também impõe desafios adicionais. Cada curso possui particularidades que demandam conhecimentos específicos, o que exige dos secretários uma capacidade contínua de aprendizagem e adaptação. Nesse sentido, o ambiente coletivo permite que esses saberes sejam compartilhados entre os pares, otimizando a gestão do setor. Além disso, o grupo funciona como uma comunidade de prática, marcada pela ausência de competição interna e pela colaboração entre colegas. Esse ambiente promove um fluxo constante de informações e contribui para a continuidade e a eficiência do serviço público (Lave; Wenger, 2022; Amaral, 2006). Do ponto de vista da gestão, esse arranjo organizacional apresenta vantagens relevantes: reduz a dependência de treinamentos formais, preserva o conhecimento institucional e favorece o desenvolvimento de servidores sem onerar os recursos públicos (Nonaka; Takeuchi, 1997). Essas estratégias se mostram especialmente eficazes em contextos públicos nos quais limitações legais ou orçamentárias dificultam ações tradicionais de capacitação. A replicação desse modelo pode beneficiar outros setores da administração pública. **Conclusões:** O estudo demonstrou que o aprendizado no setor de secretariado de programas de pós-graduação da Faculdade de Medicina da UFMG, ocorre majoritariamente por meio de estratégias informais e sociais. A impossibilidade de sobreposição funcional impõe desafios significativos à formação dos servidores. No entanto, o ambiente coletivo analisado permite a socialização do conhecimento tácito e o desenvolvimento gradual da expertise dos novatos. Esse processo, aqui denominado sobreposição organizacional, substitui de forma eficaz a sobreposição funcional. A prática conjunta, a observação e a imitação de colegas experientes tornam-se ferramentas

essenciais para a aprendizagem. A colaboração entre os servidores, a ausência de competição interna e a diversidade de tarefas desempenhadas por cada um contribuem para a consolidação de uma cultura organizacional de aprendizagem contínua. Verificou-se que a função de secretário(a) é altamente contextual, exigindo habilidades específicas conforme o programa de pós-graduação atendido. A convivência com colegas mais experientes permite que essas especificidades sejam assimiladas de forma prática e gradual, mesmo na ausência de capacitação formal estruturada. A estrutura coletiva mostrou-se eficaz na formação e no desenvolvimento de competências, bem como na preservação do conhecimento institucional. Dessa forma, trata-se de um modelo viável, de baixo custo e com potencial de replicação em outras unidades da universidade ou do serviço público em geral. A racionalização de recursos, aliada à formação prática e contínua dos servidores, pode contribuir significativamente para o aprimoramento da gestão pública e para a consolidação de uma cultura institucional mais eficiente, responsiva e centrada na qualidade do serviço. Em suma, o ambiente coletivo de trabalho revelou-se uma ferramenta valiosa de gestão do conhecimento, promovendo a formação de competências estratégicas e contribuindo para a excelência da administração pública.

PALAVRAS-CHAVE: Aprendizagem; Ambiente coletivo de trabalho; Conhecimento tácito, Socialização

REFERÊNCIAS

AMARAL, Helena Kerr do. Desenvolvimento de competências de servidores na administração pública brasileira. **Revista do Serviço Público,** Brasília, n. 57, p. 549–563, out./dez. 2006.

COLLINS, Harry; EVANS, Robert. **Repensando a expertise**. Tradução: Igor Antônio Lourenço da Silva. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

DREYFUS, Hubert; DREYFUS, Stuart. **Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer**. New York: Free Press, 1986.

LAVE, Jean; WENGER, Etienne. **Aprendizagem situada: participação periférica legitimada**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2022.

NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. **Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação**. 17. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

POLANYI, Michael. **A dimensão tácita.** Portugal: Inovatec, 2010.

RIBEIRO, R. Levels of immersion, tacit knowledge and expertise. **Phenomenology and the Cognitive Sciences**, v. 12, n. 2, p. 367–397, 2013b.

SAIANI, Cláudio. **O valor do conhecimento tácito: a epistemologia de Michael Polanyi na escola.** São Paulo: Escrituras, 2004.

APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO DE DADOS PESSOAIS PARA ADEQUAÇÃO À LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Giovanni Rocha Scaramello; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Micheli Fonseca Lima; Graduação em Fonoaudiologia; Fundação Ezequiel Dias

Ana Carolina Chaves Gomes da Silva; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo

Introdução: A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD - Lei nº13.709/18), dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural. A proteção de dados diz respeito a tentar assegurar que as pessoas possam confiar que determinada organização irá usar seus dados de forma apropriada e responsável. Caso a organização colete, processe, distribua, armazene e/ ou divulgue informações de indivíduos, ela deve se adequar à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). No Brasil, a lei foi publicada em 2018 e entrou em vigor em maio de 2021. O texto da lei foi elaborado em conjunto pelo governo, sociedade civil e setor empresarial e tem como base o Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia. A LGPD visa regulamentar o tratamento de dados pessoais, conferindo mais segurança jurídica aos consumidores, titulares de dados, e todos que lidam com informações pessoais no desenvolvimento de suas atividades de negócio. No âmbito da Administração Pública Estadual de Minas Gerais, o Comitê Estadual de Proteção de Dados Pessoais (CEPD) é quem tem orientado as ações de adequação dos órgãos e entidades. Visto a aprovação da lei em 2018, o Estado criou o Grupo de Trabalho da LGPD de Minas Gerais, que visa apresentar propostas e diretrizes para o mapeamento, tratamento e classificação dos dados pessoais por parte dos órgãos e entidades do Poder Executivo Estadual. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo, avaliar a implementação do inventário de dados pessoais, enquanto ferramenta para auxiliar na adequação à LGPD e suas diretrizes, em uma instituição estadual de saúde de Minas Gerais. Como objetivos secundários, o estudo visa entender a quem pertence a maior parte dos dados tratados na instituição e caso esses dados sejam compartilhados, entender para onde esses dados são direcionados. **Referencial Teórico:** A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD - Lei nº13.709/18), dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural. Ou seja, a LGPD visa proteger direitos fundamentais, como a liberdade, a privacidade, o livre desenvolvimento e a personalidade. Visando adequar os órgãos públicos com as diretrizes da LGPD, algumas etapas foram criadas pelo governo do Estado de Minas Gerais, a fim de auxiliar na implantação da lei. Foram propostas 05 (cinco) fases ao todo, são elas: [1] Criação do grupo de trabalho, que define um comitê temático

(grupo de trabalho interno ao órgão) para conduzir os trabalhos referentes à adequação da LGPD; [2] Diagnóstico e planejamento dos trabalhos de proteção dos dados pessoais, que visa identificar o nível de percepção dos servidores em relação ao assunto, buscando orientar o encarregado de dados e a Administração Pública Estadual na identificação das necessidades específicas de cada órgão, levantando conceitos a serem esclarecidos e observando necessidades e oportunidades de melhoria com relação ao tratamento de dados; [3] Levantamento dos processos e inventário de dados pessoais, fase que são realizados a identificação ou levantamento dos processos de trabalho, o levantamento e estudo dos documentos normativos e o inventário dos dados pessoais tratados na instituição. Por meio dessas atividades, poderá ser obtida uma visão geral de quais são os dados pessoais e de que forma eles são tratados; [4] Falhas, riscos e tratamento, segundo o Guia de Boas Práticas para a conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados elaborado pelo Governo Federal, para avaliar os riscos, é necessário levar-se em consideração quatro aspectos: a natureza, o escopo, o contexto e a finalidade do tratamento; [5] Implementação das medidas de conformidade, que tem o propósito de executar um diagnóstico de maturidade em segurança da informação, com o objetivo de identificar problemas, investigar causas e buscar soluções estratégicas oportunas ao desenvolvimento da organização. **Métodos:** Estudo quantitativo feito com base em coleta e análise de dados, onde foi realizada uma avaliação semiestruturada, com perguntas definidas pela SEPLAG MG e adaptadas pela equipe de gestão estratégica da organização estudada. As perguntas foram direcionadas para avaliar como é feito o tratamento de dados na organização e se o tratamento está sendo efetivo. **Resultados:** Com base na realização do inventário de dados pessoais, que é a terceira fase do projeto de adequação do Estado à LGPD, dos 228 formulários enviados para as áreas da instituição, foram recebidas respostas referentes a 199 deles, o que equivale a 87% do total. Dos formulários recebidos, 129 (65%) registraram que contém dados pessoais, enquanto 70 (35%) não continham informações a respeito de dados pessoais. Entre os documentos que coletam dados pessoais, 51% deles são compartilhados com terceiros, enquanto 49% não passam por nenhum compartilhamento. A maior parte dos dados coletados pertence aos próprios colaboradores (servidores e estagiários) e são compartilhados majoritariamente com outros setores da organização. **Discussão:** Os resultados apontam que os dados pessoais são coletados, em grande parte, para fins de rastreabilidade e designação de responsáveis na execução de processos internos e rotinas de trabalho, incluindo dados de servidores e estagiários, fornecedores, candidatos a vagas ou pessoas externas à organização. Os achados da aplicação do inventário possibilitaram que a equipe da Gestão Estratégica da organização criasse uma cartilha de boas práticas voltadas à LGPD. A cartilha foi compartilhada na Intranet da instituição para democratizar o acesso à informação, visando atingir todos os colaboradores. Levando em consideração a expertise da equipe e o empenho na realização do inventário, o processo foi considerado efetivo pela equipe responsável por conduzir a aplicação do inventário de dados. Além da execução de mais uma etapa da adequação do órgão à LGPD, essa etapa possibilitou a criação da cartilha de boas práticas, que vem auxiliando os colaboradores em dúvidas pontuais e a se policiar mais a respeito da forma como os dados são tratados nos setores. **Conclusão:** A LGPD teve um crescimento satisfatório dentro da organização no ano de 2025. Com a primeira rodada do inventário de dados concluída, a próxima atualização do inventário ocorrerá no ano seguinte. Foi determinado que o inventário será revisado, no mínimo, uma vez ao ano, durante o quarto trimestre. A instituição atualmente está na etapa cinco, que diz respeito à implementação de medidas de conformidade, que irão envolver uma atuação direta juntamente com a equipe de tecnologia da informação da instituição.

PALAVRAS-CHAVE: LGPD, Segurança da Informação, Proteção de Dados, Dados Pessoais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018*. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 06 out. 2025.

MINAS GERAIS. *Cartilha LGPD*. [S. l.]: Governo de Minas Gerais, 31 out. 2023. Disponível em: https://www.mg.gov.br/lgpd/documento/cartilha-lgpd. Acesso em: 06 out. 2025.

MINAS GERAIS. *Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD*. Disponível em: https://www.mg.gov.br/lgpd. Acesso em: 06 out. 2025.

ATENDIMENTO ITINERANTE E MULTIDISCIPLINAR NA REDE SUS-BH: UMA ESTRATÉGIA INCLUSIVA PARA O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA INFÂNCIA

Andrea Lara de Oliveira Lima; Médica; Neuropediatra; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Mateus Figueiredo Martins Costa; Enfermeiro; Gerente na Gerência de Rede Ambulatorial Especializada; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Viviane Cristina da Silva Nascimento; Terapeuta Ocupacional do Centro de Referência em Reabilitação Centro Sul; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Sheyla Novaes Faria Sampaio; Terapeuta Ocupacional; Gerente Ajunta na Coordenação de Reabilitação na Gerência de Rede Ambulatorial Especializada; Secretaria Municipal de Belo Horizonte

Elias Melo de Oliveira; Doutor em Saúde Pública; Gestor de Serviços de Saúde; Gerente Adjunto na Gerência de Gestão de Contratos Assistenciais em Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Juliana de Carvalho Britto Rodrigues; Gestora de Serviços de Saúde; Diretora na Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

RESUMO

Introdução: A crescente conscientização de profissionais de saúde e da sociedade sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem ampliado significativamente a demanda por avaliação e diagnóstico, especialmente no contexto da saúde pública brasileira. O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades persistentes na comunicação e na interação social, além de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 1 em cada 100 crianças apresenta características compatíveis com o espectro autista, o que reforça a importância da detecção precoce e da intervenção oportuna para melhorar o prognóstico e o desenvolvimento global (MS, 2025). No entanto, no Brasil, os desafios para o diagnóstico precoce e o acesso a intervenções especializadas ainda são expressivos. Em muitas localidades, as filas de espera para avaliação em serviços de neuropediatria e psiquiatria infantil ultrapassam vários meses, comprometendo a efetividade das políticas públicas e o direito ao cuidado integral. **Referencial Teórico:** Em Belo Horizonte, essa situação é particularmente visível na rede SUS-BH, que concentra grande parte da demanda de crianças encaminhadas por suspeita de TEA. A sobrecarga dos serviços, a carência de profissionais especializados e a fragmentação dos fluxos de encaminhamento configuram um cenário de iniquidade e desigualdade de acesso. Diante dessa realidade, torna-se fundamental repensar os modelos de atenção voltados ao neurodesenvolvimento, investindo em estratégias que promovam a inclusão, a integralidade e o cuidado centrado na pessoa e na família. A superação desses desafios requer abordagens interdisciplinares e territorializadas, capazes de articular diferentes pontos da rede de atenção e de valorizar as singularidades culturais e sociais das famílias atendidas. **Objetivo:** O presente projeto teve como objetivo principal reduzir a fila de espera por atendimentos de neuropediatria para crianças com suspeita de TEA no SUS-BH,

qualificando o cuidado desde a triagem até o diagnóstico. A iniciativa buscou implantar uma abordagem multiprofissional itinerante e centrada na família, com foco na inclusão e na equidade no acesso ao diagnóstico precoce. Além disso, o projeto visou organizar os fluxos assistenciais, oferecer suporte matricial às equipes da atenção primária e fortalecer a integração entre os diferentes níveis de atenção, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Esperava-se, com isso, não apenas reduzir a demanda reprimida, mas também qualificar a prática clínica e ampliar a sensibilidade das equipes para o manejo das condições do neurodesenvolvimento. **Método:** Para alcançar esses objetivos, foi desenvolvido um modelo itinerante de avaliação multiprofissional, com atuação em rede e integração entre os serviços especializados e a atenção básica. A equipe central do projeto foi composta por neuropediatra, residentes de psiquiatria, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, representando uma diversidade de olhares e saberes fundamentais para a compreensão ampla das manifestações do TEA. As avaliações foram realizadas nos cinco Centros de Reabilitação do SUS-BH, escolhidos estrategicamente para abranger diferentes regiões do município. Cada unidade recebeu a equipe de forma itinerante, permitindo a aproximação territorial e a redução de barreiras geográficas para as famílias. O protocolo utilizado foi baseado em instrumentos validados e amplamente reconhecidos na literatura, contemplando: Entrevista semiestruturada com os responsáveis, abordando histórico de desenvolvimento, comportamento, linguagem e aspectos familiares; Observação direta da criança em situação lúdica e interativa, possibilitando identificar padrões de comunicação e interação social; Aplicação de escalas padronizadas para triagem e apoio diagnóstico, como o M-CHAT, CARS e ABAS-II, conforme a faixa etária e necessidade clínica; Análise interdisciplinar dos achados, em reunião de equipe, com discussão conjunta dos casos e elaboração de relatório compartilhado com a família e a equipe de referência. Além das avaliações presenciais, o projeto incorporou reuniões de matriciamento com as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com o intuito de discutir fluxos, revisar encaminhamentos e fortalecer a capacidade de resposta da atenção primária. Essa metodologia de cuidado compartilhado favorece a integralidade e assegura que as crianças e famílias sejam acompanhadas de forma contínua, mesmo após o diagnóstico. Outro aspecto inovador do projeto foi o envolvimento ativo das famílias no processo de avaliação. Os responsáveis eram convidados a participar de todas as etapas, contribuindo com relatos, gravações de vídeos domésticos e informações escolares. Essa estratégia não apenas ampliou a precisão diagnóstica, mas também promoveu o empoderamento familiar, reforçando a corresponsabilidade no cuidado. **Resultados e Discussão:** Entre abril de 2024 e setembro de 2025, foram avaliadas 381 crianças, sendo 293 meninos e 88 meninas, com idades entre 1 e 16 anos. A faixa etária predominante situou-se entre 5 e 7 anos, o que indica que muitos casos ainda estão sendo encaminhados tardiamente, após o período crítico para a intervenção precoce. Do total de crianças avaliadas, 49% receberam diagnóstico de TEA, enquanto 45% não preencheram os critérios diagnósticos segundo os parâmetros do DSM-5-TR (APA, 2022). Entre essas últimas, 51% apresentaram outros transtornos do neurodesenvolvimento, como Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e distúrbios sensoriais. Nos casos em que o diagnóstico permaneceu inconclusivo, foi definida a realização de reavaliação em 4 a 6 meses, período em que as famílias foram orientadas a manter intervenções terapêuticas de estimulação precoce. Para subsidiar a segunda avaliação, as famílias foram incentivadas a produzir vídeos curtos mostrando o comportamento da criança em casa, além de se estabelecer contato direto com as escolas, buscando informações sobre o desempenho e interação social no ambiente educacional. Os resultados demonstraram impactos significativos na redução da fila de espera, que diminuiu em mais de 60% nas regiões onde a equipe itinerante atuou. Além disso, observou-se maior satisfação das famílias com o processo de avaliação, devido à escuta acolhedora e à devolutiva detalhada oferecida por meio de

relatórios clínicos compreensíveis e acessíveis. Outro ganho importante foi o fortalecimento das competências clínicas e relacionais da equipe técnica. Os profissionais relataram aprimoramento na capacidade de observação, escuta e análise interdisciplinar dos casos. O projeto também contribuiu para a difusão de práticas inclusivas e a valorização da diversidade no cuidado, rompendo com modelos centrados exclusivamente no diagnóstico e reforçando a necessidade de um olhar ampliado sobre o desenvolvimento infantil. A integração entre os níveis de atenção revelou-se essencial para o sucesso da iniciativa. As reuniões de matriciamento com o NASF-AB permitiram uma comunicação mais fluida entre as unidades básicas e os serviços especializados, evitando encaminhamentos desnecessários e ampliando a resolutividade local. Essa experiência reafirma o papel estratégico da atenção primária como ordenadora da rede e como espaço privilegiado para a escuta precoce das queixas de desenvolvimento. **Conclusão:** O projeto demonstrou-se uma importante estratégia de inclusão e qualificação da atenção à saúde de crianças com suspeita de TEA no SUS-BH. Ao integrar diferentes categorias profissionais e adotar uma metodologia itinerante, foi possível favorecer o acesso equitativo ao diagnóstico, respeitando as especificidades clínicas, familiares e socioculturais de cada criança. A avaliação multiprofissional mostrou-se eficaz para identificar não apenas o TEA, mas também outros transtornos do neurodesenvolvimento que frequentemente coexistem e exigem abordagens terapêuticas diferenciadas. A participação das famílias e o envolvimento das escolas ampliaram a compreensão das necessidades infantis, fortalecendo o vínculo entre os diversos atores da rede de cuidado. Os achados reforçam a relevância das práticas interdisciplinares e territorializadas, que têm como eixo central a equidade e o respeito à diversidade. Tais práticas contribuem para a construção de um SUS mais sensível às demandas do neurodesenvolvimento e mais comprometido com o princípio da universalidade do cuidado. A ampliação desse modelo para outras regiões e municípios pode consolidar uma política pública inovadora, capaz de reduzir desigualdades, otimizar recursos e garantir o direito de todas as crianças a um desenvolvimento pleno e saudável. Em síntese, a experiência relatada demonstra que a inclusão começa no diagnóstico, quando o serviço de saúde se abre para ouvir, compreender e acolher cada trajetória singular. O fortalecimento de redes colaborativas, o trabalho multiprofissional e o cuidado centrado na pessoa constituem pilares fundamentais para uma atenção em saúde verdadeiramente inclusiva, humanizada e comprometida com a equidade social.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do Espectro Autista; Atenção Multiprofissional

REFERÊNCIAS

BORGES, Liana Alves de Freitas Soares Borges; YAMAMOTO, Isadora Rosa; LOPES, Ariel Pamela da Silva; MELO, Amanda Alexandre; SIQUEIRA, Benara Otoni de; PEREIRA, Bianca Leite; SOUZA, Cecília Miranda Tozetti de. Aumento nos casos de Transtorno do Espectro Autista em crianças: fatores e implicações. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. V. 6 N. 11 (2024), Revisão de Literatura, 2024.

MINISTÉRIO DA SÁUDE. Biblioteca Virtual em Saúde. “Promovendo a Neurodiversidade e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”: 02/4 – Dia Mundial e Nacional de Conscientização sobre o Autismo 2025. Acesso em: 06 de outubro de 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/promovendo-a-neurodiversidade-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-02-4-dia-mundial-e-nacional-de-conscientizacao-sobre-o-autismo-2025/

CARACTERIZAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO NOTIFICADOS NO SINAN/DATASUS EM MINAS GERAIS ENTRE OS ANOS DE 2014 E 2024

Danilo Paulo Lima da Silva; Graduando em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Gustavo Andrade Silva; Graduando em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Sônia Maria Nunes Viana; Mestra; Docente do Departamento de Gestão em Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Alice Senra Cheib; Especialista; Coordenadora de Promoção, Cuidado e Vigilância em Saúde; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

INTRODUÇÃO: Os acidentes de trabalho (AT) compõem um importante problema de saúde pública que impacta diretamente os serviços de saúde. Como apontado por Lacerda et al. (2014), os AT apresentam uma elevada morbimortalidade e um desafio complexo quanto à subnotificação destes eventos. Para além do cenário brasileiro, a Organização Internacional do Trabalho (2023) estima que anualmente 2,93 milhões de trabalhadores e trabalhadoras morrem devido a acidentes e doenças relacionadas com o trabalho, globalmente. Deste número expressivo, 330 mil mortes são atribuídas aos acidentes de trabalho. Outrossim, os efeitos dos AT extrapolam o campo da saúde pública e apresentam significativo impacto em temas socioeconômicos. O atual cenário de crescente plataformização do trabalho reproduz lógicas de exploração e controle e intensifica a precarização das relações de trabalho garantindo alta lucratividade para as plataformas e, comumente, reservando aos trabalhadores todo o ônus pelas condições de saúde e segurança no trabalho (Salvagni et al., 2025). Desta forma, é notório o impacto dos AT sobre o mundo do trabalho e suas repercussões sobre a saúde da população, assim, a caracterização deste fenômeno com base em dados secundários disponíveis nos sistemas de informação em saúde permite desvelar o comportamento dos dados em uma dada série temporal evidenciando suas dinâmicas e, por consequência, sustentando intervenções orientadas por evidências. **OBJETIVO:** Descrever as características dos Acidentes de Trabalho (AT) notificados no SINAN/DATASUS no Estado de Minas Gerais no período de 2014 a 2024. **REFERENCIAL TEÓRICO:** A saúde do trabalhador e da trabalhadora encontra lastros já na Constituição Cidadã de 1988 que determina ao rol de competências do Sistema Único de Saúde (SUS) à execução de ações de saúde do trabalhador e a colaboração para a proteção do meio ambiente do trabalho (Brasil, 2022). Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde apresentou uma definição para a saúde do trabalhador e da trabalhadora centrando-se nas ações de vigilância em saúde, promoção, proteção, recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos relacionados às condições de trabalho e enfatizando o trabalho enquanto condicionante importante para a saúde (Brasil, 2022). Sabe-se que até o ano de 2021 os três principais agravos notificados que acometiam os trabalhadores no Brasil foram as intoxicações exógenas, os acidentes de trabalho grave e os acidentes com material biológico (Brasil, 2022). Evidenciando os AT como relevante objeto a ser estudado em prol da construção de estratégias de promoção da saúde e segurança dos trabalhadores. Cabe ressaltar que projeções apontam o Brasil como o segundo país com mais ocorrências de acidentes de trabalho no mundo, apresentando uma série histórica de intenso crescimento das notificações destes incidentes

(Brasil, 2022). Que pese a evolução significativa nas discussões sobre a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que resultaram na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora instituída em 2012, desafios antigos e novos se apresentam no cenário da saúde. As mudanças no mercado de trabalho impulsionadas pelo trabalho mediado por plataformas digitais e a crescente precarização das relações de trabalho advindas da flexibilização das leis trabalhistas impõem aos SUS um novo paradigma sobre os acidentes de trabalho e a saúde dos trabalhadores (Brasil, 2022; Salvagni et al., 2025). Este novo paradigma aponta para um maior tensionamento da relação saúde-trabalho que demandará do sistema único uma resposta efetiva e complexa. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo ecológico e descritivo elaborado com base nos dados secundários coletados por meio das notificações compulsórias de Acidentes de Trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DATASUS). Entende-se por estudo ecológico descritivo aquele que tem como sua base a utilização de dados agregados, taxas ou proporções calculadas para um grupo populacional, de forma que os numeradores correspondem ao número de eventos notificados ou registrados e os denominadores são estimativas de população intercensitária e/ou dados censitários (Merchán-Hamann; Tauil, 2021). Tais estudos apresentam grande validade para propósitos de vigilância em saúde ao permitirem o acompanhamento de tendências na existência de uma gama variada de desfechos em saúde e possibilitam, dessa forma, intervenções informadas e baseadas em evidências. Os dados coletados foram tabulados e analisados a partir de planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel 2013. Como limitação pode-se evidenciar dois principais problemas. Os possíveis erros de preenchimento das fichas de notificação e o atraso no processo de revisão/qualificação dos dados do sistema de informação. O resumo em tela é um recorte de um trabalho de conclusão de curso da graduação em gestão de serviços de saúde da UFMG em andamento que, posteriormente, irá dar continuidade a sistematização dos dados e aprofundar as discussões aqui apresentadas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No período de 2014 a 2024 foram notificados no estado de Minas Gerais um número total de 185.566 acidentes de trabalho (AT), de acordo com dados do SINAN. O maior número de notificações de AT foi observado no ano de 2024 representando 22,64% dos AT na série histórica analisada. A Figura 1 evidencia a tendência de crescimento no número de notificações. Quando analisamos a frequência absoluta de notificações nota-se que o ano de 2024 representou um número de notificações 3,24 vezes maior que o observado para o ano de 2021, último ano da Pandemia de Covid-19. Quando atentamos para as características sociodemográficas dos casos notificados na série histórica 2014-2024 representadas na Tabela 1 fica evidenciado que os AT ocorreram principalmente com trabalhadores identificados com o gênero masculino (78,64%), autorreferidos como Pardos (41,86%), na faixa etária compreendida entre 25 e 34 anos e com ensino médio completo (28,29%). Tais dados se assemelham aos resultados encontrados em pesquisa realizada por Monteiro et al. (2024) utilizando dados de notificações de AT em território nacional. Os dados agregados apresentados na Tabela 2 revelam um perfil de AT concentrado em trabalhadores com vínculo empregatício formal (53,15%), vitimados majoritariamente por acidentes de trabalho típicos (74,49%), cuja principal consequência clínica foi a incapacidade temporária (49,69%). Contudo, emerge como achado crítico a elevada subnotificação dos eventos, evidenciada pelo fato de que o número de acidentes não comunicados (37,25%) supera o de comunicados (30,25%), além de um expressivo percentual de 26,53% com status de notificação ignorado. Tal cenário de expressiva “invisibilidade estatística” constitui um obstáculo fundamental para o planejamento de ações de vigilância e prevenção em saúde do trabalhador, mascarando a real magnitude da morbimortalidade ocupacional e fragilizando a proteção social aos trabalhadores acidentados. **CONCLUSÕES:** Os dados apresentam uma tendência de crescimento acentuado, sendo que o ano de 2024 concentrou 22,64% de todos os casos do período. Os dados apontam para a magnitude do problema e a vulnerabilidade de um grupo demográfico específico de gênero masculino, pardos e jovens. O achado mais crítico é a elevada

subnotificação dos eventos, onde o número de acidentes não comunicados (37,25%) supera os comunicados (30,25%). Embora a maioria dos casos seja de acidentes típicos (74,49%) resultando em incapacidade temporária (49,69%), essa "invisibilidade estatística" se revela um obstáculo fundamental para o planejamento de ações de vigilância e prevenção em saúde do trabalhador. O cenário mascara a real dimensão do problema e fragiliza a proteção social aos trabalhadores acidentados.

REFERÊNCIAS

LACERDA, K. M. et al. Acidentes de trabalho fatais em Salvador, BA: descrevendo o evento subnotificado e sua relação com a violência urbana. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 39, n. 129, p. 63-74, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0303-7657000064812. Acesso em: 02 set. 2025.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **A call for safer and healthier working environments**. Genebra: ILO. Disponível em: https://doi.org/10.54394/HQBQ8592. Acesso em: 02 set. 2025.

SALVAGNI, J. et al. Plataformas digitais: o retrato contemporâneo da exploração no trabalho e os desafios à saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 50, p. edsmsubj7, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2317-6369/23322pt2025v50edsmsubj7. Acesso em: 02 set. 2025.

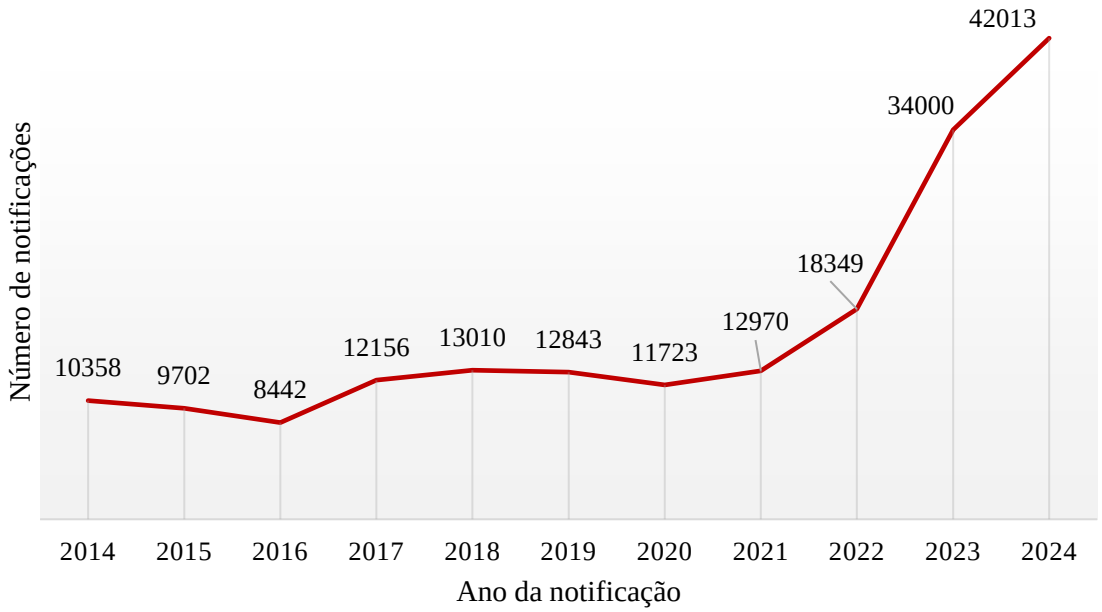
MERCHÁN-HAMANN, E.; TAUIL, P. L. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, p. e2018126, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100026. Acesso em: 02 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública**. A evolução da Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (2011-2021).** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/saude-do-trabalhador/a-evolucao-da-vigilancia-em-saude-ambiental-e-saude-do-trabalhador.pdf/@@download/file. Acesso em: 02 set. 2025

MONTEIRO, M. A. M. et al. Caracterização dos acidentes de trabalho notificados no Brasil de 2013 a 2023. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, v. 17, n. 13, p. e13715, 2024. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/13715. Acesso em: 2 set. 2025.

APÊNDICES

Figura 1 - Total de Acidentes de Trabalho por ano de notificação em Minas Gerais, 2014 - 2024



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de Acidentes de Trabalho entre trabalhadores de Minas Gerais, no período de 2014 a 2024

Variável	Acidentes de Trabalho (AT)	
Gênero	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Ignorado	20	0,01%
Masculino	145.924	78,64%
Feminino	39.622	21,35%
Raça		
Ignorado	25.465	13,72%
Branca	62.547	33,71%
Preta	18.113	9,76%
Amarela	1.368	0,74%
Parda	77.678	41,86%
Indígena	395	0,21%
Faixa Etária*		
15 a 24 anos	34.484	18,58%
25 a 34 anos	48.672	26,23%
35 a 44 anos	44.873	24,18%

45 a 54 anos	33.704	18,16%
55 a 64 anos	18.219	9,82%
65 anos ou mais	4.392	2,37%
Escolaridade		
Ignorado/Não se aplica	49.495	26,67%
Analfabeto	1.201	0,65%
Ensino Fundamental Incompleto	39.012	21,02%
Ensino Fundamental Completo	15.382	8,29%
Ensino Médio Incompleto	17.498	9,43%
Ensino Médio Completo	52.503	28,29%
Ensino Superior Incompleto	3.110	1,68%
Ensino Superior Completo	7.365	3,97%

*Os dados referentes a acidentes com menores de 15 anos totalizam 0,66% do total de acidentes notificados e não estão descritos na tabela 1.

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Tabela 2 - Caracterização da situação de trabalho, tipo e evolução clínica dos Acidentes de Trabalho entre trabalhadores de Minas Gerais, no período de 2014 a 2024

Variável	Acidentes de Trabalho (AT)	
Situação de trabalho	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Ignorado	19.742	10,64%
Empregado registrado	98.623	53,15%
Empregado não registrado	13.522	7,29%
Autônomo	32.253	17,38%
Serv. Púb. Estatutário	8.755	4,72%
Outros vínculos	12.671	6,83%
Tipo de acidente		
Ignorado	21.133	11,39%
Típico	138.231	74,49%
Trajeto	26.202	14,12%
Evolução clínica		
Ignorado	17.459	9,41%
Cura	64.787	34,91%
Incapacidade temporária	92.203	49,69%
Incapacidade parcial permanente	3.733	2,01%
Óbito pelo acidente	4.774	2,57%
Outras	2.610	1,41%
Comunicação de Acidente de Trabalho		
Ignorado	49.233	26,53%
Sim	56.131	30,25%
Não	69.119	37,25%
Não se aplica	11.083	5,97%

ENVELHECIMENTO E ADOECIMENTO PSÍQUICO: UMA ABORDAGEM TEÓRICA SOBRE TRABALHADORES IDOSOS QUE CONTRIBUEM FINANCEIRAMENTE PARA SEUS NÚCLEOS FAMILIARES

Joana Motta Araújo Roesberg; Programa de Pós-graduação em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Gisele Alves de Lima; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Elaine Leandro Machado; Departamento de Medicina Preventiva e Social; Universidade Federal de Minas Gerais

Mery Natali Silva Abreu; Departamento de Gestão em Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: Em 2022, o mercado de trabalho brasileiro registrou mais de 13 milhões de trabalhadores com 50 anos ou mais, representando 22,4% da população economicamente ativa (BRASIL, 2024; COSTANZI; ANSILIERO, 2024). Ademais, destaca-se que a participação de pessoas idosas na chefia dos domicílios brasileiros passou de 19,7% em 2010 para 27,2% em 2022, evidenciando um crescimento expressivo ao longo do período (IBGE, 2010; IBGE, 2024). Nota-se, portanto, uma mudança significativa no perfil etário da população economicamente ativa (PEA) do Brasil, mostrando que, cada vez mais, o idoso assume um papel importante no ambiente laboral, social e familiar. Nesse contexto, ressalta-se que o aumento da participação do trabalhador mais velho no mercado de trabalho brasileiro decorre da necessidade de complementar a renda, da predileção por preservar os vínculos sociais provenientes do meio laboral e de gozar de boa condição de saúde (FÉLIX, 2016; DE LIMA, 2024). Os dados apresentados mostram a relevância da participação do indivíduo idoso no mercado de trabalho e no núcleo familiar, o que pode ser analisado à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis (MELEIS, 2010). Para a autora, a transição é a passagem entre períodos estáveis, marcada por fases dinâmicas e mudanças. Nesse sentido, o envelhecimento configura-se como uma transição que acompanha problemas gerontológicos relacionados à perda da identidade do indivíduo, à mudança da posição social e possíveis desordens emocionais, como a depressão. **Objetivo:** Refletir sobre a Teoria das Transições de Afaf Meleis como referencial teórico-metodológico no contexto da depressão em indivíduos com 60 anos ou mais que participam do mercado de trabalho e contribuem financeiramente no núcleo familiar. **Referencial Teórico:** A Teoria das Transições, uma teoria de médio alcance, da enfermeira e pesquisadora Afaf Ibrahim Meleis, é o referencial teórico que sustenta a reflexão acerca do adoecimento psíquico de idosos que participam do mercado de trabalho e contribuem financeiramente para seus núcleos familiares. **Método**: Estudo do tipo reflexivo, que utilizou os princípios e conceitos da Teoria das Transições de Afaf Meleis como referencial teórico-metodológico para discutir sobre a ocorrência dos sintomas depressivos na população brasileira

de 60 anos ou mais que estão trabalhando e fornecem suporte financeiro para os familiares. **Resultado e Discussão:** À luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, entende-se que as mudanças vivenciadas pelo indivíduo mais velho em seus papéis sociais e ocupacionais configuram transições de desenvolvimento, identidade e organização (SCHUMACHER; JONES; MELEIS, 1999). Nesse contexto, a renda e o reconhecimento social atuam como recursos críticos que podem facilitar ou dificultar a adaptação diante das transformações no status e na identidade. Esses fatores têm impacto na percepção de valor que o idoso tem de si mesmo, e essa valorização é essencial para a manutenção de sua saúde emocional e mental. A participação financeira do indivíduo mais velho tende a contribuir para a melhoria das condições materiais da família, ao passo que o reconhecimento de seu papel dentro do núcleo doméstico reforça sua identidade e autonomia. A valorização tanto da contribuição econômica quanto do reconhecimento social, favorece uma transição saudável para o envelhecimento, marcada por sentimentos de pertencimento, utilidade e bem-estar psicossocial. Por outro lado, a desvalorização desses fatores pode comprometer o processo de transição, tornando-o suscetível a desfechos negativos, como perda de identidade e aumento da vulnerabilidade emocional, aumentando as chances de ocorrência de depressão no indivíduo em processo de envelhecimento. **Conclusão:** Analisando o processo transicional do envelhecimento, considerando o adoecimento psíquico perante as mudanças ocupacionais e sociais do indivíduo mais velho, compreende-se a Teoria das Transições de Meleis como um referencial teórico-metodológico promissor para direcionar a abordagem e reflexão acerca do objeto de estudo. A participação da pessoa idosa no mercado de trabalho e a contribuição financeira desse indivíduo para os familiares podem desencadear processos de saúde ou de vulnerabilidades psicossociais, tornando essencial a adoção de abordagens inovadoras para o cuidado dessa população. Ressalta-se que a utilização de tecnologias gerenciais em saúde pode ser estratégia eficiente durante as transições relativas ao envelhecimento. No contexto do adoecimento psíquico, as tecnologias gerenciais em saúde no espaço laboral oferecem a possibilidade de personalizar o cuidado, realizar o monitoramento contínuo da saúde mental e promover adaptações necessárias no espaço de trabalho, contribuindo para a melhoria do bem-estar dos idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Teoria de Enfermagem; Depressão; Envelhecimento.

AGRADECIMENTOS: Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio fundamental e pelo incentivo à realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Relação Anual de Informações Sociais – RAIS: ano-base 2024 (parcial). Brasília: MTE, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/estatisticas-trabalho/rais/rais-2024. Acesso em: 4 set. de 2025.

COSTANZI, Rogério Nagamine; ANSILIERO, Graziela. Evolução e projeção de longo prazo de contribuintes e beneficiários e implicações para o financiamento da previdência social. Rio de Janeiro: IPEA, abr. 2024. 59 p. (Texto para Discussão, n. 2988). DOI: https://doi.org/10.38116/td2988-port.

DE LIMA, Diana Vaz et al. Evidências do envelhecimento populacional e implicações fiscais no Brasil. Redeca, v. 11, 2024, e66409. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/redeca/article/view/66409. Acesso em: 12 ago. 2025.

FELIX, Jorge A. O idoso e o mercado de trabalho. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. Cap. 9, p. 241–263.Acesso em: 08 ago. 2025.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características das famílias e dos domicílios no Brasil: amostra do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/97/cd_2010_familias_domicilios_amostra.pdf. Acesso em: 30 jul. 2025.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população: notas metodológicas 01/2024. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102111.pdf. Acesso em: 30 jul. 2025.

MELEIS, A. I. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company. 2010.

SCHUMACHER, Karen L.; JONES, Patricia S.; MELEIS, Afaf I. Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals, v. 3, p. 1-26, 1999.Acesso em: 08 ago. 2025.

EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA DO SAMU BH NA UTILIZAÇÃO DE VÍDEOS COMO FERRAMENTA EDUCACIONAL

Patrícia Aguiar de Oliveira Soares; Enfermeira Mestre; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Karina Mara de Souza; Enfermeira Especialista; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte;

Carlos Henrique Castanheira; Enfermeiro Mestre; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte;

Daniela Aparecida Morais; Enfermeira Doutora; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte;

Paula Caroline Gonçales; Enfermeira Mestre; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte;

Amanda Núbia Costa Freitas; Enfermeira Especialista; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

RESUMO

Introdução: A pandemia de COVID-19, declarada em março de 2020, representou um ponto de inflexão para os sistemas de saúde em escala global, impondo desafios operacionais, assistenciais e, crucialmente, educacionais. Para os serviços de atendimento pré-hospitalar (APH), que operam na linha de frente em ambientes não controlados e de alta imprevisibilidade, a crise sanitária demandou uma reestruturação imediata de protocolos e práticas, com foco na minimização do risco de contaminação. Nesse contexto, a gestão de recursos humanos foi confrontada com a tarefa monumental de capacitar e atualizar centenas de profissionais de forma rápida, massiva e segura, uma vez que os métodos tradicionais de treinamento presencial se tornaram inviáveis devido às necessárias medidas de distanciamento social. No Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte (SAMU BH), um dos maiores do país, a correta utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) emergiu como a principal barreira contra a disseminação do vírus entre as equipes e pacientes. A sequência de paramentação (colocação) e, sobretudo, a de desparamentação (retirada) dos EPIs, constitui um procedimento de alto risco, onde uma única falha pode resultar na contaminação do profissional. Diante dessa realidade, o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) do SAMU BH recebeu a missão de desenvolver e implementar uma estratégia de treinamento que fosse não apenas veloz e padronizada, mas também acessível e eficaz para um contingente heterogêneo de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas, distribuídos em dezenas de bases descentralizadas e submetidos a escalas de trabalho rotativas. Alinhado às diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2020) e de órgãos internacionais, o NEP identificou a necessidade de um modelo pedagógico que superasse as barreiras logísticas e sanitárias. A solução adotada foi o uso de vídeos curtos como principal tecnologia educacional. Essa escolha estratégica

fundamentou-se nos princípios do microlearning, uma abordagem que entrega conteúdo em pequenas doses, focado em objetivos de aprendizagem específicos, ideal para o consumo em dispositivos móveis e para a rotina dinâmica dos profissionais do APH. A iniciativa visava, portanto, não apenas transmitir conhecimento técnico, mas também reforçar a cultura de segurança do cuidado e de proteção ocupacional em um momento de extrema incerteza e estresse profissional (ARRUDA, OSÓRIO e SILVA, 2020). **Objetivo:** Descrever a experiência do NEP SAMU BH na implementação de vídeos instrucionais para capacitar profissionais de atendimento pré-hospitalar na paramentação adequada de EPIs, e relatar percepções de efetividade, adesão e aplicabilidade no cotidiano assistencial. **Método:** Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência. O NEP produziu vídeos de 2–6 minutos, baseados nos protocolos e notas técnicas da Anvisa, em linguagem direta, com demonstrações passo a passo (sequência de colocação/retirada e descarte de EPIs), cenários simulados em base descentralizada e closes nos pontos críticos (ajuste de N95/PFF2, vedação, retirada de avental, macacão e luvas sem recontaminação) (ARRUDA, OSÓRIO e SILVA, 2020). Os vídeos foram disponibilizados via grupos oficiais de *Whatshapp*. A estratégia incluiu: (1) *microlearning* assíncrono - os vídeos ficaram disponíveis para acesso a qualquer momento, permitindo que os profissionais os assistissem conforme sua conveniência, antes de iniciar um plantão, durante um intervalo ou especificamente antes de atender uma ocorrência suspeita de COVID-19, respeitando a autonomia e a rotina de cada indivíduo e (2) supervisões pontuais à beira da ambulância para observação (BARROS, CARNEIRO, SANTOS, 2011). **Resultados:** Observou-se elevada adesão ao formato por facilitar revisões "*just-in-time*" antes de saídas para atendimentos de ocorrências. Profissionais relataram maior confiança na sequência correta e na vedação das máscaras, com redução de dúvidas recorrentes sobre ordem de retirada de EPIs após atendimento. As supervisões identificaram menor variabilidade entre equipes e maior conformidade aos passos críticos. A atualização ágil dos vídeos permitiu incorporar mudanças de protocolo sem interromper o serviço. Desafios incluíram garantir conectividade em todas as bases, manter padronização visual entre versões e suas atualizações. Como facilitadores, destacaram-se o roteiro objetivo, a duração curta e a demonstração por pares (instrutores do próprio SAMU) e a supervisão pontual, em consequência foram desenvolvidos os treinamentos híbridos no ano de 2025. **Conclusão:** A experiência do SAMU BH demonstrou que o uso de vídeos curtos, roteirizados e alinhados a diretrizes técnicas, constituiu uma estratégia educacional efetiva, exitosa, de baixo custo e altamente escalável para a qualificação contínua dos profissionais na paramentação de EPIs. A solução respondeu com agilidade e eficiência a uma demanda urgente imposta pela pandemia, favorecendo a padronização de procedimentos críticos e, consequentemente, a segurança do trabalhador e do paciente**.** A combinação de *microlearning* assíncrono e supervisão prática potencializou a retenção e a aplicação no campo. A principal lição aprendida é que as tecnologias educacionais digitais, quando bem planejadas e integradas a um componente humano de feedback, são ferramentas poderosas para a educação permanente em saúde, especialmente em serviços de urgência. Recomenda-se manter ciclo de atualização dos conteúdos, incorporar métricas objetivas de desempenho e garantir acessibilidade universal aos materiais. Esta iniciativa, nascida em um contexto de crise, deixou um legado de inovação pedagógica, consolidando um novo paradigma para os treinamentos no serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Atendimento pré-hospitalar; Equipamento de Proteção Individual; Educação em Saúde, Serviços Médicos de Emergência.

Referências:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020: orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle para COVID-19.** Brasília, DF: ANVISA, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/NOTATCNICAGVIMS0420covid1925.06.2024.pdf. Acesso em: 14 ago. 2025.

ARRUDA, D. O.; OSÓRIO, A. C. N.; SILVA, S. S. A. A Educação de Jovens e Adultos em tempos de pandemia: contradições e racionalidades em evidência. **Revista Internacional de Educação Superior**, v. 6, p. 398–416, out. 2020. DOI: https://doi.org/10.12957/riae.2020.52407. Acesso em: 20 set. 2025.

BARROS, A. L. B. L.; CARNEIRO, C. S.; SANTOS, V. B. A educação em saúde: um campo de atuação clínica e de pesquisa na enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 7–8, out. 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000200001. Acesso em: 30 set. 2025.

FORMAÇÃO CONTINUADA EM VIGILÂNCIA DE AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO: EXPERIÊNCIA DO CURSO BÁSICO (CBVAPT) EM MINAS GERAIS

Cristiane Moreira Magalhaes Andrade; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG).

Kátia Santos Dias; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG).

Eleonora Assuncao Morad Arantes; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG).

Janaína Passos de Paula; Mestre em Promoção à Saúde e Prevenção à Violência (UFMG); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG).

Gustavo de Almeida Terra; Pós-Graduado em Engenharia de Segurança do Trabalho (FEAMIG); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG).

Fellipe Antônio Andrade Chaves; Bacharel em Administração Pública; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG).

RESUMO

Introdução: A saúde do trabalhador constitui-se como um campo fundamental das políticas públicas em saúde, dada a complexidade das relações entre trabalho, ambiente e processos produtivos. No Brasil, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como finalidade compreender, intervir e prevenir os riscos e agravos à saúde relacionados ao trabalho. As ações de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho (VAPT) são estruturantes da Visat, pois permitem identificar, avaliar e intervir nos riscos presentes nos ambientes e processos de trabalho, fortalecendo a proteção da saúde da população trabalhadora (Brasil, 2012). Nesse contexto, a formação continuada de profissionais da saúde, especialmente aqueles que atuam em VAPT, torna-se estratégica para garantir a efetividade das ações e o fortalecimento das políticas de prevenção. O Curso Básico de VAPT (CBVAPT), promovido pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), representou uma iniciativa significativa de educação continuada em saúde. Ofertado na modalidade a distância e autoinstrucional, o curso buscou qualificar profissionais para atuarem de forma mais efetiva na VAPT, ampliando a capacidade técnica e analítica das equipes estaduais e municipais. **Objetivo:** O presente resumo apresenta uma análise crítica sobre o processo, os resultados e os impactos desta ação educacional, a partir do relatório final elaborado pelas equipes envolvidas. **Referencial Teórico**: A formação continuada de profissionais da saúde, especialmente os envolvidos na VAPT, é essencial para a efetividade das ações de Visat. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)

destaca a importância da capacitação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde, com ênfase nas equipes de Vigilância em Saúde e Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família. A formação em saúde deve considerar o trabalho como um fator que influencia a saúde dos indivíduos ao longo da vida, reconhecendo seu impacto nos processos de adoecimento e bem-estar da população trabalhadora (Brasil, 2012) A Educação Continuada em Saúde (ECS) surge como uma abordagem fundamental para aprimorar os conhecimentos e competências dos profissionais, contribuindo para a oferta de serviços de qualidade em um cenário de constantes transformações. Por se tratar de processo educativo que envolve o trabalho, a ECS é uma das ferramentas que contribuem na reflexão sobre as práticas de atenção, gestão e formação, que possibilitam mudanças na saúde, nos indivíduos e suas relações (Carotta, Kawamura; Salazar, 2009). Sendo importante que as iniciativas de ECS contem com a participação gestores, formadores, trabalhadores da saúde e pessoas envolvidas em movimentos sociais e no controle social (Nicoletto *et al*., 2009). O processo educativo sobre as práticas em saúde estimula a reflexão no mundo do trabalho e pode contribuir para melhorar a qualidade da assistência, incorporando nas ações os princípios e valores do SUS – da integralidade da atenção, da humanização do cuidado e do reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde. Nessa perspectiva a ECS tende a romper com a lógica tradicional de ensino, priorizando a aprendizagem significativa, crítica e transformadora, alinhada às necessidades do SUS (Sarreta, 2009). Considerando-se a importância dos processos educativos para o trabalho em saúde e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais com relação ao acesso à formação continuada, a Educação à Distância (EAD) se apresenta como uma estratégia para a ECS frente às novas tecnologias. O ensino à distância resulta na combinação entre os processos de educação e de comunicação de massa, permitindo o alcance de um grande número de pessoas e de grupos, pela possibilidade de utilização de variados recursos tecnológicos (Oliveira, 2007). **Método:** O CBVAPT foi discutido pela equipe de profissionais da Vigilância Epidemiológica de Minas Gerais junto a equipe de educação à distância da Escola de Saúde Pública (ESP-MG), devido a verificação, pela área técnica de Visat, de uma lacuna de conhecimento dos profissionais dos municípios mineiros que atuam com a vigilância de processos e ambientes de trabalho. Dessa forma, o curso foi estruturado em três unidades temáticas: (1) Vigilância em Saúde do Trabalhador; (2) Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho; e (3) Preparação e execução de ações de VAPT. O curso contou com carga horária de 40 horas, distribuídas em aproximadamente seis semanas, realizado na plataforma Moodle, em formato autoinstrucional, sem a mediação de tutores. Participaram da formação 895 profissionais oriundos de 377 municípios de Minas Gerais, organizados em duas turmas: 0124 (500 alunos) e 0224 (395 alunos). A certificação foi concedida aos alunos que cumpriram todas as atividades avaliativas e obtiveram, no mínimo, 75% de aproveitamento. O acompanhamento foi realizado por equipe técnica e pedagógica da Assessoria de Educação a Distância (AEaD) da ESP-MG, que monitorou diariamente o ambiente virtual e prestou suporte aos alunos. **Resultados e Discussão:** Do total de matriculados, 539 profissionais (60,2%) concluíram com sucesso o curso, recebendo certificação. A taxa de conclusão pode ser considerada satisfatória para cursos na modalidade EaD, sobretudo autoinstrucionais, em que é comum o aumento da evasão (Branco, Conte, Habowski, 2020). Observou-se, entretanto, uma proporção significativa de alunos desistentes, especialmente aqueles que nunca acessaram o

ambiente virtual, sugerindo a necessidade de maior sensibilização prévia junto às gestões municipais e regionais, de modo a garantir o engajamento dos participantes. A avaliação qualitativa dos alunos foi amplamente positiva, destacando-se a clareza e organização do conteúdo, diversidade de recursos pedagógicos e aplicabilidade dos conhecimentos à prática profissional. Muitos profissionais ressaltaram que o curso contribuiu para ampliar a compreensão sobre seus papéis na execução de VAPT e na prevenção de agravos relacionados ao ambiente e processos de trabalho. A possibilidade de acesso flexível e a abordagem prática dos temas foram apontadas como diferenciais. Do ponto de vista analítico, os resultados revelam avanços importantes, mas também apontam desafios, como a redução da interação entre alunos devido ao formato autoinstrucional e a ausência de estudos de caso regionais mais específicos. Outro ponto relevante é a potencialidade do curso como estratégia de fortalecimento da rede de vigilância. Ao qualificar profissionais em grande escala, a ação amplia a capilaridade da Visat em Minas Gerais, favorecendo a atuação descentralizada e a padronização de práticas. Entretanto, a consolidação dos conhecimentos adquiridos depende de ações complementares, como supervisão em campo, oferta de cursos avançados e fortalecimento das equipes multiprofissionais. **Conclusões**: O CBVAPT alcançou seu propósito de qualificar profissionais do SUS em Minas Gerais, contribuindo para o fortalecimento da política de saúde do trabalhador e para a consolidação da Visat. Os resultados positivos, evidenciados tanto pelo número expressivo de concluintes quanto pela avaliação qualitativa dos participantes, demonstram a relevância da iniciativa. A análise crítica indica, entretanto, a necessidade de aperfeiçoamento da estratégia, sobretudo quanto à ampliação da interatividade, à contextualização regional dos conteúdos e ao acompanhamento das práticas após a formação, permitindo que o curso seja um ponto de partida fundamental para a construção de estratégias mais integradas e contínuas de educação permanente em saúde do trabalhador.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância em Saúde do Trabalhador; Serviços de Saúde do Trabalhador; Educação Continuada

REFERÊNCIAS

BRANCO, Lílian Soares Alves; CONTE, Elaine; HABOWSKI, Adilson Cristiano. Evasão na educação a distância: pontos e contrapontos à problemática. Avaliação (Campinas), v. 25, n. 01, p. 132-154, mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-do-trabalhador/legislacao/portaria-gm-ms-n-1-823-de-23-de-agosto-de-2012>. Acesso em: 25 set. 2025.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. Saúde e Sociedade, v. 18, supl. 1, p. 48-51, 2009.

NICOLETTO, S. C. S. et al. Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. Interface, v. 13, n. 30, p. 209-19, 2009.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, n. 5, p. 585–589, set. 2007

SARRETA, F. O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP; Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Available from SciELO Books.

FORTALECIMENTO DA CULTURA DE GESTÃO BASEADA EM INDICADORES: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Giovanni Rocha Scaramello; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Luciana Morais Rocha; Mestre em Saúde Coletiva; Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais

Ana Carolina Chaves Gomes da Silva; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo

Introdução: A gestão baseada em indicadores tem como objetivo principal a melhoria contínua e a prevenção de problemas. Ela visa identificar desvios para agir com antecedência e realizar intervenções, assim como otimizar os processos, o que contribui ativamente na melhoria da eficiência e eficácia dos mesmos. Com base neste conceito, foi criado um indicador – atribuído à Gestão Estratégica da organização de estudo, para medir o nível de maturidade dos coordenadores de divisões com o processo de análise crítica dos indicadores, das suas unidades vinculadas. A fim de promover o fortalecimento da cultura de gestão estratégica baseada em indicadores de risco. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é avaliar a maturidade dos gestores na utilização de indicadores para orientar as tomadas de decisões e monitorar o planejamento estratégico das suas áreas, em uma organização pública de saúde. **Fundamentação Teórica:** Indicador, segundo a Joint Commission (1989), é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionada ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte. Os indicadores de saúde, segundo Schout (2007), se destacam na sua capacidade de monitorar e melhorar a qualidade e o desempenho dos serviços de saúde. Ramos (2015), pontua que a análise de desempenho hospitalar pode ser realizada a partir de diferentes perspectivas e pode englobar múltiplas dimensões como eficiência, segurança e foco no paciente, orientação do profissional de saúde e governança. Nesse sentido, o planejamento estratégico acaba se tornando uma ferramenta fundamental. Esse planejamento, segundo Kotler (1992), é definido como o processo gerencial de desenvolver e manter uma adequação razoável entre os objetivos e recursos da empresa e as mudanças e oportunidades de mercado. Logo, o objetivo do planejamento estratégico é orientar e reorientar os negócios e produtos da empresa de modo que gere lucros e crescimento satisfatórios. Matos (1999) categoriza o planejamento estratégico em cinco características fundamentais: Adaptação da organização a um ambiente mutável: Ou seja, sujeito à incerteza a respeito dos eventos ambientais. Por se defrontar com a incerteza tem suas decisões baseadas em julgamentos e não em dados concretos. Reflete uma orientação externa que focaliza as respostas adequadas às forças e pressões que estão situadas do lado de fora da organização; Orientado para o futuro: Seu horizonte de tempo é o longo prazo. Durante o curso do planejamento, a consideração dos problemas atuais é dada em função dos obstáculos e barreiras que eles possam provocar para um almejado lugar no futuro; Compreensivo: Ele envolve a organização como uma totalidade, abarcando todos os seus

recursos, no sentido de obter efeitos sinergísticos de todas as capacidades e potencialidades da organização. A resposta estratégica da organização envolve um comportamento global, compreensivo e sistêmico. A participação das pessoas é fundamental nesse aspecto, pois o planejamento estratégico não deve ficar apenas no papel, mas na cabeça e no coração de todos os envolvidos. São eles que o realizam e o fazem acontecer; Processo de construção de consenso: Devido à diversidade dos interesses e necessidades dos parceiros envolvidos, o planejamento deve oferecer um meio de atender a todos na direção futura que melhor convenha para que a organização possa alcançar seus objetivos. Para isso, é preciso aceitação ampla e irrestrita para que o planejamento estratégico possa ser realizado através dessas pessoas em todos os níveis da organização; Uma forma de aprendizagem organizacional: Por estar orientado para a adaptação da organização ao contexto ambiental, o planejamento constitui uma tentativa constante de aprender a ajustar- se a um ambiente complexo, competitivo e suscetível a mudanças. **Métodos:** Estudo quantitativo, onde foi realizada uma avaliação estruturada, com perguntas definidas pela equipe de gestão estratégica da organização. As perguntas foram direcionadas para avaliar as chefias de diretoria e divisão, em relação à realização efetiva de análises críticas dos indicadores. A gestão baseada em indicadores tem como objetivo principal a melhoria contínua e a prevenção de problemas. Ela visa identificar desvios para agir com antecedência e realizar intervenções, assim como otimizar os processos, o que contribui ativamente na melhoria da eficiência e eficácia dos mesmos. Foi criado um indicador – atribuído à Unidade de Gestão Estratégica da instituição, para medir o nível de maturidade dos coordenadores de divisões com o processo de análise crítica dos indicadores, das suas unidades vinculadas, a fim de promover o fortalecimento da cultura de gestão estratégica baseada em indicadores de risco. O indicador irá mensurar ações de um plano de ação elaborado com a finalidade de avaliar o engajamento dos gestores, coordenadores de Divisões da organização, para promover o fortalecimento da cultura de gestão estratégica baseada em indicadores de risco. Ou seja, contribuir ativamente para a melhoria contínua e para a prevenção de problemas, identificando desvios para atuação com antecedência. O estudo visa gerar o aumento da maturidade em pelo menos 40% das chefias de divisão. Para avaliar o indicador foram utilizados oito critérios diferentes de avaliação, com cada resposta ‘SIM’ considerando dois pontos e cada resposta ‘NÃO’ considerando zero ponto, sendo a pontuação máxima possível dezesseis pontos. **Resultados:** Após a aplicação do questionário nas 23 áreas envolvidas e a atribuição da pontuação (2 pontos por resposta positiva), os resultados foram compilados e apresentados no gráfico abaixo. A pontuação média de envolvimento no processo de análise crítica do indicador foi de 8,1 pontos. Variando de 4 a 12 pontos. Os resultados apontam que muitas das diretorias e divisões avaliadas apresentaram uma maturidade intermediária. Poucas áreas apresentaram resultados de baixa maturidade, ou seja, a organização está gradualmente desenvolvendo a cultura de gestão baseada em indicadores nas divisões. No entanto, foram observadas lacunas importantes para que a gestão baseada em indicadores se torne mais robusta e eficaz na instituição. A análise dos resultados evidencia que a maioria das Divisões e Diretorias (aproximadamente 70%) demonstra um nível razoável de envolvimento inicial no processo de análise crítica do indicador "% de Desempenho das Unidades Diretamente Vinculadas". Algumas unidades apresentam um nível de desenvolvimento intermediário, com pontuações entre 50% e 75%, indicando uma participação crescente, mas nenhuma unidade atingiu o nível de maturidade plena (acima de 75%). Esses resultados apontam para uma necessidade significativa de fortalecer a cultura de análise crítica e a efetividade do processo de gestão dos indicadores em toda a organização. A baixa média de pontuação sugere que, em geral, a análise crítica ainda não é realizada de forma consistente, aprofundada e orientada para a ação. **Conclusão:** A ferramenta de análise de maturidade demonstrou ser um instrumento útil para diagnosticar o grau de envolvimento dos Coordenadores e Diretores com a análise crítica

do indicador prioritário. Contudo, os resultados revelam lacunas importantes para que a gestão baseada em indicadores se torne mais robusta e eficaz na instituição. É fundamental evoluir de uma análise meramente descritiva para uma análise proativa, que identifique riscos, oportunidades e impulsione a implementação de melhorias contínuas.

PALAVRAS-CHAVE: Indicadores, Análise crítica, Gestão baseada em indicadores.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Marcelo Cristiano de; RAMOS, Lucila Pedroso da Cruz; KISHIMA, Vanessa Chaer; POLLARA, Wilson Modesto; LIRA, Antônio Carlos Onofre de; COUTTOLENC, Bernard François. *Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil*. Revista de Saúde Pública, v. 49, p. 43, 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rsp/2015.v49/43/pt/. Acesso em: 06 out. 2025.

CARACTERÍSTICAS DOS INDICADORES CLÍNICOS. QRB - Boletim de Revisão de Qualidade, v. 15, n. 11, p. 330-339, nov. 1989. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2512521/. Acesso em: 06 out. 2025.

KOTLER, Philip. *Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

MATOS, Francisco Gomes de; CHIAVENATO, Idalberto. *Visão e ação estratégica*. São Paulo: Makron Books, 1999.

SCHOUT, Denise; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. *Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 4, p. 1081-1092, ago. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/BJLf9fTpw46kJhKhfnZ7Ctx/?lang=pt. Acesso em: 06 out. 2025.

GESTÃO DISTRITAL E CONTROLE SOCIAL: FORTALECIMENTO DA ATUAÇÃO DOS CONSELHEIROS DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE EM CONJUNTO COM AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Léia Dias da Rocha; Graduação em Enfermagem; Pontifícia universidade Católica de Minas Gerais; Mestranda do Programa de Pós de Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais; Secretária Municipal de Saúde de Contagem MG.

Rachel de Almeida Costa Andrade; Graduada em Fonoaudiologia; Universidade Federal de Minas Gerais; SecretáriaMunicipal de Saúde de Contagem MG.

Anderson dos Santos Nascimento; Graduado em Gestão Pública; Universidade Estadual de Minas Gerai; Graduando Ciências Sociais; Universidade Federal de Minas Gerais; Secretária Municipal de Saúde de Contagem MG.

Juliana Guedes Mandarino; Mestre em Enfermagem Assistencial; Universidade Federal Fluminense; Doutoranda em Enfermagem; Universidade Federal Fluminense; Secretária Municipal de Saúde de Contagem MG.

Sandro Jovino Alves; Graduação Tecnologia em Processos de Saúde; Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia de Minas Gerais IFMG; Secretária Municipal de Saúde de Contagem MG.

Karolina Marilene Rodrigues Gibson; Graduação em Serviço Social; Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; Conselho Municipal de Saúde de Contagem MG.

RESUMO

Introdução: O trabalho de fortalecimento dos Conselhos Distrital e Locais de Saúde no Distrito Sanitário Nacional (DSN) de Contagem/MG emerge da necessidade de construção de um território fértil em produção de saúde, coerente com as reais necessidades da população e comprometido com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o diagnóstico situacional do território em 2021, foram identificados problemas que comprometiam os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, resultando em práticas que feriam direitos coletivos e enfraqueciam o controle social. Entre os principais desafios observados, destacaram-se a inexistência de participação efetiva dos conselhos de saúde, a fragilidade do vínculo entre as equipes de saúde e a comunidade, posturas profissionais divergentes da Política Nacional de Humanização e manifestações de clientelismo que fragilizavam os processos democráticos e transparentes de gestão. O cenário da pandemia de COVID-19, iniciado em 2020, agravou os desafios de articulação comunitária, mas também estimulou estratégias criativas de mobilização social, demonstrando a capacidade de resiliência das equipes e da gestão. Nesse contexto, o DSN iniciou um movimento de reorganização dos espaços de controle social e retomada da atuação dos conselheiros locais e distritais de saúde, promovendo a formação, a conscientização e a ampliação da participação popular como pilares do fortalecimento do SUS no território. Parte desse processo e de seus resultados foi sistematizada e apresentada no Congresso do CONASEMS, em 2023**,** representando o município de

Contagem/MG como uma experiência exitosa em fortalecimento da participação social e gestão colegiada do SUS. **Objetivo geral:** Implementar e fortalecer os Conselhos Distrital e Locais de Saúde no Distrito Sanitário Nacional de Contagem/MG, fomentando o trabalho conjunto com as equipes de saúde e garantindo o efetivo exercício do controle social. **Objetivos específicos:**Identificar a compreensão dos conselheiros sobre suas atribuições legais e o espaço de atuação no processo de gestão participativa. 1. Potencializar a atuação dos conselheiros na identificação das prioridades e necessidades dos serviços ofertados, distinguindo demandas imediatas de necessidades coletivas. 2. Institucionalizar o compartilhamento de informações entre Conselhos Locais, Conselho Distrital, equipes de saúde, Conselho Municipal e gestão, fortalecendo a integração e a resolutividade das ações. 3. Promover o empoderamento dos atores sociais envolvidos na produção da saúde, para que a cogestão dos processos de trabalho favoreça os exercícios os atributos essenciais da atenção primária a saúde. **Referencial Teórico:** O referencial teórico deste trabalho se baseia nos princípios da gestão participativa e da democracia deliberativa, pilares fundamentais do SUS, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.142/1990, que institui os Conselhos e Conferências de Saúde como instâncias colegiadas de controle social. Autores como Eugênio Vilaça Mendes (2015), Campos (2000) e Cecílio (2009**)** sustentam que a produção de saúde é resultado da articulação entre sujeitos, saberes e práticas, e que o fortalecimento da participação social é condição indispensável para a consolidação de sistemas locais de saúde mais justos, resolutivos e democráticos. A concepção de território como espaço vivo de produção de saúde também embasa este estudo, destacando que o controle social não se limita à fiscalização, mas constitui-se como espaço pedagógico de formação política e transformação social (Carvalho, 2019).Dessa forma, o fortalecimento dos conselhos de saúde representa não apenas o cumprimento de uma exigência legal, mas a efetivação de um processo educativo e político, capaz de ampliar a consciência crítica e a corresponsabilidade entre usuários, trabalhadores e gestores na construção cotidiana do SUS. **Método:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido no Distrito Sanitário Nacional de Contagem/MG, iniciado em janeiro de 2001 e vigente até o presente momento. A população do estudo é composta por 58 conselheiros distritais e locais de saúde, titulares e suplentes, que atuam em sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território. O processo foi organizado em etapas sucessivas e interdependentes: **Diagnóstico Situacional:** identificação dos principais problemas relacionados à ausência de participação social, ao distanciamento entre conselhos e equipes de saúde e à falta de compreensão dos conselheiros sobre suas funções. **Mobilização Social:** retomada das atividades colegiadas mesmo durante o período pandêmico, com reuniões virtuais e estratégias de sensibilização comunitária. **Eleição e Formação dos Conselheiros:** eleição democrática dos representantes locais e distritais; aplicação de diagnóstico para avaliar o conhecimento dos eleitos sobre suas atribuições legais e distinção entre demandas individuais e necessidades coletivas. **Capacitação e Parcerias Institucionais:** realização de cursos de formação em parceria com o Projeto Democracia Participativa (Prodep/UFMG**)** utilizando plataformas digitais e abordando temáticas como gestão participativa, controle social e política pública em saúde, democracia em saúde. Também foi adotada como estratégia de formação a plataforma de estudo do Conselho Nacional de Saúde: Também foi adotada como estratégia de formação a plataforma de estudos do Conselho Nacional de Saúde, por meio do curso

Participação e Controle Social. Além disso, foi implementada a iniciativa **"30 Minutos que Transformam"**, que destina parte de cada reunião ordinária ao fortalecimento do controle social. São oportunidades de abordagem das temáticas relacionadas à participação e ao controle social, aos desafios da democracia participativa, ao acesso à informação, à atuação dos conselhos no âmbito do território (UBS e distrito) e à construção coletiva da saúde nos território. Em 2025 foi firmada nova parceria agora com PUC/Minas - Formação de Conselheiros de Saúde com temáticas para formação de conselheiros dos seguimentos gestor, trabalhador e usuário para o fortalecimento do controle social Local e Distrital. **Institucionalização e Acompanhamento:** criação de cronogramas de reuniões mensais, incentivo à participação nas instâncias colegiadas e monitoramento das ações de fortalecimento dos conselhos nas UBS. Durante todas as etapas, adotou-se uma abordagem participativa e educativa, em que gestores, trabalhadores e usuários foram envolvidos no processo de reflexão sobre o papel político dos conselhos e sobre a importância da corresponsabilidade na produção de saúde. **Resultados e Discussão:** Os resultados obtidos ao longo do processo são expressivos e revelam avanços significativos na gestão participativa do território. Entre os principais resultados alcançados, destacam-se: Criação e efetivação dos Conselhos Locais de Saúde em 100% das UBS do DSN, totalizando sete Conselhos Locais e um Conselho Distrital de Saúde; Participação ativa de 57 conselheiros nas reuniões ordinárias e extraordinárias, com cronograma regular de encontros mensais; Empoderamento dos conselheiros e fortalecimento do protagonismo social, com ampliação da compreensão sobre suas funções deliberativas, consultivas e fiscalizadoras; Criação de ações educativas para profissionais de saúde, usuários e grupos comunitários, promovendo o diálogo, a corresponsabilidade e a humanização das práticas; Coparticipação dos conselheiros no planejamento e avaliação "in loco" da assistência em saúde, pautada em fluxos e protocolos clínicos, o que contribuiu para a redução do clientelismo e o fortalecimento da transparência na gestão local; Fortalecimento do vínculo entre equipes de saúde e comunidade, consolidando o território como espaço de escuta, diálogo e corresponsabilidade; Ampliação do uso da Ouvidoria do SUS como ferramenta de participação social, estimulando a comunicação entre usuários e gestão e contribuindo para a resolução de problemas do cotidiano das UBS. Esses resultados evidenciam que a participação social é um instrumento transformador, que promove o aprendizado coletivo, estimula a solidariedade e fortalece o sentimento de pertencimento à comunidade. O processo de fortalecimento dos conselhos revelou-se também um espaço de enfrentamento de tensões e conflitos, inerentes à natureza democrática, que foram tratados como oportunidades de reflexão, aprendizado e crescimento. A convivência entre diferentes interesses, visões e papéis institucionais permitiu a construção de uma nova cultura de diálogo e negociação entre gestores, trabalhadores e usuários, superando práticas verticalizadas e favorecendo o exercício da cidadania ativa. Conclusões: A experiência desenvolvida no Distrito Sanitário Nacional de Contagem/MG demonstra que a efetivação dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde é uma estratégia fundamental para a consolidação do SUS democrático e participativo. O processo de compartilhamento da gestão com usuários, trabalhadores e gestores fortalece o exercício do controle social e amplia o poder decisório coletivo, permitindo que a população se reconheça como agente político, com direito à escolha, à voz e à ação.O fortalecimento dos conselhos de saúde no território do DSN representa um avanço concreto na democratização da gestão pública, pois legitima o papel do conselheiro junto às equipes de saúde, desmistifica a idéia de oposição entre conselho e gestão, e reafirma a importância do diálogo como caminho para a consolidação do SUS. A transição do interesse individual para o pensamento coletivo é um desafio constante, que exige formação, escuta, diálogo e compromisso

ético com a construção de um projeto comum de sociedade. Por fim, reafirma-se que a participação social é o eixo estruturante da e que, ao fortalecer os conselhos de saúde, fortalecemos também os princípios do SUS, igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade, tornando possível a construção de um sistema público potente, humano e verdadeiramente voltado para quem mais precisa.

PALAVRAS-CHAVE: Participação social; Controle social; Gestão democrática; SUS.

AGRADECIMENTOS: Ao Conselho Municipal de Saúde de Contagem, a Secretaria Municipal de Saúde e a Diretoria do Distrito Sanitário Nacional de Contagem MG.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**.Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 178 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social - Guia de Referência para Conselheiros Municipais.** Brasília, 2001. Disponível em: http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/MOSUS.pdf . Acessado em 20/02/2002

Brasil. Ministério da Saúde. **Orientações para Conselheiros Nacionais de Saúde.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 90 p.

CARVALHO, Maria do Socorro Souza. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação social e controle democrático das políticas públicas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; Abrasco, 2009. p. 117-130.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

ROCHA, Léia Dias da; et al. Fortalecimento dos Conselhos Distrital e Locais de Saúde: experiência do Distrito Sanitário Nacional de Contagem/MG. In: CONGRESSO DO CONASEMS, 37., 2023, Goiânia. Anais... Goiânia: CONASEMS, 2023.

APÊNDICE

Figura 1 – Conselho Local de Saúde online; Reunião online - Plataforma digital 2021.

Fonte: Arquivo do Distrito Sanitário Nacional

Figura 2-Conselho Distrital de Saúde; Reunião Presencial 2022.

Fonte: Arquivo do Distrito Sanitário Nacional

Figura 3- Conferencia Distrital de Saúde; Reunião Presencial 2023

Fonte: Arquivo do Distrito Sanitário Nacional

GESTÃO DO MONITORAMENTO ACADÊMICO EM SAÚDE: CONTINUIDADE DA EXPERIÊNCIA DO CEMFC/UFMG NA EAD COM PLANEJAMENTO ESTRUTURADO

Gabriela Moura Cunha; Graduanda em Radiologia; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais

Gabriel Henrique Silva Teixeira; Bacharel em Biblioteconomia; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais

Janaina Neres; Mestre em Pedagogia; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais

Sara Shirley Belo Lança; Mestre em Pedagogia; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais

Marcelo Pellizzaro Dias Afonso; Doutorando em Saúde Pública; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais

Claudia Renata de Paula Orlando; Especializando em Administração Pública; Especialista em Governança Pública de Sistemas e Serviços de Saúde; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

INTRODUÇÃO: A experiência da equipe de Monitoramento Acadêmico dos Cursos de Especialização em Medicina de Família e Comunidade da UFMG, vinculados aos Programas de Provimento Federal Mais Médicos e Médicos pelo Brasil, tem se consolidado como prática inovadora na gestão acadêmica em saúde. A educação a distância (EaD) aplicada à formação em saúde representa estratégia essencial para ampliar o acesso e a qualificação de profissionais no SUS. No entanto, os cursos ofertados em larga escala enfrentam desafios persistentes, como evasão, diversidade de perfis e dificuldades em conciliar estudos com a prática profissional (FOSSATTI, JUNG, 2018; LEITE, MACEDO, MELO, 2024). Nesse contexto, destaca-se a importância da escuta ativa e do acompanhamento individualizado para promover engajamento e permanência. Tornou-se necessário desenvolver tecnologias de gestão acadêmica que articulem acompanhamento contínuo, organização de fluxos e políticas de apoio. Em 2025, implementou-se uma ferramenta estruturada de planejamento como suporte organizacional para otimizar a comunicação e os fluxos de acompanhamento (FREITAS, 2023; ALBARELLO, 2025; VELOSO, 2025). A planilha de planejamento em Excel surgiu para alinhar cronogramas das ofertas com a comunicação aos estudantes, sobretudo em períodos críticos. Funcionando como mapa temporal, centraliza datas, prazos e observações, sistematizando o envio de mensagens, fortalecendo a previsibilidade e reduzindo a ansiedade. Ao mesmo tempo, amplia a capacidade de replicação como prática institucional de permanência em cursos EaD em saúde (LEITE, MACEDO, MELO, 2024; ALBARELLO, 2025). Busca-se relatar como essa ferramenta potencializa os processos de acompanhamento e comunicação, mostrando de que maneira uma tecnologia simples, estrategicamente aplicada, pode fortalecer políticas de permanência e qualificar a formação de profissionais essenciais para o SUS (PEREIRA, OLIVEIRA, 2024; VELOSO, 2025). **OBJETIVOS:** O trabalho objetiva relatar e analisar a experiência da Equipe de Monitoramento Acadêmico do CEMFC/UFMG com o uso de planilha de planejamento como ferramenta estratégica de gestão em cursos de especialização EaD, evidenciando seus impactos na comunicação, acompanhamento e qualificação da formação em saúde. São os objetivos específicos: Descrever a aplicação da planilha como recurso para

otimizar a comunicação, antecipar riscos e apoiar práticas de monitoramento centradas no estudante; Avaliar os impactos da ferramenta na permanência, no engajamento e na qualificação da formação em saúde, discutindo seu potencial inovador na organização de processos e apoio à Atenção Primária. **METODOLOGIA:** Este estudo caracteriza-se como relato de experiência da Equipe de Monitoramento Acadêmico vinculada ao CEMFC/NESCON/UFMG, focalizando a utilização estratégica de planilhas como ferramenta para acompanhamento acadêmico. A planilha foi estruturada com base nos cronogramas oficiais dos cursos, permitindo organizar e programar sistematicamente todas as ações de monitoramento, desde o envio de comunicados até a priorização de contatos individuais em momentos críticos do processo. Funcionando como instrumento de gestão centralizado, a planilha orienta decisões sobre intervenções pedagógicas e integra planejamento com execução das ações. A metodologia permite que a equipe antecipe riscos acadêmicos, otimize fluxos de trabalho e assegure que os estudantes recebam apoio adequado de forma tempestiva. Além disso, possibilita mapear responsabilidades, monitorar prazos e consolidar dados essenciais que subsidiam relatórios, fortalecendo a coordenação entre as áreas envolvidas nos cursos. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Como resultado da experiência, construiu-se uma ferramenta, ao mesmo tempo simples e potente, que quando estruturada de maneira estratégica, pode transformar o monitoramento acadêmico em uma prática organizada, ágil e centrada no estudante, contribuindo para a permanência, engajamento e sucesso acadêmico em programas de formação em saúde de grande escala. A Planilha de Planejamento de Comunicação com os Estudantes é apresentada na Figura 1. A implementação das estratégias de monitoramento acadêmico, apoiada pela planilha de planejamento, trouxe resultados consistentes, especialmente na organização das rotinas de acompanhamento e na agilidade das intervenções (ALBARELLO, 2025). A sistematização da escuta ativa reduziu o retrabalho, qualificou os fluxos de comunicação e permitiu que informações circulassem de forma integrada entre monitores, tutores e coordenação, favorecendo a antecipação de riscos e evitando que problemas pontuais comprometesse a permanência dos estudantes (PEREIRA, OLIVEIRA, 2024; VELOSO, 2025). O uso do Power BI ampliou a capacidade de mapear tendências de evasão, identificar módulos com dificuldades e reconhecer perfis de estudantes vulneráveis. Esses dados possibilitaram uma gestão acadêmica mais estratégica, direcionando esforços conforme as necessidades, otimizando recursos e fortalecendo o alinhamento entre os setores, resultando em maior efetividade nas ações de suporte. Outro ponto relevante foi a contribuição dessas estratégias para além da esfera acadêmica. O monitoramento acadêmico gerou impacto social ao reduzir a evasão e apoiar a conclusão dos cursos, contribuindo para formar e fixar profissionais na Atenção Primária e fortalecer o SUS, configurando-se como tecnologia gerencial em saúde que articula dados, organiza processos e promove resultados educacionais e de saúde pública.

Apesar dos avanços, persistem desafios que demandam atenção. A diversidade de perfis estudantis, marcada por desigualdades socioeconômicas e dificuldades de acesso à internet em regiões remotas, exige da equipe elevada flexibilidade e capacidade de adaptação (LEITE, MACEDO, MELO, 2024). Assim, embora os resultados já indicam benefícios claros, a experiência reforça a necessidade de contínuo aprimoramento das ferramentas de planejamento, capacitação da equipe e incorporação de soluções tecnológicas inovadoras. A consolidação desse modelo depende de manter o equilíbrio entre gestão eficiente, cuidado humanizado e uso estratégico de dados, garantindo que as práticas de monitoramento acadêmico evoluam de forma sustentável e inclusiva. **CONCLUSÃO:** O monitoramento acadêmico estruturado dos cursos de especialização em Medicina de Família e Comunidade da UFMG demonstrou ser uma estratégia eficaz que, através do acompanhamento individualizado e uso de ferramentas como planilhas de planejamento, consegue antecipar riscos, reduzir atrasos e melhorar a trajetória estudantil, favorecendo a permanência e o desempenho dos alunos. Apesar dos desafios relacionados à diversidade de perfis e barreiras de acesso em regiões vulneráveis, esse

modelo promissor contribui diretamente para a formação e fixação de profissionais qualificados na Atenção Primária, fortalecendo o SUS, e configura-se como abordagem replicável em outros programas de formação em saúde, desde que mantida a capacitação contínua da equipe, o uso inteligente de tecnologias e o estudante no centro do processo.

Palavras-Chave: Gestão em Saúde; Educação a distância; Desempenho acadêmico; Medicina de Família e Comunidade.

Agradecimentos
Os autores agradecem a Osvaldo Silva de Sousa Junior pelo trabalho técnico e dedicado na construção e aprimoramento dos painéis em Power BI, que possibilitou integração clara de dados e fortaleceu os processos de acompanhamento acadêmico.

REFERÊNCIAS

ALBARELLO, C.B. et al. Melhoria das atividades de planejamento de recursos em projetos em ambiente de transição ágil. **Revista Inovação, Projetos e Tecnologias**, v. 13, n. 2, 2025. e28981. ISSN 2318-9851.

FOSSATTI, P; JUNG, H.S. (org.). Investigação em governança Universitária [recurso eletrônico]: memórias. **Dados eletrônicos**. Canoas, RS: Unilasalle, 2018.

FREITAS, Antônio Alberto. Avaliação do programa Mais Médicos: articulando desafios, avanços e percepções na atenção primária à saúde de Itapiúna/Ceará. 2023. 117 f. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2023.

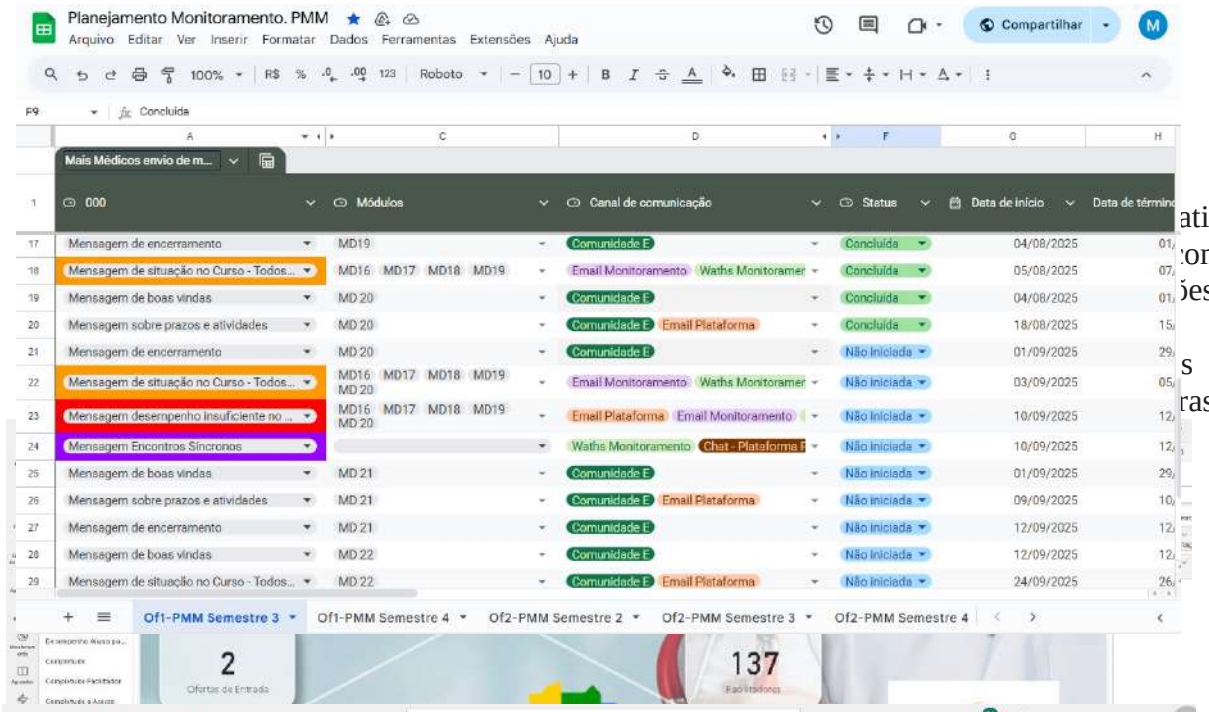
LEITE, A.S.; MACEDO, I.S.V.; MELO, L.B. Educação permanente: fragilidades na sua execução no SUS. *Revista FAIT*, [S. l.], 2024.

PEREIRA, E. R.; OLIVEIRA, F. N. G. Ferramentas de Suporte aos Gestores no Ensino Superior. **Caminhos da Educação: diálogos culturas e diversidades**, *[S. l.]*, v. 6, n. 1, p. 01–12, 2024. DOI: 10.26694/caedu.v6i1.4906.

VELLOSO, A. Entre a Escuta e a Inovação: A Tutoria como Eixo de Transformação na EaD Inclusiva. **EaD em Foco**, *[S. l.]*, v. 15, n. 2, p. e2606, 2025. DOI: 10.18264/eadf.v15i2.2606.

APÊNDICE

Figura 1: Planilha de Planejamento de Comunicação com os estudantes



VI SEMINÁRIO

PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Tema:
Diálogos sobre diversidade e inclusão na saúde

10 E 11 DE NOVEMBRO de 2025

IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE DESSENSIBILIZAÇÃO À OXALIPLATINA COMO ESTRATÉGIA GERENCIAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE

Viviane Carvalho Resende; Especialista em Farmácia Clínica em Oncologia; Faculdade Pitágoras.

Maria Clara Rodrigues de Paula; Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais.

Jacqueline Miranda Heine; Especialista em saúde do idoso; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente tem se consolidado como eixo central na gestão em saúde, especialmente em contextos de alta complexidade assistencial, como a oncologia. Entre os agentes antineoplásicos amplamente utilizados, a oxaliplatina é um dos principais componentes no tratamento do câncer colorretal. Entretanto, seu uso clínico é limitado pelo risco de reações infusionais, que podem variar de manifestações leves, como rubor, prurido e desconforto torácico, até episódios graves, como taquicardia, desconforto abdominal e reações anafilactoides potencialmente fatais (Castells, 2006; Castells et al., 2008). No cenário de uma clínica oncológica privada de Minas Gerais, observou-se, no 2º trimestre de 2025, aumento significativo nas notificações relacionadas a essas reações, o que mobilizou a gestão assistencial para análise das ocorrências e proposição de intervenções estratégicas. Nesse contexto, optou-se pela implantação de um protocolo de dessensibilização à oxaliplatina, estruturado como uma tecnologia gerencial voltada para mitigação de riscos clínicos, padronização de processos assistenciais, fortalecimento da cultura de segurança e otimização de recursos disponíveis (WHO, 2017; MS, 2014). **Objetivo:** Relatar a experiência de implantação do protocolo de dessensibilização, destacando aspectos gerenciais e assistenciais envolvidos, impactos na prática clínica e contribuições para a segurança do paciente. A escolha insere-se no eixo “Tecnologias Gerenciais em Saúde”, uma vez que exigiu planejamento, integração multidisciplinar, educação permanente e adequação das condições de trabalho, demonstrando como a gestão orientada por evidências pode transformar desafios em oportunidades de melhoria contínua (Mendes, 2011). **Referencial Teórico:** A gestão da segurança do paciente apoia-se em pilares como cultura de notificação, padronização de processos, análise de riscos e educação permanente (MS, 2014; WHO, 2017). O modelo de Donabedian destaca a articulação entre estrutura, processo e resultado para avaliação e melhoria dos serviços de saúde (Donabedian, 1966). Nesse sentido, protocolos clínicos podem ser compreendidos como tecnologias gerenciais que asseguram padronização das práticas, reduzem

variabilidade da assistência e promovem maior previsibilidade de resultados. Além disso, a literatura já consolidou a eficácia dos protocolos de dessensibilização em pacientes com histórico de reações infusionais, permitindo manutenção da terapia antineoplásica de forma segura (Castells, 2006; Castells et al., 2008). **Método:** Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e qualitativa, que tem como propósito compartilhar vivências e aprendizados decorrentes da implementação do **Protocolo de Dessensibilização de Antineoplásicos do Hospital Sírio-Libanês (2023)**, estruturado em múltiplas etapas de infusão escalonada, com preparo pela farmácia em três bolsas sequenciais, monitoramento contínuo da enfermagem e uso de planilha de escalonamento. A experiência foi desenvolvida no período de 01 julho de 2025 a 31 de julho de 2025, em uma clínica oncológica privada de Minas Gerais, envolvendo os profissionais de saúde. A partir da análise de notificações internas, identificou-se aumento nas reações infusionais associadas ao uso de oxaliplatina. Essas notificações, oriundas da enfermagem, sinalizavam não apenas a gravidade das manifestações, mas também sua recorrência. Diante disso, foi realizada análise de causa raiz, revisão da literatura científica e consulta a protocolos institucionais de referência. Para o registro e sistematização da experiência, foram realizados alinhamentos de fluxo, atualização de documentos e treinamento da equipe assistencial que permitiram identificar aprendizados, desafios e resultados alcançados. A análise foi conduzida de forma descritiva e reflexiva, buscando relacionar os achados com o referencial teórico pertinente à temática abordada. Por se tratar de um relato de experiência, não houve coleta de dados com seres humanos, e, portanto, não se aplica submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as orientações da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Este tipo de metodologia valoriza a experiência prática como fonte de conhecimento, evidenciando como a vivência contribuiu para a consolidação de saberes, o aprimoramento profissional e o fortalecimento das práticas de gestão/cuidado/educação em saúde. Este tipo de metodologia valoriza a experiência prática como fonte de conhecimento, evidenciando como a vivência contribuiu para a consolidação de saberes, o aprimoramento profissional e o fortalecimento das práticas de gestão/cuidado/educação em saúde. **Resultados e Discussão:** Após a implantação, observou-se redução significativa das intercorrências relacionadas à oxaliplatina. Embora ainda tenham ocorrido reações, estas se apresentaram em menor intensidade e foram conduzidas de forma mais uniforme e segura pela equipe. Do ponto de vista gerencial, a padronização aumentou a confiança dos profissionais, reduziu a variabilidade das condutas e fortaleceu a integração interdisciplinar. O processo também valorizou as notificações como ferramenta gerencial, transformando dados em insumos para a tomada de decisão (Mendes, 2011). Além disso, fomentou a educação permanente e a corresponsabilidade pelo cuidado. **Conclusões:** A implantação do protocolo de dessensibilização à oxaliplatina representou um marco no fortalecimento da segurança do paciente e na consolidação de tecnologias gerenciais em saúde. A iniciativa possibilitou reduzir riscos, qualificar processos, aprimorar a prática assistencial e criar ambiente mais seguro para pacientes e profissionais. Reforça-se a importância de que instituições de saúde desenvolvam mecanismos de resposta baseados em evidências e sustentados por gestão participativa, garantindo integração entre assistência e gestão.

Recomenda-se replicar essa experiência em outras instituições oncológicas, adaptando-se às suas realidades, como forma de promover práticas mais seguras e sustentáveis no cuidado ao câncer.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Tecnologias gerenciais; Dessensibilização; Oncologia.

REFERÊNCIAS

CASTELLS, M. Rapid desensitization for hypersensitivity reactions to chemotherapy agents. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, v. 6, n. 4, p. 271–277, ago. 2006. DOI: 10.1097/01.all.0000235900.57182.15.

CASTELLS, M. C. et al. Hypersensitivity reactions to chemotherapy: outcomes and safety of rapid desensitization in 413 cases. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 122, n. 3, p. 574–580, set. 2008. DOI: 10.1016/j.jaci.2008.02.044.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.* Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. *Protocolo de dessensibilização de antineoplásicos* [Internet]. São Paulo: HSL, 2023. Disponível em: https://guiafarmaceutico.hsl.org.br/oncologia/dessensibiliza%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 2 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Patient safety: making health care safer.* Geneva: WHO, 2017.

INTEGRAÇÃO E AGILIDADE NAS TRANSFERÊNCIAS INTRA-HOSPITALARES: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO DE MINAS GERAIS

Leandra Delfim do Nascimento; Enfermeira especialista em Cardiologia, Residência em Saúde do Idoso, MBA em Gestão de Pessoas e Coaching; Responsável Técnica das Terapias Intensivas Adulto; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Isabele Cristina de Oliveira Silva; Estudante de Gestão de Serviços de Saúde; Bolsista do Projeto de Gestão e Inovação; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: A transferência intra-hospitalar, que consiste na movimentação de pacientes entre setores dentro de um mesmo hospital, é um procedimento rotineiro, mas complexo. Essa prática pode ocorrer por diversos motivos, como mudanças no quadro clínico, necessidade de cuidados especializados, altas de unidades de terapia intensiva, reorganização de leitos, admissões ou transportes internos. A equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental nesse processo, sendo responsável pela organização, execução e, principalmente, pela comunicação entre os setores envolvidos. (BRASIL, 2021). Quando bem planejadas e executadas, as transferências intra-hospitalares favorecem a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e a eficiência dos serviços de saúde. Contudo, falhas nesse processo, como atrasos, erro de comunicação e desorganização, podem comprometer seriamente a qualidade assistencial, resultando em aumento do tempo de internação, perda de informações clínicas, ocorrência de intercorrências, sobrecarga das equipes e insatisfação de profissionais e pacientes (BRASIL, 2017; SANTOS et al., 2020; OLIVEIRA; PAULA, 2021). Além disso, a transferência intra-hospitalar de pacientes e o giro de leitos são componentes críticos na gestão hospitalar, especialmente no contexto de otimização do centro cirúrgico. Transferências eficientes garantem que os pacientes recebam cuidados adequados em unidades especializadas, minimizando riscos e melhorando os resultados clínicos. O giro de leitos, que se refere à rotatividade dos pacientes nos leitos hospitalares, é essencial para maximizar a utilização dos recursos disponíveis e reduzir custos operacionais. Estudos indicam que estratégias de gestão de leitos, como a coordenação proativa das altas e a utilização de tecnologias de informação, podem melhorar significativamente o giro de leitos e a eficiência do centro cirúrgico (RAHIS, 2022). **Objetivo:** Identificar os principais desafios enfrentados pela equipe de enfermagem nas transferências intra-hospitalares, visando propor estratégias que promovam a melhoria desse processo e a otimização da gestão de leitos em um hospital público universitário federal de Minas Gerais. **Método:** Trata-se de um estudo com abordagem mista. A abordagem quantitativa envolveu a coleta de dados sobre o tempo de transferência dos pacientes, as justificativas do atraso, analisados por meio de estatística descritiva. Na abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas com enfermeiros para identificar percepções sobre os desafios do processo, analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo. Iniciamos a pesquisa com um formulário no Forms para que os enfermeiros pudessem relatar as dificuldades identificadas em relação a transferência dos pacientes. Inicialmente, a execução do projeto foi desafiadora. A equipe assistencial apresentou resistência em utilizar a nova ferramenta, pois alegavam que o preenchimento manual gerava uma carga de trabalho adicional. Como medidas de melhoria

desenvolvemos um formulário único, adaptado com informações pré-existentes para a coleta dos dados desde a solicitação dos leitos até a chegada do paciente no setor de destino, o que simplificou o processo de registro e melhor adesão e engajamento dos profissionais. Todo o processo foi monitorado diariamente nos setores com sensibilização dos profissionais para a importância do projeto e orientação para o correto preenchimento dos dados. **Resultados e discussões:** A análise do processo de transferência de pacientes do CTI para a enfermaria revelou que, em 57% dos casos, o tempo entre a comunicação do leito de destino e a efetiva transferência ultrapassa uma hora. Além disso, em 48% das situações, a passagem do caso não ocorre na primeira tentativa. Foi identificado em alguns casos que as tentativas de transferências ocorreram até oito vezes. Esse resultado aponta para o atraso em efetivar a transferência do paciente da terapia intensiva para a enfermaria, o que gera grandes transtornos entre as equipes, além de causar prejuízos no giro de leitos. Vale ressaltar, que atividades mais simples como entrar em contato com o setor de destino, poderiam ser desempenhadas por um profissional administrativo, ficando o enfermeiro mais disponível para atividades complexas, inerente a sua profissão. As principais causas de atraso identificadas foram a indisponibilidade do enfermeiro para receber o caso (21%) e a higienização pendente do leito (17%). Outros problemas citados dizem respeito ao leito disponibilizado ainda estar ocupado (10%), solicitação comunicada próximo a passagem de plantão (8%), leito de destino não adequado para a necessidade (6%). A gestão de leitos de um hospital de grande porte que atende 100% pela rede do Sistema Único de Saúde, é bastante complexa. É frequente o atraso da liberação do leito pelo paciente porque mora distante e precisa aguardar acompanhante ou transporte público, por exemplo. O atendimento a diversas clínicas também corrobora com a complexidade do gerenciamento, uma vez que o leito precisa ser disponibilizado de acordo com a necessidade do paciente. O Centro Cirúrgico, em 67% dos casos de transferência de pacientes para a enfermaria demorou menos de 30 minutos, porém, nas terapias intensivas o tempo de transferência foi maior, com 43% em mais de uma hora. O atraso de admissão na terapia intensiva pode ser justificado pelo fato de os profissionais do Centro Cirúrgico fazerem a comunicação da transferência antes do paciente estar liberado para o encaminhamento. Apesar desse resultado, vale ressaltar que que na maioria das vezes não há dificuldade para a transferência (53%) dos pacientes do Centro Cirúrgico para a Terapia Intensiva. Chama atenção o cancelamento das admissões solicitadas nas Terapias Intensivas (29%). Isso se justifica pela necessidade em reservar leitos para possíveis transferências a depender do quadro clínico do paciente pós procedimento cirúrgico, absenteísmo em cirurgias eletivas, cancelamento de cirurgias em detrimento de urgências. Embora necessária, essa demanda resulta em sobrecarga de trabalho para as equipes que estão inseridas no processo de gestão dos leitos. **Conclusão:** Foram identificadas oportunidades de melhoria, como o fortalecimento do monitoramento da higienização dos leitos, a disponibilidade de profissionais para demandas administrativas, especialmente nas Terapias Intensivas, a implantação de um sistema de gestão de leitos com atualização em tempo real e a sensibilização das equipes sobre a importância da agilidade em todo o processo de transferência. Para acompanhar o impacto das ações, foram definidos indicadores de desempenho, incluindo o tempo entre a solicitação e a transferência do paciente, o intervalo entre o acionamento da higienização e a liberação do leito, além da taxa de ocupação hospitalar. O acompanhamento contínuo desses indicadores permitirá avaliar a eficácia das intervenções e promover melhorias constantes nos resultados.

PALAVRAS- CHAVE: Transferência Intra-Hospitalar de Pacientes, Enfermagem, Segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Protocolo de segurança na transferência de pacientes.** Brasília: ANVISA, 2021.

JCI - Joint Commission International. Standards for Hospitals. 2021.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Transições no cuidado: garantir segurança em todas as etapas da assistência.** Genebra, 2017.

O'Hara, J. K., et al. **A framework for safe transfer of critical care patients.** BMJ Quality & Safety, 2018.

OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. **Transferência intra-hospitalar de pacientes: desafios para a equipe de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 74, n. 1, e20200029, 2021.

Santos, D. A., et al. "Transferência intra-hospitalar de pacientes críticos: percepção da equipe multiprofissional." Revista Brasileira de Enfermagem, 2020.

SANTOS, M. C. et al. **Comunicação eficaz e segurança do paciente durante a transferência intra-hospitalar.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 41, e20190209, 2020.

RAHIS. Gestão de Operações Hospitalares: **Um Estudo de Caso Sobre Indicadores de Eficiência em Serviços Cirúrgicos. Revista de Administração**. Hospitalar e Inovação em Saúde, v. 19, n. 2, p. 58-74, mai./jun. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.21450/rahis.v19i3.7371

MUDANÇAS CLIMÁTICAS E SAÚDE

Ângela Maria de Souza; Graduanda; Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Curso: Gestão de Serviços de Saúde.

RESUMO

O estudo tem como objetivo analisar a relação entre as mudanças climáticas e os impactos sobre os serviços hospitalares, com foco nas adaptações gerenciais necessárias para enfrentar a crescente demanda decorrente de agravos à saúde. Por meio de uma revisão sistemática de literatura, identificaram-se evidências de que os eventos climáticos extremos, como ondas de calor, enchentes e secas, baixa umidade aumentam a incidência de doenças infecciosas e respiratórias, sobrecarregando os hospitais como também o Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados indicam a necessidade de tecnologias gerenciais que otimizem o uso de leitos, promovam sustentabilidade e reduzam custos operacionais, contribuindo para uma gestão hospitalar mais resiliente e sustentável frente aos desafios climáticos.

PALAVRAS-CHAVE: Mudanças climáticas; Gestão hospitalar; Sustentabilidade; Saúde pública.

INTRODUÇÃO: As mudanças climáticas representam um dos maiores desafios globais do século XXI, com impactos diretos e indiretos sobre a saúde humana e os sistemas de atenção à saúde. O aumento das temperaturas médias, a intensificação de eventos extremos e a poluição atmosférica têm contribuído para o crescimento da incidência de doenças infecciosas e respiratórias. Nesse contexto, os hospitais precisam se adaptar e desenvolver estratégias de gestão que garantam a continuidade e a qualidade do atendimento, especialmente em situações emergenciais decorrentes de desastres climáticos. **REFERENCIAL TEÓRICO**: Diversos estudos apontam a relação entre mudanças climáticas e agravos à saúde, destacando que o aumento de gases de efeito estufa intensifica o aquecimento global e altera o comportamento de vetores transmissores de doenças. A literatura evidencia também a necessidade de fortalecer as práticas de gestão hospitalar para reduzir vulnerabilidades e aumentar a eficiência operacional diante de crises ambientais. O uso de tecnologias gerenciais, como sistemas de monitoramento e planos de contingência, torna-se essencial para minimizar riscos e promover a sustentabilidade institucional. **METODOLOGIA** Trata-se de uma revisão sistemática de literatura com abordagem qualitativa, realizada entre março e setembro de 2025. A pesquisa foi conduzida por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as bases MEDLINE e LILACS. Foram aplicados descritores relacionados à gestão hospitalar, mudanças climáticas, economia e sustentabilidade. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados artigos científicos, livros e relatórios técnicos que abordassem a interface entre clima e saúde. **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**: Os resultados da literatura demonstram que as mudanças climáticas ampliam a pressão sobre os sistemas de saúde, aumentando o número de internações por doenças respiratórias, infecciosas e

cardiovasculares. Hospitais localizados em regiões mais vulneráveis sofrem impactos diretos na demanda por atendimento e na ocupação de leitos. A adoção de tecnologias gerenciais, como o planejamento estratégico ambiental e o uso racional de recursos, tem se mostrado eficaz para mitigar os efeitos desses fenômenos. Além disso, a integração de políticas sustentáveis e a formação de equipes capacitadas fortalecem a capacidade de resposta institucional. **CONCLUSÃO**: Conclui-se que os hospitais devem adotar práticas de gestão sustentável e investir em tecnologias que reduzam a vulnerabilidade aos efeitos das mudanças climáticas. As ações gerenciais devem priorizar o uso eficiente dos recursos, o monitoramento de indicadores ambientais e o fortalecimento da governança institucional. As mudanças climáticas afetam a saúde humana e exigem respostas coordenadas entre gestores, profissionais de saúde e políticas públicas para assegurar um sistema de saúde resiliente e sustentável.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Como as mudanças climáticas afetam a saúde da população. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/como-as-mudancas-climaticas-afetam-a-saude-da-populacao. Acesso em: 5 out. 2025.

CELESTINO, P. Nó de normas. Notícias Hospitalares: Gestão de Saúde em Debate, v. 4, n. 39, out./nov. 2002.

CHERUBIN, N. A.; SANTOS, N. A. A. P. Administração hospitalar: fundamentos. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

DRUCKER, P. Inovação e espírito empreendedor: prática e princípios. 6. ed. São Paulo: Thompson, 2003.

FORGIA, G. M. L.; COUTTOLENC, B. F. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

GOMES, L.; LOURES, M. C. Envelhecimento populacional no mundo e no Brasil. Jornal Brasileiro de Medicina, v. 87, n. 2, p. 78-79, ago. 2004.

GVSAÚDE. Debates GVSaúde. v. 1. São Paulo: FGV, 2006.

HIRSCHFELD, M. J.; OGUISSO, T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do home care. Revista Brasileira, n. 4, p. 452-459, jul./ago. 2002.

O ATENCIÔMETRO: TECNOLOGIA SOCIAL DE BAIXO CUSTO PARA CAPACITAÇÃO E GESTÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Cleide Maria de Oliveira Scarpelli – Assistente Social; Mestra em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (UFMG); Especialista em Gestão de Saúde (CONASEMS); Especialista em Gestão Estratégica em Políticas Públicas (UNICAMP).

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo – Doutora em Enfermagem; Professora e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG.

Clésia Maria de Oliveira – Doutora em Administração; Professora e Pesquisadora do Curso de Administração e do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

RESUMO

INTRODUÇÃO: A gestão de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) requer estratégias que fortaleçam a integração entre promoção da saúde, prevenção da violência e qualificação das práticas no território. No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham papel essencial no vínculo com as famílias, no reconhecimento das vulnerabilidades e na mediação entre comunidade e equipe multiprofissional (BRASIL, 2017). Entretanto, o enfrentamento da violência contra mulheres ainda constitui desafio estrutural para a gestão pública, especialmente no que se refere à formação dos profissionais e à articulação intersetorial entre saúde, assistência e segurança (MINAYO, 2006). Nesse contexto, torna-se fundamental investir em tecnologias sociais acessíveis, que favoreçam a qualificação dos ACS e ampliem sua capacidade de identificar, acolher e encaminhar situações de violência de gênero. O Atenciômetro surge como uma dessas tecnologias: um instrumento pedagógico de baixo custo, desenvolvido em projeto de intervenção, fruto da dissertação do Mestrado Profissional do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFMG. O projeto foi realizado junto a duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Contagem/MG, com a participação de 12 ACS, com o propósito de apoiar a capacitação dos profissionais e fortalecer a gestão territorial da promoção da saúde e da prevenção da violência contra mulheres. **OBJETIVO:** Apresentar a experiência de desenvolvimento e aplicação do Atenciômetro como tecnologia social de baixo custo voltada à capacitação de Agentes Comunitários de Saúde, destacando suas contribuições para a gestão de serviços e para a promoção da saúde na APS. **METODOLOGIA:** O estudo caracteriza-se como um relato de experiência vinculado a um projeto de intervenção desenvolvido entre 2022 e 2023, no município de Contagem/MG, como parte do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG. A metodologia envolveu: a) diagnóstico participativo com ACS e gestores da APS; b) oficinas de formação com base na Educação Popular em Saúde (FREIRE, 1983); c) elaboração do Atenciômetro, instrumento lúdico que utiliza cores, escalas e perguntas orientadoras para apoiar a escuta ativa e a identificação de vulnerabilidades; d) avaliação qualitativa do processo formativo e do uso da ferramenta nos territórios. A análise foi guiada por referenciais da Promoção da Saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) e da Teoria da Ação Comunicativa (HABERMAS, 1987), enfatizando o diálogo como princípio ético e metodológico da formação em saúde. **RESULTADOS E DISCUSSÃO**: O Atenciômetro foi elaborado durante a capacitação, incorporando dimensões subjetivas, sociais

e comunitárias da atenção em saúde. Seu formato permite ser utilizado tanto em oficinas de capacitação quanto nas visitas domiciliares, favorecendo a reflexão sobre o grau de atenção, empatia e comunicação nas práticas cotidianas dos ACS. A ferramenta utiliza três cores — amarelo, laranja e vermelho — para representar, de maneira simbólica, a escalada da violência, podendo chegar à sua forma mais grave, o feminicídio. Essa representação visual contribui para o aprimoramento dos níveis de atenção e escuta dos profissionais, auxiliando-os na identificação precoce de situações de risco. A aplicação do Atenciômetro nas capacitações revelou avanços significativos na compreensão, pelos ACS, das dimensões comunicativas da prática em saúde. As discussões estimularam o reconhecimento da importância da postura ética, da escuta ativa e do olhar ampliado sobre as situações de violência, superando abordagens fragmentadas e centradas apenas no encaminhamento técnico. Do ponto de vista da gestão de serviços, o Atenciômetro mostrou-se útil como instrumento avaliativo participativo. Gestores podem utilizá-lo para acompanhar o processo de formação, identificar lacunas na comunicação das equipes e planejar intervenções de apoio matricial. Essa articulação reforça a noção de que a gestão em saúde deve incorporar dimensões pedagógicas e comunicativas (CAMPOS, 2000), promovendo corresponsabilidade entre trabalhadores, usuários e gestores. Além disso, a experiência evidenciou que o investimento em tecnologias sociais de baixo custo é viável mesmo em contextos de restrição orçamentária. O Atenciômetro foi confeccionado com materiais simples e reutilizáveis, garantindo acessibilidade e sustentabilidade. Essa característica dialoga com a perspectiva de gestão inovadora e participativa, que valoriza o protagonismo dos trabalhadores e o saber popular (VASCONCELOS, 2001). Outro aspecto relevante foi o impacto simbólico da ferramenta na motivação dos ACS. A ludicidade do Atenciômetro facilitou o engajamento e a apropriação dos conteúdos discutidos nas oficinas, tornando o processo formativo mais leve e reflexivo. A partir do uso contínuo, os profissionais aprimoram a escuta das mulheres em situação de violência e sentem-se mais seguros para atuar em rede, conforme os protocolos municipais de atenção integral (BRASIL, 2015). A experiência também dialoga com a Carta de Ottawa (WHO, 1986), ao reforçar a importância do empoderamento individual e coletivo, da criação de ambientes saudáveis e do fortalecimento de habilidades pessoais e comunitárias para promoção da saúde. A abordagem comunicativa e participativa do Atenciômetro permite operacionalizar esses princípios na gestão cotidiana dos serviços de saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**: A construção e utilização do Atenciômetro demonstraram que é possível desenvolver e incorporar tecnologias sociais de baixo custo na gestão da APS, com resultados concretos na formação, comunicação e humanização do cuidado. Mais do que um produto, o Atenciômetro representa um processo pedagógico que valoriza a escuta, a empatia e a corresponsabilidade, alinhado às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e à Política Nacional de Promoção da Saúde. Do ponto de vista da gestão pública, a experiência reforça a importância de estratégias participativas, intersetoriais e sustentáveis para a qualificação do trabalho em saúde e para o enfrentamento da violência contra mulheres. A replicabilidade da ferramenta em outros territórios depende do compromisso institucional com a formação continuada e com a valorização dos ACS como sujeitos estratégicos na promoção da equidade e na defesa da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde; Atenção Primária; Capacitação; Violência contra Mulheres.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Mulheres em Situação de Violência Doméstica e Sexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. *A saúde e seus determinantes sociais*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições*. São Paulo: Hucitec, 2000.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

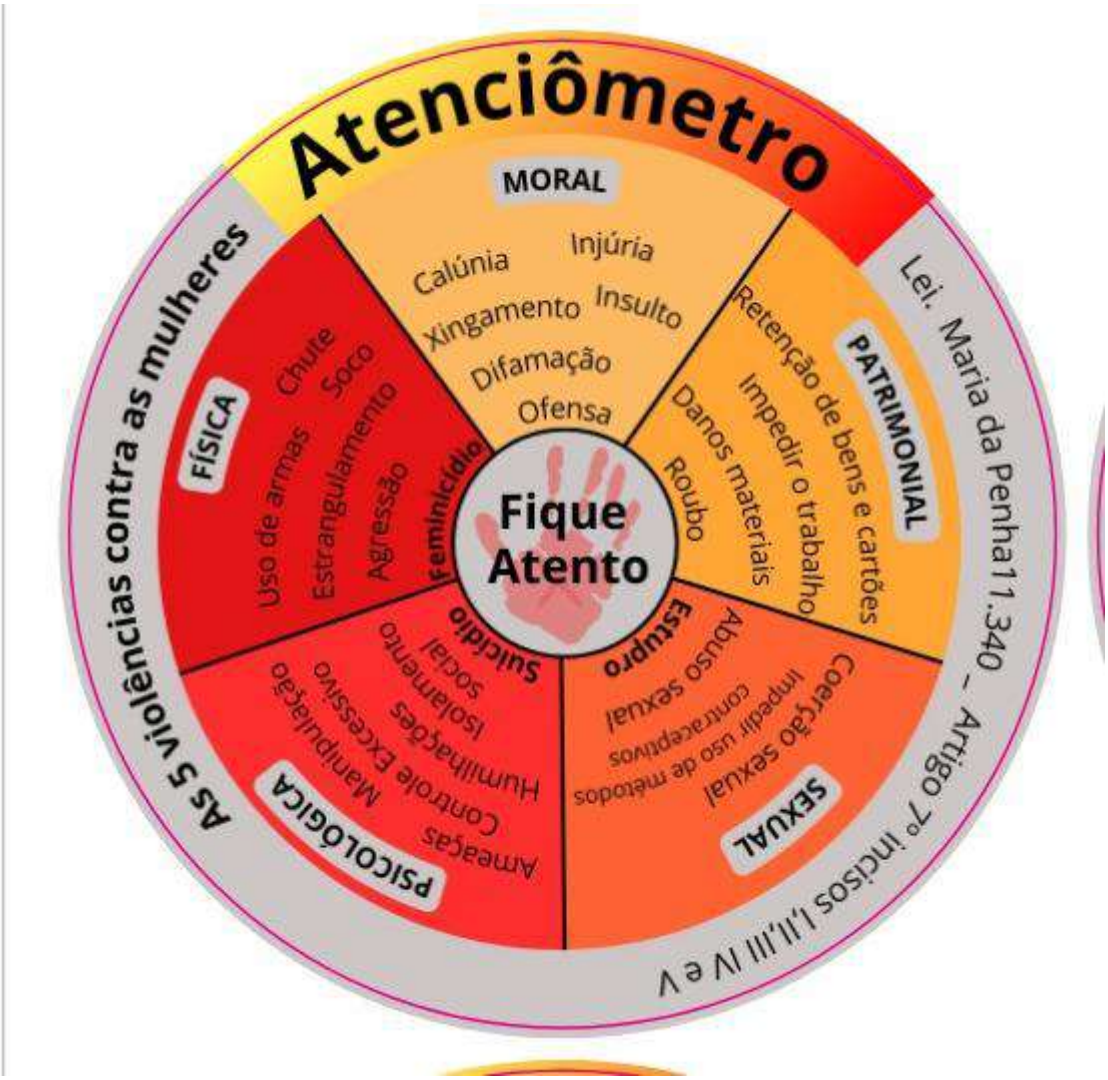
HABERMAS, J. *Teoria do agir comunicativo*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO, 1986.

APÊNDICE A - FIGURA DO ATENCIÔMETRO



APÊNDICE B – PLANILHA DO ATENCIÔMETRO

Nome da Usuária	Bairro	Tipo de Violência	Exemplo da Violência	Observações dos ACS
Maria S.	Centro	Psicológica	Humilhações, xingamentos	Usuária relata ameaças

				constantes do parceiro
Ana P.	Novo Eldorado	Física	Empurrões, tapas	Lesões leves no braço; acompanha CRAS
Joana M.	Industrial	Sexual	Assédio sexual, abuso	Orientada sobre denúncia e apoio psicológico
Carla F.	Eldorado	Patrimonial	Restrição financeira	Dificuldade de acesso a recursos próprios
Lúcia R.	Barreiro	Moral	Difamação, críticas públicas	Relata isolamento social e pressão familiar
Patrícia T.	Centro	Doméstica	Agressão física e verbal	Encaminhada para Delegacia da Mulher
Renata G.	Novo Eldorado	Feminicídio em risco	Ameaças graves de morte	ACS acionou rede de proteção imediata

PRIMEIRA ENTREVISTA PSICOLÓGICA COM PACIENTES IDOSOS INTERNADOS NA CLÍNICA MÉDICA/HCUFMG-EBSERH

Sabrina Samira Miranda Rocha; Extensionista Graduanda em Psicologia; Universidade Federal de Minas Gerais

Marcos Paulo N. A. Barros; Extensionista Graduando em Psicologia; Universidade Federal de Minas Gerais

Isadora dos Santos Kremer; Extensionista Graduanda em Psicologia; Universidade Federal de Minas Gerais

Giulia Clara de Amorim; Extensionista Graduanda em Psicologia; Universidade Federal de Minas Gerais

Luciana Alves Rodrigues Daher, Extensionista Graduada em Psicologia, PUC Minas

Co-autoras: Egínia Lúcia Alves Teixeira e Grace Pereira dos Santos, Psicólogas coordenadoras do projeto, Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional brasileiro tem se configurado como um dos maiores desafios contemporâneos para o sistema de saúde, exigindo políticas e práticas de cuidado que considerem não apenas as demandas físicas, mas também as dimensões emocionais, cognitivas e sociais envolvidas no processo de envelhecer. À medida que cresce o número de pessoas idosas internadas, torna-se indispensável repensar as formas de acolhimento e acompanhamento psicológico dentro dos hospitais universitários, espaços de formação e cuidado. A hospitalização prolongada tende a desorganizar a vida psíquica e social do paciente, podendo gerar sentimentos de angústia, ansiedade, desamparo e isolamento (Dall Agnol, 2019). Nesse contexto, a escuta psicológica se mostra essencial não apenas como uma intervenção clínica, mas também como uma tecnologia de cuidado e inclusão, pois permite o reconhecimento da singularidade do sujeito, das suas histórias de vida e da forma como vivencia o adoecimento. O projeto de extensão "Primeira entrevista psicológica com pacientes idosos internados na Clínica Médica do Hospital das Clínicas da UFMG/EBSERH" surge como uma proposta inovadora ao articular ensino, serviço e extensão, proporcionando experiências formativas que conectam teoria e prática e fortalecem a formação humanizada em Psicologia Hospitalar. A iniciativa insere-se nos debates sobre diversidade e inclusão em saúde ao reconhecer a pessoa idosa como sujeito de direitos, com experiências singulares de adoecimento e de cuidado, reafirmando a importância de práticas que valorizem a escuta, o vínculo e a singularidade no contexto institucional. **Objetivos:** O objetivo geral do projeto é qualificar a assistência ao paciente idoso e a formação dos graduandos em Psicologia por meio da realização da primeira entrevista psicológica com pacientes internados na Clínica Médica, nos leitos das unidades Leste e Norte. Como objetivos específicos, busca-se identificar demandas de

acompanhamento psicológico e multiprofissional, favorecer a comunicação entre diferentes áreas e utilizar o sistema AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários) como ferramenta de gestão e registro das informações clínicas e subjetivas. Dessa forma, o projeto se configura como uma tecnologia gerencial voltada à integração de processos assistenciais, à educação permanente e à inclusão da dimensão subjetiva nas práticas hospitalares. **Referencial teórico:** A prática da Psicologia Hospitalar tem como um de seus fundamentos o reconhecimento da subjetividade no processo de adoecimento, ampliando o modelo biomédico tradicional (Gorayeb, 2001). Dall Agnol (2019) destaca que a escuta psicológica em contextos de internação prolongada é uma estratégia fundamental para o manejo do sofrimento psíquico, contribuindo para a prevenção de agravos emocionais. Além disso, as políticas públicas de saúde, especialmente a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/2006), enfatizam a necessidade de práticas interdisciplinares e centradas no usuário. O projeto se alinha a essas diretrizes, articulando cuidado, gestão e formação, e consolidando o princípio da integralidade do SUS. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de caráter extensionista e formativo, realizado junto à Clínica Médica do Hospital das Clínicas da UFMG/EBSERH. Inicialmente, os estudantes de Psicologia são acolhidos e capacitados quanto às normas de segurança hospitalar e às rotinas do serviço de Psicologia. Posteriormente, aprendem a localizar pacientes idosos internados por meio do sistema AGHU e a realizar entrevistas psicológicas semi-estruturadas à beira do leito. As entrevistas são discutidas em supervisões presenciais, apoiadas na literatura psicológica e nas diretrizes de atenção à pessoa idosa. Após as atividades, os estudantes registram as informações coletadas no campo “anamnese” do sistema AGHU, sob supervisão das coordenadoras do projeto. O registro padronizado e supervisionado constitui uma ferramenta de gestão do cuidado, permitindo rastreabilidade, encaminhamentos adequados e continuidade assistencial. **Resultados e discussão:** Entre janeiro de 2024 e agosto de 2025, foram realizadas 355 entrevistas psicológicas com pacientes idosos internados na Clínica Médica. Deste total, 178 tinham entre 60 e 70 anos (101 mulheres e 77 homens), 126 entre 71 e 80 anos (77 mulheres e 49 homens) e 40 tinham 81 anos ou mais (21 mulheres e 19 homens). As entrevistas possibilitaram 253 encaminhamentos interdisciplinares, incluindo Psicologia (201), Terapia Ocupacional (23), Nutrição (4), Serviço Social (10), Psiquiatria (3), Fisioterapia (9) e Fonoaudiologia (3). Os principais efeitos subjetivos observados foram luto, desamparo, ansiedade pela alta, angústia e perda da imagem narcísica. A análise dos dados indica que a realização precoce de entrevistas psicológicas favorece o acolhimento emocional, a reorganização subjetiva e a adesão ao tratamento. Além disso, a sistematização do registro no AGHU representa uma inovação gerencial, fortalecendo a comunicação entre equipes e o planejamento das ações de cuidado. O projeto evidencia que práticas extensionistas podem funcionar como tecnologias de gestão em saúde, pois integram ensino e serviço, ao mesmo tempo em que promovem formação sensível à diversidade e às vulnerabilidades associadas ao envelhecimento. **Conclusões:** O projeto contribui para a qualificação da atenção psicológica ao paciente idoso hospitalizado e para a formação clínica e ética dos estudantes de Psicologia. A escuta da subjetividade e a articulação interprofissional se configuram como formas de inclusão em saúde, ampliando o cuidado para além dos aspectos biomédicos. Ao utilizar o sistema AGHU como instrumento de registro e comunicação, o projeto desenvolve uma tecnologia gerencial que organiza o fluxo de informações, potencializa o trabalho colaborativo e garante a integralidade do cuidado. Em um contexto em que o envelhecimento populacional se torna um desafio central, iniciativas como esta reafirmam a importância da diversidade e da inclusão como princípios estruturantes das práticas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Diversidade; Inclusão em saúde; Envelhecimento; Psicologia hospitalar;

Agradeçemos ao HCUFMG, especialmente às psicólogas coordenadoras do projeto(Primeira entrevista psicológica com pacientes idosos internados na Clínica Médica do HCUFMG), Egínia Lúcia Alves Teixeira e Grace Pereira dos Santos que possibilitaram esse espaço de cuidado e aprendizado.

REFERÊNCIAS

DALL AGNOL, L. P. O manejo do sofrimento psíquico em pacientes de internação prolongada: possibilidades terapêuticas em psicologia. *Diaphora*, v. 8, n. 1, p. 58–62, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

GORAYEB, R. A prática da psicologia hospitalar. In: GORAYEB, R.; NETO, A. C. C. (orgs.). *Psicologia clínica e da saúde.* São Paulo: Pioneira, 2001. p. 263–278.

PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS NO CUIDADO DE PESSOAS COM ESTOMIA: PRÁTICAS E DESAFIOS PARA INTEGRALIDADE

Patrícia Rosa da Silva; Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais
Claudiomiro da Silva Alonso; Mestre em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais
Taysa de Fátima Garcia; Doutora em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A enfermagem constitui-se em profissão cujo núcleo central é o cuidado humano em todas as fases da vida, nas mais diversas condições de saúde e doença, sendo exercida nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde. O processo de trabalho do enfermeiro é estruturado em cinco dimensões interdependentes (assistir, administrar, educar, pesquisar e participar politicamente), que conferem identidade e direcionamento às práticas (Silva *et al*., 2021). Nos Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (SASPO), criados para garantir atenção integral às pessoas com estomia, o enfermeiro ocupa papel central, assumindo atribuições técnicas, gerenciais, educativas e políticas (Brasil, 2009). Entretanto, a literatura tem descrito suas práticas de modo fragmentado, concentrando-se em assistir e educar, e negligenciando as demais dimensões, o que dificulta compreender a complexidade do trabalho e orientar melhorias na gestão do cuidado. Diante disso, conhecer como essas dimensões se articulam torna-se fundamental para subsidiar estratégias de integralidade, qualificação profissional e efetivação das políticas públicas voltadas à população com estomia. **Objetivo**: Identificar as ações desenvolvidas por enfermeiros nas dimensões do processo de trabalho em SASPO. **Referencial teórico:** O estudo fundamenta-se no conceito do processo de trabalho em enfermagem, descrito em cinco dimensões complementares. A dimensão assistir relaciona-se ao cuidado direto, acolhimento e avaliação clínica do paciente. Administrar envolve planejar, gerenciar e organizar recursos humanos, materiais e fluxos assistenciais. Educar contempla tanto a formação e capacitação de profissionais quanto a orientação de pacientes e familiares. Pesquisar corresponde à incorporação e produção de conhecimentos científicos que fundamentem a prática. Participar politicamente refere-se ao engajamento em espaços coletivos, defesa de direitos e *advocacy* em saúde. Esse referencial, ancorado em autores contemporâneos e em políticas nacionais de saúde, permitiu compreender o trabalho do enfermeiro como processo dinâmico e multifacetado (Silva *et al*., 2021). **Método**: Estudo qualitativo, descritivo-exploratório, desenvolvido em 22 SASPO de Minas Gerais. Foram convidados 57 enfermeiros, dos quais 24 participaram, compondo a amostra final. Os critérios de inclusão foram atuar no SASPO há pelo menos seis meses e aceitar participar voluntariamente. A coleta ocorreu entre janeiro e abril de 2025, por formulário digital autoaplicado via *Google Forms*, com questões abertas, após aceite do termo de consentimento eletrônico. A técnica de amostragem foi em bola de neve, partindo de um participante "semente" que indicou outros profissionais elegíveis. A análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo temática de Bardin, apoiada pelo software IRaMuTeQ, com organização em cinco subcorpus correspondentes às dimensões do processo de trabalho. Foram identificadas unidades de registro, analisadas quanto à frequência e contexto, permitindo a categorização em cada dimensão. O estudo respeitou as diretrizes éticas da Resolução 466/2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº

85039324.9.0000.0151 e parecer nº 7.312.708/2024. **Resultados e discussão**: De modo geral, os resultados evidenciaram um processo de trabalho heterogêneo, fragmentado e desorganizado, sem ações universais entre os profissionais, mesmo em práticas consideradas essenciais. Essa realidade compromete a integralidade e a continuidade do cuidado, além de fragilizar a identidade profissional do enfermeiro nos SASPO. Estratégias de reorganização são necessárias, incluindo sistematização do processo de enfermagem, definição de protocolos, capacitação contínua, uso de instrumentos de avaliação do autocuidado, fortalecimento da educação em saúde e maior inserção política. As ações identificadas foram sistematizadas em cada dimensão. Na dimensão assistir, emergiram avaliar, cuidar, acolher, orientar, realizar procedimentos, ouvir e prevenir complicações. A avaliação foi a ação mais recorrente, direcionada tanto ao estoma quanto às condições físicas, psicológicas e sociais, além do desempenho no autocuidado. O cuidar apareceu como prática de atenção direta, mas citado por poucos, revelando fragilidades na centralidade dessa ação essencial da enfermagem. O acolhimento destacou-se pela escuta ativa e apoio emocional, valorizando práticas humanizadas. Já orientar relacionou-se ao manejo dos dispositivos coletores e cuidados gerais, configurando-se também como ação educativa. Apesar da relevância, observou-se baixa uniformidade entre os profissionais, indicando fragmentação do cuidado e risco de comprometer a integralidade (Bozkul; Celik; Arslan, 2024). Na dimensão administrar, predominaram ações de gerenciar insumos, equipe e escalas, orientar uso de dispositivos, solicitar materiais, administrar agendas e controlar estoques e cadastros. Essas práticas revelam a sobrecarga dos enfermeiros, que acumulam funções assistenciais e administrativas, muitas vezes em contextos de escassez de recursos humanos e materiais. Embora fundamentais para o funcionamento do SASPO, essas atividades reduzem o tempo disponível para a assistência direta e evidenciam o desequilíbrio entre assistir e administrar. Estudos em serviços de saúde confirmam que esse acúmulo compromete a qualidade do cuidado e aumenta o desgaste dos profissionais (Faria *et al*., 2023). A dimensão educar destacou práticas de ensinar, realizar grupos educativos, capacitar pacientes, familiares e profissionais, treinar habilidades práticas e promover a autonomia no autocuidado. Essa dimensão mostrou-se estratégica para a reabilitação da pessoa com estomia, pois o domínio do autocuidado impacta diretamente a prevenção de complicações e a qualidade de vida. No entanto, observou-se descompasso entre conteúdos prioritários apontados pela literatura, como alimentação, sexualidade, imagem corporal e reinserção social e aqueles efetivamente abordados nos SASPO, geralmente restritos a procedimentos técnicos (Paula; Moraes, 2021). Além disso, poucos enfermeiros relataram ações de capacitação de equipes da rede, embora essa seja uma atribuição prevista na Portaria nº 400/2009 (Brasil,2009).O envolvimento da família, quando presente, mostrou-se relevante, mas carece de maior sistematização para não transferir responsabilidades indevidas ao cuidador, reforçando a importância do equilíbrio entre suporte familiar e fortalecimento da autoeficácia do paciente (Passoni *et al*., 2023). Na dimensão pesquisar, os participantes citaram pesquisar, estudar, ler artigos e participar de cursos e eventos científicos. Embora haja movimento de atualização, predominou a postura de consumidores de evidências, com pouca menção à produção de conhecimento próprio. O estudo de caso foi apontado como estratégia investigativa, possibilitando análise aprofundada de situações clínicas, mas ainda pouco explorado. Essa limitação reflete desafios estruturais da enfermagem, como falta de apoio institucional e dificuldades para mensurar contribuições específicas do cuidado em métodos tradicionais. Destaca-se a necessidade de transformar a prática em objeto de investigação, fortalecendo a pesquisa aplicada como ferramenta para inovação e melhoria contínua. Por fim, na dimensão participar politicamente, identificaram-se ações como orientar sobre direitos, discutir políticas em grupos de apoio, participar de comissões e falar em espaços coletivos (Jeppesen *et al*., 2022).

Apesar de sua relevância, essa dimensão foi a menos referida, revelando baixa inserção política dos enfermeiros. O *advocacy* em saúde, contudo, é essencial para garantir direitos e influenciar políticas públicas voltadas às pessoas com estomia, população em situação de vulnerabilidade. A baixa participação sugere fragilidades na formação política e necessidade de estímulo à atuação em conselhos, associações e espaços de decisão. Além disso, os grupos de apoio, reconhecidos como estratégias fundamentais para suporte social, foram pouco mencionados, indicando lacunas na efetivação dessa prática nos serviços (Shoja; Ebadi; Modanloo, 2024). **Conclusões**: O estudo revelou lacunas importantes no processo de trabalho do enfermeiro nos SASPO. Nenhuma ação esteve presente de forma universal, o que evidencia fragmentação e ausência de padronização. O equilíbrio entre assistir e administrar mostrou-se desafiador, com sobrecarga de funções administrativas em detrimento da assistência direta. As ações educativas, embora relevantes, mostraram-se restritas a conteúdos procedimentais, demandando ampliação para aspectos psicossociais. A pesquisa apareceu como prática de atualização, mas ainda pouco articulada à produção de conhecimento. A participação política foi incipiente, revelando necessidade de maior protagonismo em defesa dos direitos e na construção de políticas públicas. Esses achados subsidiam a reorganização do processo de trabalho nos SASPO, orientando gestores e profissionais na formulação de estratégias que integrem de forma efetiva as dimensões do cuidado, fortalecendo a integralidade, a autonomia do paciente e a qualidade da assistência de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Estomia; Estomaterapia; Processo de Trabalho em Saúde; Profissionais de Enfermagem.

AGRADECIMENTOS: À FAPEMIG, pela concessão da bolsa por meio do Programa de Capacitação de Recursos Humanos (PCRH).

REFERÊNCIAS

BOZKUL, G.; CELIK, S. S.; ARSLAN, H. N. Nursing interventions for the self-efficacy of ostomy patients: a systematic review. **Journal of Tissue Viability**, v. 33, n. 2, p. 165-173, 2024. DOI: 10.1016/j.jtv.2023.11.005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009**. Estabelece diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em: 6 out. 2025.

FARIA, R. G. S. et al. Avaliação do grau de conformidade dos serviços de atenção à saúde da pessoa com estomia. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 13, n. 88, p. 13247-13266, 2023. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2023v13i88p13247-13266

JEPPESEN, P. B. et al. Impact of stoma leakage in everyday life: data from the Ostomy Life Study 2019. **British Journal of Nursing**, v. 31, n. 6, p. 48-58, 2022. DOI:10.12968/bjon.2022.31.6.S48.

PASSONI, A. et al. Stratified nursing educational intervention in ostomy care: the Dermamecum protocol. **Clinical Terapeutics**, v. 174, n. 5, p. 352-359, 2023. DOI: 10.7417/CT.2023.2451.

PAULA, M. A. B.; MORAES, J. T. (orgs.). **Consenso Brasileiro de Cuidado às Pessoas Adultas com Estomias de Eliminação – 2020**. São Paulo: Segmento Farma Editores, 2021.

SHOJA, M.; EBADI, A.; MODANLOO, M. Barriers to ostomy care in nursing practice: a qualitative study. **BMC Nursing**, v. 23, n. 45, p. 1-12, 2024. DOI:10.1186/s12912-024-01733-0.

SILVA, J. M. A. V et al. O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação numa ótica marxista. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, v. 4, n. 2, p. 72-80, 2021. https:10.33194/rper.2021.73

REESTRUTURAÇÃO DO PAINEL INTEGRADO DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DO HC-UFMG: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ágata Pereira dos Santos; Graduação de Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Alexandre Rodrigues Ferreira; Doutorado em Pediatria; Universidade Federal de Minas Gerais

Jalisson de Oliveira;

Lismar Isis dos Campos; Mestrado em Ciências da Saúde, infectologia e medicina tropical; Universidade Federal de Minas Gerais

Tereza Raquel da Silva Tome; Graduação de Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Jálisson de Oliveira; Graduação em Biblioteconomia, Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

INTRODUÇÃO: A gestão de um hospital de grande porte envolve a análise de informações oriundas de múltiplas fontes, que nem sempre estão organizadas em um formato adequado para subsidiar a tomada de decisões. Nesse sentido, uso de ferramentas de *Business Intelligence* (BI) tem o potencial de promover análises mais precisas, a partir de transformação de grandes conjuntos de dados em modelos visuais estruturados e alinhados à estratégia do hospital. Em 2021, visando centralizar e facilitar o acesso aos painéis BI desenvolvidos pelas unidades do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – HC-UFMG, foi criado o Painel Integrado de Informações Gerenciais – PIIG, do HC-UFMG/Ebserh, desenvolvido com a finalidade de servir como um repositório *on-line* para acesso a esses painéis utilizando o *software* Power BI da Microsoft. Em 2025, iniciou-se o desenvolvimento da segunda versão do PIIG, desta vez adotando um formato mais simples e objetivo. O novo painel foi estruturado como um catálogo, com organização por assunto/função de negócio e por unidade, reduzindo o número de etapas para localização dos painéis com o objetivo de priorizar a experiência do usuário. Além disso, todas as etapas do desenvolvimento foram cuidadosamente documentadas e as funcionalidades adotadas priorizaram a manutenibilidade, evitando soluções complexas na construção do painel com o intuito de facilitar futuras manutenções do painel por outros profissionais. **OBJETIVO:** Este relato de experiência tem o objetivo de descrever o processo de desenvolvimento da segunda versão do PIIG, destacando os desafios enfrentados, as boas práticas adotadas na construção do painel e os benefícios esperados para a gestão da informação no HC-UFMG. **REFERENCIAL TEÓRICO:** Como destacado por Schinaider, Lee e Servare Junior (2022 p.2), em revisão de literatura, o sucesso de uma instituição está diretamente ligado ao contexto em que as decisões são tomadas. Quanto mais complexo o cenário, mais difícil é o acesso aos dados ideais para a tomada de decisões assertivas. A revisão também aponta que a forma de apresentação dos dados em visuais deve ser flexível e de fácil integração entre o modo de uso de cada usuário. O Power BI demonstra ser uma solução efetiva para a gestão, pois simplifica a análise de dados e fornece informações úteis que auxiliam na tomada de decisões. Suas principais vantagens incluem a boa conectividade com diversas fontes e a agilidade que proporciona às análises dos usuários (SANTOS, 2020 p.18). De acordo com o Manual de

Padronização de Ambientes de BI do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (2021), uma boa prática a ser implementada em instituições consiste na organização, em um único ambiente, dos painéis desenvolvidos pela instituição, com o objetivo de permitir a consulta por diferentes usuários, bem como para que sejam evitadas possíveis redundâncias. **MÉTODO:** Este relato de experiência descreve o processo de desenvolvimento e implementação da segunda versão do PIIG, um painel de dados desenvolvido no *Microsoft Power BI* que teve como o objetivo catalogar e centralizar informações de diversos painéis de dados criados no HC- UFMG em um único ambiente. Os dados utilizados para a construção do PIIG foram coletados a partir de uma planilha Excel amplamente divulgada entre as chefias da instituição, contendo os campos: unidade; função de negócio; nome do painel; fonte de dados; local da fonte de dados e link do painel para o preenchimento. Todo o processo contou com o apoio da alta direção do HC-UFMG (Superintendência), que validou o modelo visual proposto para o painel e incentivou as chefias a preencherem a planilha divulgada. O *dashboard* foi estruturado em três seções principais: A capa (Figura 1), que exibe o título de apresentação do painel, com links que direcionam para informações relevantes para o usuário, um ícone que indica a última atualização do painel e logos da instituição e demais parceiros. A segunda página, "Catálogo por Função de Negócio" (Figura 2) utilizou em sua construção filtros e tabelas integrados aos dados disponibilizados pelas chefias, permitindo que, ao selecionar funções de negócio, os painéis de dados correspondentes sejam exibidos. Abaixo da tabela, botões de navegação permitem avançar para a próxima página, retornar à página inicial, limpar filtros ou acessar links úteis. A terceira página (Figura 3) assemelha-se à segunda, mas se diferencia devido ao filtro de visualizações, que organiza os tópicos por unidade, ao invés de função de negócio. Além da criação e divulgação da planilha de dados entre chefias e elaboração do *dashboard*, foi criado um fluxo de dados para a otimização do processo de atualização do painel, que proporciona um ambiente de dados mais organizado e estruturado. Para isso, utilizou-se o *SharePoint*, criando a pasta "Painel Integrado de Informações Gerenciais", para hospedar a planilha de base e permitir alterações *on-line* com atualizações em tempo real. Em seguida, no *Workspace* o fluxo de dados do HC-UFMG foi utilizado para criar o fluxo próprio do PIIG, configurado para atualização diária, garantindo que as informações apresentadas no painel estivessem de acordo com as modificações mais recentes. Ademais, foi criado o "Modelo de Documentação de Painel Power BI", um documento em que o responsável pelo painel deve preencher todas as informações sobre o painel. Essa etapa do processo impede a dispersão dos dados e assegura que, em caso de necessidade, qualquer colaborador que possuir conhecimentos básicos no *Power BI* pode atualizar ou reparar no PIIG. **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** Segundo Quadros (2014 p.88), a gestão de informações tem se mostrado uma necessidade em diversos setores ativos em uma sociedade. Por este motivo, a acessibilidade a essas informações em uma instituição consolidada como o HC-UFMG é de suma importância. Marques (2024 p. 2), pontua a relevância da visualização dos dados para auxiliar escolhas a serem tomadas. O *Power BI* foi a ferramenta escolhida para a gestão e visualização destes dados, pois dispõe dos recursos ideais para a construção dos painéis. De acordo com a *Microsoft (2025 p.1),* o BI permite que o usuário visualize, análise e compreenda dados com facilidade. Esta gama de funcionalidades foi essencial para a construção do PIIG, que pôde ser otimizado para uma interface simples, com linguagem clara, contendo os principais dados necessários para análises coesas e seguras. A priorização de uma visualização facilitada surgiu a partir de carências identificadas na primeira versão do PIIG, um projeto complexo e pouco intuitivo. Até o momento da elaboração deste estudo, a adesão das chefias foi considerável diante do projeto. Foram registrados 19 painéis de diversos setores, com as informações devidamente preenchidas na planilha disponibilizada. A quantidade de painéis registrados correspondeu ao esperado. Além da otimização da visualização, o mapeamento dos painéis existentes é crucial para evitar retrabalhos diante do surgimento de demandas. Por se

tratar de um projeto que está em continuidade, podem surgir diversas modificações que tenham o objetivo de melhorar a funcionalidade do painel, diante de necessidades que surgirem. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que os objetivos estabelecidos para a criação da segunda versão do PIIG foram alcançados, seguindo o planejamento do projeto. Este trabalho contribuiu significativamente para tornar a análise de dados dos usuários do HC-UFMG mais ágil e intuitiva. Ademais, o PIIG possibilitou o mapeamento dos painéis de dados existentes na instituição, evitando retrabalhos e permitindo a identificação do que está obsoleto ou defasado. No entanto, é importante ressaltar que existem limitações inerentes à fase atual do projeto: inconsistências ainda podem ser encontradas, visto que o painel não foi finalizado e liberado para a usabilidade dos usuários. Dessa forma, sugere-se o constante acompanhamento para prevenir problemas, realizar correções e otimizar constantemente sua execução.

PALAVRAS-CHAVE: Administração Hospitalar; Processamento de Dados; Repositórios de Dados; Business Intelligence.

REFERÊNCIAS

MARQUES, Eliane Cunha. **Solução de Business Intelligence para análise crítica e monitoramento de riscos de Tecnologia da Informação**: estudo de caso da Rede Ebserh. 2024. 132 f., il. Dissertação (Mestrado Profissional em Computação Aplicada) — Universidade de Brasília, Brasília, 2024. Disponível em: http://repositorio.unb.br/handle/10482/50956. Acesso em: 27 jun. 2025.

MICROSOFT. **Descrição do serviço Power BI**. Disponível em: https://learn.microsoft.com/pt-br/office365/servicedescriptions/power-bi-service-description. Acesso em: 26 jun. 2025.

QUADROS, Borges Fabrício. Gestão da informação no Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração FACES Journal**, v. 13, n. 2, p. 83–98, 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194032205006. Acesso em: 25 jun. 2025.

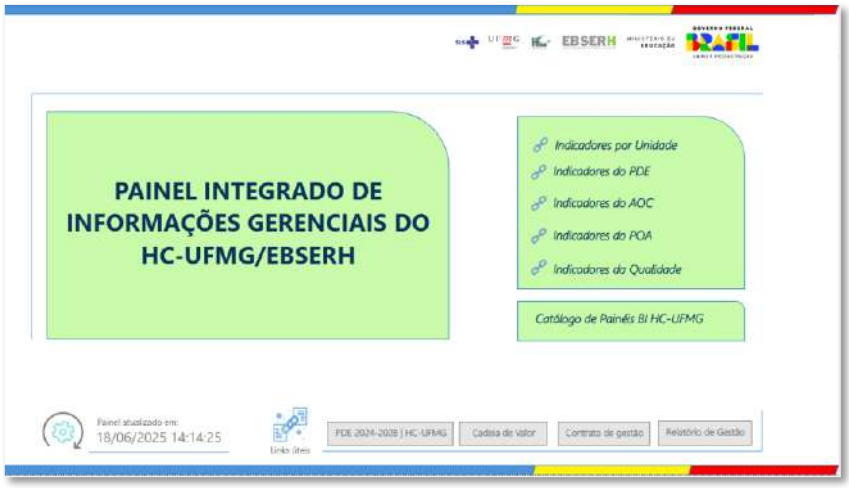
SANTOS, Iris Cristina dos. **Plataforma Microsoft Power BI: estudo de caso da utilização pela Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo para gestão da pandemia do Covid-19**. Guarapari: Instituto Federal do Espírito Santo, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Tecnologias Empresariais) — Instituto Federal do Espírito Santo, Campus Guarapari, 2020. Disponível em: https://repositorio.ifes.edu.br/handle/123456789/849. Acesso em: 26 jun. 2025.

SCHINAIDER, Marco Antônio Albertino; LEE, Viviane Nunes Tetzlaff; SERVARE, Marcos Wagner Jesus Jr. BUSINESS INTELLIGENCECOMO SUPORTE À TOMADA DE DECISÃO: O ESTADO DA ARTE POR MEIO DO PROKNOW-C. **Brazilian Journal of Production Engineering**, São Mateus, ES, ano 2022, v. 8, n. 2, p. 79-98, 8 fev. 2022. DOI https://doi.org/10.47456/bjpe.v8i2.37106. Acesso em: 26 jun. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS. **Manual sobre a criação de painéis de Business Intelligence – BI**. Brasília, DF: TJDFT, [20--]. Disponível em: https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/arquivos/ambientes-de-bi-1_revisado_diagramado_final-1.pdf. Disponível em: 26/06/2025. Acesso em: 26 jun. 2025.

APÊNDICE 1 – FIGURAS

Figura 1 - Capa do Painel com informações relevantes



Fonte: Painel Integrado de Informações Gerenciais (2025).

Figura 2 - Página 2: Catálogo por Função de Negócio

Fonte: Painel Integrado de Informações Gerenciais (2025).

Figura 3 - Página 3: Catálogo por Unidade

Fonte: Painel Integrado de Informações Gerenciais (2025).

SAÚDE DO TRABALHADOR :TERRITÓRIO DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE AGRAVOS A SAÚDE

Taciana Carla dos Santos Ferreira;Especialista em Saúde Mental;Universidade Federal de Pernambuco.

RESUMO

Introdução: Dentre os espaços que são formativos para vida do ser humano, o ambiente de trabalho é caracterizado como fundamental no aspecto psicossocial na vida do indivíduo visto que é nesse espaço que ele empenha uma parcela grandiosa do seu tempo e da sua vida, com sua renda ele supre suas necessidades como moradia, saúde, lazer, alimentação, entre outras. E também constrói vínculos afetivos. Por outro lado esse espaço por muitas vezes pode ser um ambiente adoecedor para sua saúde biopsicossocial (Eidelwein;Trindade;Bordignon,2024). **Objetivo:** Descrever ações de educação em saúde no ambiente de trabalho para prevenção de agravos a saúde global do trabalhador. **Referencial Teórico:** Os agravos a saúde do trabalhador podem ser diversos desde fatores sociais (relações interpessoais, moradia, acesso a serviços), ambientais(acesso a moradia, luz, água, cultura) e organizacionais pelas condições físicas de trabalho, cobranças excessivas, sobrecarga de trabalho (Eidelwein;Trindade;Bordignon,2024). A instabilidade financeira e qualidade nutricional também são condições que impactam na saúde do trabalhador que ao não conseguir ter acesso a alimentação de qualidade irá ter perdas nutricionais gerando agravos a sua saúde (Justo *et al* .,2022).Sendo o trabalho uma condição humana que repercute em prol das necessidades da sociedade também se faz importante desenvolver ações de vigilância à saúde do trabalhador voltadas para gestão do cuidado à saúde que englobem promoção ,assistência e reabilitação biopsicossocial do trabalhador(Rosa *et al*.,2021).**Método:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura. A busca dos trabalhos foi realizada através do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde, foram realizadas duas pesquisas para obter uma maior amplitude com a temática do estudo, a partir dos descritores em ciências da saúde: cuidado em saúde AND tecnologias AND saúde ocupacional, a segunda busca se deu através dos seguintes descritores: tecnologias AND saúde do trabalhador AND educação em saúde. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período de 2020 e 2025,acesso ao texto completo, em idioma português relacionados a temática. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, teses, monografias, incompletos, resumos e indisponíveis na íntegra. **Resultados e Discussão:** Foram identificados 67 resumos na primeira busca e na segunda 245 ,a partir dos descritores utilizados. Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão,foi realizada a leitura dos estudos compatíveis com a temática , resultando na seleção de 6 artigos para construção do presente estudo. Entender e falar sobre as condições de saúde e fatores de adoecimento relacionado as atividades laborais é de suma importância para traçar o perfil dos fatores que impactam na qualidade de vida do trabalhador e assim elaborar ações que possam contribuir para minimizar os efeitos danosos e garantir um ambiente saudável, que promova a qualidade de vida humana para além do ambiente laboral(Santos *et al*.,2021).As organizações que adotam medidas de promoção a saúde, vigilância epidemiológica e planejamento para evitar os riscos ocupacionais ,promovem um espaço laboral positivo e fomenta uma cultura cuidadora, visto que o trabalhador deve ser olhado de forma global. A criação de ações que façam o trabalhador se sentir cuidado gera satisfação e fortalece o elo trabalhador-empresa. As tecnologias educacionais são ferramentas potentes que contribuem para planejamento de ações

e procedimentos em saúde dentro das organizações(Suzano *et al*.,2022). As mudanças advindas da globalização e adaptações as necessidades organizacionais trouxeram repercussões também para saúde mental do trabalhador, que necessitou adequar sua vida para atender as demandas do trabalho, da sua vida social, dos seus planejamentos sendo esse um ser formado por necessidades físicas, econômicas ,políticas e socioambientais(Feitosa *et al*.,2022). Tecnologias podem ser ferramentas que colaboram com ações de promoção a saúde no espaço organizacional podem ser usados recursos como vídeos para minimizar riscos e agravos em saúde para diabetes, hipertensão, saúde mental, educação em saúde para alimentação saudável. Outras tecnologias de cuidado também agregam ao cuidado para evitar agravos a saúde no ambiente de trabalho como exames simples, vacinas, meditação, atividades físicas de alongamento são algumas das várias ações que podem contribuir para promoção à saúde do trabalhador no ambiente laboral (Suzano *et al*.,2022; Feitosa *et al*.,2022). **Conclusão:** O trabalhador é um ser formado por diversos ambientes e esses ambientes por sua vez repercutem na sua saúde global, para atender as mudanças advindas da globalização e das necessidades das organizações muitos fatores contribuíram para o adoecimento biopsicosocioemocional dos trabalhadores. Quando adotadas medidas de vigilância em saúde dentro do ambiente laboral possibilita desenvolver ações coordenadas de promoção e cuidado em saúde do trabalhador e estas ações por sua vez colabora com a qualidade de vida dos funcionários, reduz as causas relacionadas ao absenteísmo, fortalece o vínculo empresa-trabalhador. Entender o processo de adoecimento laboral é de suma importância para adotar medidas que sejam especificas para cada atividade e setor dentro das organizações. As tecnologias do cuidado são ferramentas que colaboram para promover a saúde no espaço laboral, elas se fazem presentes desde ações coordenadas à práticas de saúde e também na elaboração de cartilhas e materiais que colaborem para educação e promoção a saúde no espaço laboral.

PALAVRAS CHAVE: Saúde do trabalhador; Tecnologias; Promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

Eidelwein, C. A. D., Trindade, L. L., & Bordignon, M. (2024). Estresse Ocupacional entre Psicólogos Atuantes na Atenção Primária à Saúde no Contexto Pandêmico. Psicologia: Ciência e Profissão, 44, 1-15.

Feitosa CD, Mendes PN, Oliveira AC, Fernandes MA, Pillon SC. Tecnologias educacionais em saúde mental para trabalhadores: revisão integrativa. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE02766.

Justo, Taís.,Pilatti, Patrícia.,Trombim, Pietra., Longen, Willians Cassiano. Condição de trabalho e renda como fatores que influenciam na qualidade da alimentação do trabalhador. Arq. ciências saúde UNIPAR ; 26(3): 1437-1444, set-dez. 2022.

Rosa, Liane Silveira da.,Cardoso,Leticia Silveira.,Costa, Valdecir Zavarese da.,Cezar-Vaz, Marta Regina. Rede de saúde do trabalhador: estudo do processo de trabalho de enfermeiros. ABCS Health Sci. 2021;46:e021228.

Santos, M., Lira, P., Florêncio, J., Alves, M., Agripino, N., Lima, M., & Gurgel, I. (2021). Pesquisa-intervenção como mediadora de transformação das condições de saúde dos teleoperadores de Pernambuco. Saúde Soc. São Paulo, v.30, n.4, e200984, 2021.

Suzano AAS, Ribeiro LB, Freitas DAM, Ferreira ALS, Silva RG, Souza ICR, et al. A Saúde dos Trabalhadores nas Estradas- Dados da Extensão em Goiás. REVISA. 2022; 11(1): 59-68.

SUBJETIVAÇÃO DE CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES IDOSOS FRÁGEIS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Maria Eduarda Cares de Araujo; Acadêmica de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Matheus Vitoriano Serrão; Acadêmico de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Carolina Sales Galdino; Mestre; Universidade Federal de Minas Gerais

Isabela Silva Cancio Velloso; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: O crescente envelhecimento populacional é uma realidade na sociedade brasileira, que leva a desafios para a saúde pública, principalmente no que diz respeito aos indivíduos idosos frágeis e seus cuidadores. Idoso frágil é aquele que atinge o grau máximo de fragilidade devido à redução da reserva homeostática e da capacidade de adaptação diante de estímulos nocivos, o que pode levar à demanda por cuidados paliativos (CPs), inclusive no domicílio. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, "Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual". Os CPs realizados em domicílio requerem a atuação de um cuidador, papel que, muitas vezes, é desempenhado por cuidadores familiares (CFs), que assumem a responsabilidade integral pelo cuidado da pessoa idosa. Embora os CFs desempenhem um papel fundamental na articulação entre a equipe de saúde e o paciente, ele frequentemente pode sofrer sobrecarga física, emocional e socioeconômica, impactando sua qualidade de vida. Na maioria dos casos, a função de cuidar recai principalmente sobre as mulheres. Nesse contexto, torna-se relevante compreender a subjetivação desses cuidadores, que é compreendida como a forma que o sujeito se torna sujeito. **Objetivo:** Compreender a subjetivação de cuidadores familiares de pacientes idosos frágeis em cuidados paliativos no domicílio. **Referencial teórico:** Utilizou-se o referencial teórico de Michel Foucault, em particular o conceito de biopoder, considerando-se a anátomo-política e a biopolítica. A anátomo-política tem sua base no controle disciplinar do corpo, enquanto a biopolítica tem como foco as populações, modulando fenômenos biológicos e sociais. A utilização desses conceitos se justifica para compreender como os discursos dos cuidadores familiares no contexto dos CPs domiciliares estão atravessados por práticas de poder, revelando como os discursos dos cuidadores familiares são permeados por estratégias discursivas que regulam vidas e subjetividades. **Método:** Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada com cuidadores familiares de indivíduos pessoas idosas frágeis atendidas pelo Programa Matrix 10, que oferece apoio especializado, educação em saúde para os CFs com encontros virtuais e telemonitoramento dos indivíduos idosos frágeis em CPs. A coleta de dados foi realizada por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas. Para a seleção da amostra, foram definidos como critérios de inclusão: idade de 18 anos ou mais, prestar cuidado a pessoa idosa acompanhada pelo programa há pelo menos 6 meses, estar cadastrado no Programa Matrix 10 como cuidador de paciente em acompanhamento e ter participado de, no mínimo, 4 encontros de educação em saúde do Matrix 10. A seleção dos participantes foi realizada de forma aleatória. Dos 31 CFs elegíveis, 9 participaram do estudo. Todos os participantes receberam informações sobre os objetivos, metodologia, aspectos éticos e riscos do estudo e assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados coletados foram submetidos à análise de discurso sob a perspectiva de Michel Foucault. **Resultados e Discussão:** A amostra foi composta por 9 cuidadoras familiares, sendo 7 filhas, 1 esposa e 1 nora, com idades entre 35 e 80 anos; dessas, 6 tinham mais de 60 anos. Dos indivíduos idosos cuidados, 6 eram mulheres e 3 homens, com idades entre 78 e 96 anos, todos portadores de doença de Alzheimer. Adicionalmente, 2 pacientes apresentavam esquizofrenia e dois outros doença de Parkinson. Todos os pacientes idosos eram dependentes para a realização das atividades diárias. Os resultados do estudo revelaram que o cuidar é um trabalho predominantemente feminino e não remunerado. Nesse contexto, destaca-se o conceito foucaultiano de subjetivação, entendido como o modo pelo qual o indivíduo se constitui como sujeito, podendo ser moldado, tornando-se um indivíduo dócil, apto à produção e à obediência, baseado em um ciclo de vigilância e punição. O papel da cuidadora familiar é atravessado por construções de gênero historicamente e culturalmente instituídas, que naturalizam a responsabilidade feminina pelo cuidado, reforçando relações de poder desiguais. Essa dinâmica pode ser analisada à luz da anátomo-política, que disciplina os corpos individuais, e do biopoder, que regula a vida da população. O cuidado familiar, embora carregue significado emocional, resulta em sobrecarga pessoal e profissional, com muitos cuidadores abandonando o trabalho. Além disso, os modelos biopolíticos contribuem para a centralidade da mulher no cuidado. O artigo 229 da Constituição Federal estabelece que os filhos têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade, enquanto o Estatuto do Idoso reforça a responsabilidade da família de cuidar de seus familiares, dificultando alternativas formais de cuidado e reforçando o estigma da mulher como cuidadora. Em 2024, foi sancionada a Lei 15.069/24, que institui a Política Nacional de Cuidados, que tem por objetivo garantir o direito ao cuidado, de forma gradual e progressiva, sob a perspectiva integral e integrada de políticas públicas que reconheçam a interdependência da relação entre quem cuida e quem é cuidado e promover políticas públicas que garantam o acesso ao cuidado com qualidade para quem cuida e para quem é cuidado. Entretanto, apesar da Política Nacional de Cuidados representar um marco importante ao reconhecer o cuidado como um direito e ao propor uma divisão mais justa e igualitária entre homens e mulheres, a necessidade dessa regulamentação revela que ainda existem desafios para superar a centralidade feminina no cuidado. **Conclusão:** O estudo propôs a compreensão da subjetivação de cuidadores familiares de pacientes idosos frágeis em cuidados paliativos, sobretudo o papel que as mulheres exercem nesse cuidado. Os resultados evidenciam o protagonismo feminino na prestação desse cuidado, pela construção social e moral que historicamente designa a mulher como um alguém dócil, apto e essencial para o cuidado familiar. Este estudo contribuiu também para a compreensão sobre como essa subjetivação se materializa na prática, gerando sobrecarga física e emocional vivenciada pelas mulheres que assumem o papel de cuidadora destes indivíduos idosos. Assim, com a ausência de políticas públicas que garantam a divisão da responsabilidade do cuidado entre os gêneros, fica claro a urgência de políticas voltadas para atender as necessidades dessas cuidadoras.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos; Saúde do idoso; Cuidadores; Assistência domiciliar.

Agradeço ao apoio da PIBIC/CNPq, pela concessão do apoio necessário para o prosseguimento de pesquisas como esta.

REFERÊNCIAS

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. 2023.

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade 1: A vontade de saber. 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramalhete. 40. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

LEI nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 2, 24 dez. 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L15069.htm

MORAES, Edgar Nunes et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 50, n. 81, p. 1-9, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963.

TECNOLOGIAS GERENCIAIS NO SUS NA AMAZÔNIA: PLANEJAMENTO, EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONDIÇÕES DE TRABALHO DURANTE A COVID-19

William Pereira Santos; Graduação em Ciências Biológicas. Mestre em Saúde Coletiva e Saúde Pública. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF).

Alcindo Antônio Ferla; Graduação em Medicina. Doutor em Educação. Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - Saúde Pública (ILMD/Fiocruz - AM, FAPEAM).

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores conquistas sociais da redemocratização brasileira, estruturado sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Entretanto, a efetivação dessas diretrizes encontra entraves relacionados à gestão dos processos, à realidade de vidas das pessoas e territoriais, à escassez de recursos e às condições de trabalho dos profissionais da saúde. Nesse contexto, as tecnologias gerenciais assumem papel estratégico, pois permitem integrar planejamento, gestão participativa e práticas de educação permanente em saúde, contribuindo para a melhoria da atenção e para a valorização dos trabalhadores. A pandemia de COVID-19 explicitou tanto as fragilidades estruturais do SUS quanto as potencialidades das práticas inovadoras de gestão e comunicação em saúde. Também acentuou problemas históricos como a precarização do trabalho, a intensificação das desigualdades sociais e a desvalorização do conhecimento científico. Dessa forma, discutir tecnologias gerenciais significa refletir sobre ferramentas que vão além do aparato técnico-burocrático: são dispositivos de mediação entre sujeitos, territórios e políticas públicas (Santos, 2024; Schweickardt *et al*. (2022). **Objetivo:** Analisar as potencialidades e desafios das tecnologias gerenciais em saúde, com foco no planejamento e gestão de processos e recursos, nas práticas de educação permanente em saúde e nas condições de trabalho contemporâneo, destacando seus impactos na saúde do trabalhador. **Referencial Teórico:** O estudo está fundamentado em autores clássicos da Saúde Coletiva e da gestão do trabalho em saúde, sendo: (I) Merhy (2023) discute as tecnologias leves, leves-duras e duras, situando as tecnologias gerenciais como fundamentais para a produção do cuidado e para a organização dos serviços. (II) Ceccim e Feuerwerker (2005) contribuem com o conceito de educação permanente em saúde, entendida como prática transformadora e emancipatória que integra o aprender e o trabalhar no cotidiano do SUS. (III) Minayo (2006) oferece subsídios metodológicos para pesquisas qualitativas, fundamentais para captar percepções, significados e experiências dos trabalhadores. (IV) Bardin (2011) permite uma análise de conteúdo estruturada, oferecendo etapas bem definidas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. (V) Paim (2011) aborda o SUS como projeto civilizatório, destacando a importância do planejamento e da gestão participativa para sua consolidação. (VI) Luz (2009) enfatiza a complexidade do campo da saúde coletiva e a necessidade de abordagens interdisciplinares. (VII) Schweickardt *et al*. (2022) discutem o contexto amazônico durante a pandemia, revelando os efeitos da precarização do trabalho e da ausência de políticas eficazes no enfrentamento da crise sanitária. **Método:** Este resumo se baseia em pesquisa de natureza qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, desenvolvida a partir da dissertação do primeiro autor, no campo da Saúde Pública (Santos, 2024), a qual partiu do projeto "Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas" (CAAE nº 51941321.4.0000.5020 e parecer nº 5.137.547), coordenado pelo Laboratório de História e Políticas Públicas de Saúde da

Amazônia (LAHPSA/Fiocruz-AM). Este estudo envolveu análise documental, revisão bibliográfica e entrevistas com trabalhadores da saúde em diferentes regiões do Amazonas. A técnica de análise de conteúdo, segundo Minayo (2006), orientou a sistematização dos dados em três categorias analíticas: (I) Planejamento e gestão de processos e recursos; (II) Educação permanente em saúde; (III) Condições de trabalho e impactos na saúde do trabalhador. **Resultados e Discussão:** (I) Planejamento e gestão de processos e recursos: Os achados revelam que o planejamento em saúde ainda enfrenta dificuldades ligadas à fragmentação das ações, ao financiamento insuficiente e à centralização decisória. Contudo, experiências exitosas mostram que pactuações interfederativas, processos ascendente-participativos e monitoramento local podem fortalecer a gestão. Durante a pandemia, a ausência de coordenação nacional ampliou desigualdades regionais. Dessa forma, os territórios empenhados em enfrentar a crise sanitária desenvolveram estratégias diversas, como a instalação de barreiras sanitárias em portos e estradas e a implementação da vacina contra a COVID-19, especialmente importantes diante do considerável aumento de casos em Manaus, evidenciando a potência das tecnologias gerenciais quando associadas ao território e à participação social. (II) Educação permanente em saúde (EPS): A EPS se mostrou uma estratégia essencial para a formação crítica e a atualização dos trabalhadores diante das rápidas mudanças exigidas pela crise sanitária. Ceccim e Feuerwerker (2005) sustentam que a educação permanente valoriza a problematização e a construção coletiva do conhecimento. Os dados da pesquisa confirmam que as tecnologias leves, como a escuta, o acolhimento, a aproximação territorial e o apoio das comunidades, foram dispositivos relevantes para ampliar a autonomia dos profissionais, fortalecer vínculos entre equipes e usuários e melhorar a qualidade das respostas em saúde. Tais práticas ocorreram com o cuidado de garantir segurança sanitária, considerando as restrições de contato impostas pela pandemia. Os territórios desenvolveram iniciativas de enfrentamento, articulando saberes tradicionais, estratégias coletivas de proteção e reorganização local dos serviços de saúde, o que demonstra a potência criativa das comunidades amazônicas diante da crise. (III) Condições de trabalho e impactos na saúde do trabalhador: A pandemia evidenciou as vulnerabilidades históricas do trabalho em saúde, marcadas pela precarização dos vínculos, sobrecarga de tarefas e adoecimento físico e mental. Autores como Schweickardt *et al*. (2022) alertam para a intensificação do trabalho em condições adversas, especialmente em contextos amazônicos de difícil acesso. Os relatos de trabalhadores apontam sofrimento ético e desgaste emocional, resultantes tanto da escassez de recursos quanto da insegurança diante da desinformação institucionalizada. Nesse cenário, as tecnologias gerenciais podem atuar de forma ambivalente: como instrumentos de proteção (quando orientadas para o cuidado do trabalhador) ou como mecanismos de controle produtivista (quando associadas a metas e indicadores rígidos). Quanto ao planejamento e gestão, observou-se que o SUS ainda enfrenta limitações relacionadas ao financiamento insuficiente, à fragmentação das ações e à morosidade administrativa. Porém, experiências locais exitosas mostraram que a adoção de ferramentas de planejamento ascendente, pactuações interfederativas e estratégias de monitoramento participativo fortaleceram a gestão e ampliaram a segurança sanitária. A pandemia evidenciou a necessidade de uma governança ágil e baseada na realidade de vida e dos territórios, mas também revelou os riscos de práticas de gestão centralizadoras e desconectadas das realidades locais. **Conclusões:** As tecnologias gerenciais em saúde se configuram como ferramentas estratégicas para o fortalecimento do SUS, mas sua efetividade depende da forma como são utilizadas. Quando associadas a práticas participativas, educativas e emancipatórias, elas possibilitam maior integração entre planejamento, gestão e cuidado, favorecendo a valorização dos trabalhadores e a ampliação da qualidade da atenção. Contudo, se reduzidas a instrumentos burocráticos de controle, podem acentuar desigualdades, sobrecarga e precarização. Assim, este estudo conclui que o planejamento em saúde precisa ser participativo, territorializado e orientado por evidências, além de incorporar propostas de educação permanente, que deve ser

entendida como uma prática transformadora, que fortalece autonomia e criticidade das pessoas e grupos. As condições de trabalho exigem políticas que enfrentem a precarização e promovam ambientes saudáveis. Assim, as tecnologias gerenciais só terão impacto positivo quando forem articuladas aos princípios constitucionais do SUS e à defesa intransigente da saúde como direito e da democracia como valor.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde; Educação Permanente em Saúde; Tecnologia da Informação em Saúde; Saúde do Trabalhador.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Ed. 70, 1979.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação,** v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde, Soc. São Paulo,** v. 18, n. 2, p. 304-11, 2009.

MERHY, E. E. **Micropolítica del trabajo en salud:** teoría, métodos y aplicaciones. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Managua: OPS/ OMS - Nicaragua; Managua: UNICA, 2023, 151 p. (Série Salud & Centroamérica, v.3).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

PAIM, J. S. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, v. 377, p. 1778-1797, 2011.

SANTOS, W. P. **Desafios no território líquido durante a COVID-19:** contextos, contrastes e alcances da produção de saúde. 2024. 257 f. Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) - Instituto Leônidas & Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2024.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al*. (Org.). **Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19:** esperançando novos mundos. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde & Amazônia, v. 23). E-book (PDF). ISBN 78-65-5462-023-9.

UBERIZAÇÃO, EMERGÊNCIA CLIMÁTICA E DESPROTEÇÃO SOCIAL NA AMAZÔNIA: DESAFIOS PARA A GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Flávia Maia do Amaral; Bacharela em Serviço Social (UFPA); especialista em Saúde e Segurança do Trabalhador (UNAMA)

Camila Milena Almeida Canto dos Santos; Bacharela em Serviço Social (UFAM); especialista em Saúde Funcional pelo Programa de Residência Multiprofissional Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas (HUGV/UFAM); mestranda no Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS/UFAM),

Kamila Caroline Silveira Noronha; Bacharela em Psicologia (UFAM); residente em Saúde Funcional pelo Programa de Residência Multiprofissional Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas (HUGV/UFAM),

RESUMO

Introdução: O avanço da emergência climática e a intensificação de modelos laborais precarizados, como a uberização, configuram novos desafios à saúde do trabalhador e à gestão de políticas públicas em saúde. Na região amazônica, motoristas e entregadores de aplicativos enfrentam jornadas exaustivas sob condições ambientais extremas, em um contexto marcado pela ausência de proteção social e pela fragilidade das ações estatais de regulação e cuidado. A articulação entre trabalho uberizado, desproteção social e emergências climáticas revela não apenas vulnerabilidades ocupacionais, mas também limitações das políticas públicas na garantia de direitos e na promoção da saúde integral dos trabalhadores. **Objetivo:** Refletir sobre os impactos da emergência climática na saúde de trabalhadores uberizados da Amazônia, analisando como precarização, desproteção social e condições ambientais se articulam na produção de agravos físicos e mentais. **Referencial teórico:** A discussão se ancora em autores que problematizam a reestruturação produtiva e a uberização do trabalho como expressão contemporânea da precarização (Antunes, 2023; Abílio, 2021; Souza & Lussi, 2022). Dialoga-se ainda com Canguilhem (1995) e Dejours (1992, 2015), que situam o trabalho como mediador da saúde e do sofrimento psíquico. O conceito de desproteção social é abordado a partir de Martins e Wünsch (2021) e Pereira (2008), ressaltando os limites das políticas públicas em contextos neoliberais. O debate é atualizado pelo Relatório do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC, 2022), que enfatiza os impactos diferenciados da crise ambiental sobre populações vulneráveis. **Método:** Trata-se de reflexão teórica fundamentada em revisão bibliográfica crítica e análise de dados secundários disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde. Foram priorizadas informações sobre trabalhadores de aplicativos no Brasil, com destaque para a Amazônia, e registros de doenças ocupacionais entre 2007 e 2022. **Resultados e Discussão:** A uberização emergiu no Brasil em 2014 como alternativa frente ao desemprego, mas consolidou-se como forma de gestão algorítmica que transfere riscos e custos aos trabalhadores (Antunes, 2020). Estima-se que 1,5 milhão de pessoas atuaram via aplicativos em 2022, sendo a região Norte a que apresenta maior concentração (IBGE, 2023). Esse contingente está exposto a calor extremo, chuvas intensas e fumaça de queimadas, condições que favorecem agravos respiratórios, distúrbios musculoesqueléticos e acidentes de trânsito (Ministério da Saúde, 2021). Além dos danos físicos, o modelo reforça sofrimento psíquico decorrente de vínculos frágeis, invisibilidade institucional e instabilidade permanente (Dejours, 1992; Antunes, 2020). O discurso da autonomia e flexibilidade encobre a superexploração do trabalhador, transformado em “empreendedor de si mesmo”. O resultado é a intensificação de sentimentos de insegurança e ansiedade, já que os algoritmos controlam a produtividade e

ampliam a sensação de substituibilidade. Na Amazônia, as desigualdades históricas ampliam essa vulnerabilidade: o Estado pouco regula, e as redes de proteção social são insuficientes. A emergência climática torna ainda mais grave a realidade local. A exposição contínua à fumaça de queimadas potencializa doenças respiratórias crônicas, como asma e bronquite. O calor excessivo contribui para quadros de estresse térmico e desidratação, enquanto períodos prolongados de chuva aumentam os riscos de acidentes de trânsito — uma das principais causas de morbimortalidade no país, sobretudo entre motociclistas, que representam a maioria dos entregadores. O cruzamento entre precarização laboral e emergência climática revela um cenário de múltiplas violências. A intensificação das jornadas, o esforço repetitivo e a permanência em posturas inadequadas resultam em doenças musculoesqueléticas recorrentes, como lombalgias e cervicalgias. Além disso, o adoecimento mental é alimentado pelo isolamento social e pela ausência de reconhecimento, fatores destacados por Dejours (2015) como determinantes do sofrimento no trabalho. O IPCC (2022) aponta que comunidades em situação de pobreza e vulnerabilidade socioambiental sofrem de maneira desproporcional os efeitos da crise climática. No caso da Amazônia, os trabalhadores uberizados vivem a convergência de dois fenômenos críticos: a precarização laboral extrema e a intensificação de desastres ambientais. Assim, a emergência climática não apenas agrava a precariedade social, mas também coloca em xeque a sustentabilidade da saúde e da vida desses trabalhadores. O cenário evidencia a insuficiência das políticas públicas existentes. O Sistema Único de Saúde (SUS) registra quase três milhões de atendimentos relacionados a doenças ocupacionais entre 2007 e 2022 (Ministério da Saúde, 2021), mas ainda não dispõe de estratégias específicas para a população uberizada. O vazio institucional em relação ao cuidado psicossocial desse grupo revela a urgência de políticas intersetoriais que articulem saúde, assistência social e regulação do trabalho. Nesse sentido, a regulamentação das plataformas digitais (como a prevista no PL 12/2024) representa um passo importante, mas insuficiente se não vier acompanhada de medidas que fortaleçam a Seguridade Social e ampliem a proteção aos trabalhadores. É necessário que o Estado assuma papel central na mediação entre capital, trabalho e meio ambiente, reconhecendo que a saúde do trabalhador é atravessada por determinantes sociais e climáticos. **Conclusões:** Os trabalhadores uberizados da Amazônia vivenciam uma combinação de precarização do trabalho, desproteção social e intensificação dos impactos da emergência climática. Esse quadro produz adoecimento físico e mental, reforçando a invisibilidade de um grupo que, embora central para a economia contemporânea, segue desprotegido pelo Estado. O estudo evidencia que a uberização não pode ser analisada apenas como uma forma inovadora de trabalho, mas sim como um processo de aprofundamento da precarização laboral e da superexploração sob a lógica do capitalismo de plataforma. A emergência climática intensifica esse processo, revelando que a vulnerabilidade não é circunstancial, mas estrutural. Do ponto de vista da gestão de políticas públicas, os achados revelam tanto a insuficiência das estratégias atuais quanto a urgência de incluir os trabalhadores de plataformas nas agendas de saúde e proteção social. Reafirma-se a necessidade de regulamentação das plataformas, fortalecimento da Seguridade Social e implementação de estratégias de saúde do trabalhador que considerem as especificidades regionais e ocupacionais. A gestão pública em saúde, nesse contexto, deve ser repensada a partir de uma abordagem intersetorial, articulando regulação do trabalho, políticas sociais e estratégias de enfrentamento às emergências climáticas. Promover saúde nesse cenário significa reconhecer os trabalhadores uberizados como sujeitos de direito, ampliando sua inserção nas políticas de proteção e assegurando dignidade e pertencimento. A justiça social e climática, portanto, devem caminhar juntas, para que seja possível garantir a vida e o bem-estar de uma população que, apesar de invisibilizada, carrega o peso das contradições do trabalho contemporâneo e da crise ambiental.

PALAVRAS-CHAVE: Emergência climática; Uberização; Proteção social; Saúde

REFERÊNCIAS

ABÍLIO, L. C. et al. **Uberização e plataformização do trabalho no Brasil**. Sociologias, v. 23, n. 57, p. 26–56, 2021.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**. São Paulo: Boitempo, 2020.

ANTUNES, R. **Uberização do trabalho e capitalismo de plataforma**. Análise Social, v. 58, n. 248, p. 512–532, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Doenças Ocupacionais**, 2007–2022. Brasília, 2021.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

IBGE. **Em 2022, 1,5 milhão de pessoas trabalharam por meio de aplicativos de serviços no país**. Agência IBGE Notícias, 2023.

IPCC. **Relatório de Avaliação AR6: Impactos, Adaptação e Vulnerabilidade**. Genebra: IPCC, 2022.

USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA MELHORIA NO SISTEMA DE ATENDIMENTO AO ALUNO DE CURSOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO

Julia Fernandes Rodrigues Macedo; Graduanda em Pedagogia; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais

Marcelo Pellizzaro Dias Afonso; Doutorando em Saúde Pública; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais

Claudia Renata de Paula Orlando; Especialista em Governança Pública de Sistemas e Serviços de Saúde; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais

Helian Nunes de Oliveira; Doutor em Saúde Pública; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar; Doutor em Educação; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais

Gabriel Henrique Silva Teixeira; Graduação em Biblioteconomia; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A eficácia da comunicação é um pilar para o sucesso da jornada acadêmica em ambientes de Educação a Distância (EAD), especialmente em áreas de alta complexidade como a saúde. Contudo, a comunicação fragmentada no ensino, um desafio constante, frequentemente causa sobrecarga cognitiva nos estudantes e ineficiência operacional nas equipes de suporte. (BELLUZZO; MACEDO, 1993). Este cenário é visível no Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), onde a comunicação heterogênea no atendimento gerava ruídos, desconfiança e sobrecarga da secretaria com dúvidas que deveriam ser sanadas no autoatendimento. O sintoma mais evidente dessa falha era o uso recorrente da opção de chamado "Meu assunto não está descrito", indicando uma arquitetura da informação desalinhada às necessidades dos usuários. **Objetivos:** Este trabalho apresenta os resultados de um estudo de caso exploratório sobre a aplicação dos modelos de linguagem Google Gemini (2.5 Flash e Pro) para diagnosticar falhas e propor uma otimização do sistema de atendimento da secretaria acadêmica do Nescon. Especificamente, o trabalho avaliou a capacidade dos LLMs de identificar as causas da ineficiência comunicacional , analisando padrões em chamados classificamos como "Meu chamado não está descrito" para revelar lacunas de conhecimento. Adicionalmente, comparou o desempenho qualitativo entre os modelos Gemini 2.5 Flash e Pro , e verificou se as soluções geradas pela IA convergiam com o referencial teórico predefinido. **Referencial Teórico**: Diante deste desafio, a Inteligência Artificial (IA), especificamente os Modelos de Linguagem de Larga Escala (LLMs), surge como uma tecnologia com potencial para transcender a automação de respostas, atuando como uma ferramenta de análise qualitativa e redesenho estratégico de serviços (KASNECI et al., 2023). Este estudo explora a aplicação do LLM Google Gemini como um parceiro analítico para diagnosticar as causas-raiz dos problemas de comunicação e co-criar soluções estruturais para o sistema de atendimento do Nescon. A proposta de otimização do atendimento fundamenta-se no **Modelo Funil de Resposta (MFR)**, uma metodologia de comunicação que organiza a

informação de forma progressiva para minimizar o esforço cognitivo do usuário, cuja robustez é sustentada por uma base teórica multidisciplinar. Do campo da comunicação, o MFR apropria-se do princípio da **Pirâmide Invertida**, consagrado no jornalismo para apresentar a informação mais crucial no início, uma abordagem adaptada para capturar a atenção limitada do usuário digital (CANAVILHAS, 2006; SCHADE, 2018). Da psicologia cognitiva, a **Teoria da Carga Cognitiva (TCC)** de Sweller explica *por que* essa estrutura funciona: ao apresentar a informação de forma clara e hierarquizada, o MFR reduz a carga cognitiva extrínseca (esforço desnecessário para processar a informação), liberando recursos mentais para a efetiva compreensão e aprendizagem (carga relevante) (SWELLER; MERRIENBOER; PAAS, 1998). Finalmente, os princípios de **Escrita para a Experiência do Usuário (UX Writing)** contextualizam o modelo no meio digital, focando em criar um conteúdo claro e útil que guie o usuário à ação, transformando a base de conhecimento em uma ferramenta funcional. (HOWARD; THAM; VERHULSDONCK, 2024). A convergência desses três pilares demonstra que o MFR é uma metodologia cientificamente embasada, capaz de ser comunicacional eficiente, cognitivamente ergonômica, e funcionalmente projetada para a interface digital. **Metodologia:** Este estudo foi delineado como uma pesquisa qualitativa e exploratória, na modalidade de estudo de caso, tendo como objeto o sistema de atendimento do Nescon e como instrumento de análise a interação com os LLMs da família Google Gemini. O estudo iniciou-se com a contextualização dos LLMs a partir de um vasto corpus de dados primários, incluindo a base de chamados, o conteúdo do FAQ, documentos dos cursos e os modelos de respostas da secretaria. A análise gerada pela IA sobre este material foi o ponto de partida para a construção, pelos autores, dos dois documentos que guiaram a pesquisa: a "Fundamentação Teórica para a Otimização do Antendimento ao Público EAD" e o "Relatório de Experiência", que contém a análise prévia dos chamados e a trajetória de desenvolvimento do FAQ mediada pela IA. O procedimento de análise foi conduzido de forma iterativa com os modelos Gemini 2.5 Flash e Pro. A primeira fase consistiu no diagnóstico, com a formulação de *prompts* abertos para que os LLMs identificassem os principais problemas do sistema. Na segunda fase, de geração de soluções, foram solicitadas propostas concretas para a reformulação e reorganização do FAQ. A terceira fase, de refinamento, foi crucial para demonstrar o caráter colaborativo da metodologia: a crítica do pesquisador às respostas da IA foi usada para refinar os prompts, como no exemplo em que um questionamento sobre a viabilidade da "jornada acadêmica" levou o Gemini Pro a aprofundar a proposta, resultando no modelo de funil hierárquico. A análise dos resultados foi qualitativa, baseada na comparação das propostas geradas pelos LLMs com o referencial teórico e os problemas práticos identificados. **Resultados e discussões:** A análise conduzida pelos LLMs revelou obstáculos e gerou soluções estratégicas, com foco no desempenho superior do modelo Gemini 2.5 Pro. A análise central consistiu na identificação de que o FAQ vigente cobria apenas os procedimentos padrão, enquanto as exceções e problemas eram a principal causa para o uso da opção “Meu assunto não está descrito” A análise temática da IA identificou padrões como dúvidas sobre prazos expirados, problemas técnicos específicos e questões interdepartamentais. Com base nesse diagnóstico, o Gemini Pro propôs uma reestruturação completa da arquitetura da informação, cujos pilares foram:1 **Estrutura Hierárquica em Funil:** Uma reorganização do FAQ em etapas lógicas para guiar o usuário, partindo de Etapas Universais da Jornada Acadêmica, passando pela Diferenciação por Agrupamento de Cursos e chegando às Questões Específicas. 2 **Adoção da Pirâmide Invertida nas Respostas:** Para cada pergunta, a resposta deveria seguir a estrutura de “Resposta Direta”, “Detalhes e Contexto” e “Ação e Próximos Passos”, alinhando-se perfeitamente ao MFR. 3 **Criação de Micro-templates:** A criação de modelos de preenchimento para que os usuários forneçam as informações completas ao abrir um chamado, evitando trocas de mensagens. A comparação de desempenho entre os modelos (Imagem 1) evidenciou que, enquanto o Gemini Flash apresentou um raciocínio tático e literal, resultando

em soluções de baixa aplicabilidade, o Gemini Pro demonstrou capacidade de abstração e raciocínio estratégico, propondo uma reestruturação sistêmica e centrada no usuário.

O resultado mais significativo do estudo foi a validação emergente da teoria pela prática da IA. O fato de o Gemini Pro ter proposto, de forma autônoma, uma estrutura de "pirâmide invertida" e um "modelo funil" — conceitos que são a espinha dorsal do referencial teórico — funciona como uma validação empírica e não enviesada do próprio referencial. Isso sugere que um modelo de linguagem avançado, ao analisar um problema de comunicação, pode inferir de forma independente os mesmos princípios de eficácia já validados pela pesquisa acadêmica (SWELLER; MERRIENBOER; PAAS, 1998; BRUNER; ROSS; WOOD, 1976). A IA não apenas aplicou a teoria, mas a redescobriu, demonstrando uma convergência notável entre a inteligência humana acadêmica e a inteligência artificial computacional na busca por soluções centradas no ser humano. **Conclusão**: Este estudo demonstrou o potencial estratégico do uso de LLMs como ferramentas de análise e design para a otimização de sistemas de suporte ao estudante. A aplicação do Google Gemini permitiu redesenhar a estrutura do sistema de atendimento do Nescon, alinhando-a a princípios pedagógicos, cognitivos e de experiência do usuário. A principal contribuição da pesquisa reside na demonstração de um método de colaboração humano-IA, no qual a expertise humana guia a capacidade de processamento e geração de padrões da IA para criar soluções robustas e contextualmente adequadas. As implicações práticas da implementação das soluções propostas são significativas, com potencial para reduzir o volume de chamados repetitivos, aumentar a autonomia e a satisfação dos estudantes, e otimizar o trabalho da equipe da secretaria. Como um estudo exploratório, suas limitações residem na ausência de uma validação quantitativa. Trabalhos futuros devem, portanto, implementar o protótipo e medir seu impacto em indicadores-chave de desempenho, como a taxa de redução de chamados e a satisfação discente.

PALAVRAS-CHAVE: Inteligência Artificial; Atendimento ao Estudante; Modelos de Linguagem de Larga Escala; Design Instrucional.

REFERÊNCIAS

BELLUZZO, R. C. B.; MACEDO, N. D. de. A gestão da qualidade em serviços de informação: contribuição para uma base teórica. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 124-132, maio/ago. 1993.

BRUNER, J. S.; ROSS, G.; WOOD, D. The Role Of Tutoring In Problem Solving. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 17, n. 2, p. 89-100, 1976.

CANAVILHAS, J. Webjornalismo: da pirâmide invertida à pirâmide deitada. **Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação (BOCC)**, 2006.

CARROLL, J. M. Creating Minimalist Instruction. **International Journal of Digital Learning**, v. 5, n. 2, nov. 2014.

HOWARD, T.; THAM, J. C. K.; VERHULSDONCK, G. **UX Writing: Designing User-Centered Content**. 1. ed. New York: Routledge, 2024.

KASNECI, E. *et al*. ChatGPT for good? On opportunities and challenges of large language models for education. **Learning and Individual Differences**, v. 103, p. 102274, 2023.

SCHADE, A. **Inverted Pyramid: Writing for Comprehension**. Nielsen Norman Group, 2018. Disponível em: https://www.nngroup.com/articles/inverted-pyramid/.

SWELLER, J.; MERRIENBOER, J. J. G. van; PAAS, F. G. W. C. Cognitive Architecture and Instructional Design. **Educational Psychology Review**, v. 10, n. 3, p. 251-296, 1998.

APÊNDICE

Imagem 1 - Infográfico comparativo

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO (PDE) DO HC-UFMG/EBSERH (2019–2023)

Gustavo Andrade Silva; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Patrícia Lourdes Silva; Doutora; Universidade Federal de Minas Gerais

Leticia Ferreira da Silva Machado; Mestre; Universidade Federal de Minas Gerais

Sônia Maria Nunes Viana; Mestre; Universidade Federal de Minas Gerais

Danilo Paulo Lima da Silva; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como um dos mais abrangentes sistemas públicos do mundo, sustentado pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Nesse contexto, os hospitais universitários desempenham papel estratégico ao integrar assistência, ensino e pesquisa, exigindo modelos de gestão capazes de conciliar eficiência, qualidade e sustentabilidade. O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), adota o Plano Diretor Estratégico (PDE) como principal instrumento de direcionamento institucional, alinhado às diretrizes da Rede EBSERH e fundamentado na metodologia Balanced Scorecard (BSC). O PDE traduz as estratégias organizacionais em projetos e indicadores de desempenho, funcionando como base para o monitoramento dos resultados institucionais. A execução efetiva dos projetos estratégicos, contudo, é um desafio recorrente nas instituições públicas, especialmente pela complexidade da estrutura organizacional e pela necessidade de articulação entre múltiplos atores. Avaliar o desempenho do PDE torna-se, portanto, essencial para compreender a capacidade de execução das ações estratégicas e o alcance das metas definidas para o período de 2019 a 2023. **Objetivo:** Avaliar o desempenho do Plano Diretor Estratégico do Hospital das Clínicas da UFMG no período de 2019 a 2023. **Referencial Teórico:** O estudo fundamenta-se em conceitos clássicos de estratégia e planejamento, que compreendem a gestão como processo de escolha e implementação de ações voltadas ao alcance de objetivos organizacionais. Autores como Ansoff (1990), Porter (1989) e Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) destacam que a eficácia de uma estratégia depende não apenas de sua formulação, mas da capacidade de execução e de aprendizado institucional. No campo da gestão pública, o planejamento estratégico é reconhecido como instrumento de coordenação e racionalização dos recursos, favorecendo a transparência e a efetividade na tomada de decisões (Oliveira, 2007). A metodologia Balanced Scorecard (Kaplan; Norton, 1997) foi adotada pela Rede EBSERH para integrar objetivos, indicadores e iniciativas em uma estrutura coerente de gestão do desempenho, distribuída nas perspectivas de sociedade, processos, sustentabilidade e aprendizado. A literatura em gestão de projetos (PMI, 2013; Vargas, 2014) reforça que o sucesso na implementação estratégica depende de práticas sistematizadas de acompanhamento, controle e comunicação, capazes de transformar planos em resultados mensuráveis. Experiências em hospitais universitários demonstram que a adoção de metodologias de projetos aumenta a efetividade e a coerência na

execução de ações estratégicas (Cabral, 2018; Assis, 2024; Costa, 2024). **Método:** Trata-se de um estudo de caso de abordagem quantitativa e caráter descritivo, realizado a partir da análise documental dos relatórios institucionais e bases de dados do sistema de gestão estratégica do HC-UFMG/EBSERH. Foram analisados documentos oficiais, como o Plano Diretor Estratégico 2019–2023, relatórios de execução de projetos, relatório de acompanhamento dos projetos e relatórios de desempenho. A coleta de dados concentrou-se na carteira de sete projetos estratégicos definidos para o período, distribuídos nos eixos de ensino, pesquisa, assistência, sustentabilidade, governança, processos e pessoas. Os dados quantitativos referentes ao cumprimento de metas e resultados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando o Índice de Cumprimento de Metas (ICM) como indicador de desempenho e a porcentagem de execução dos projetos estratégicos. A análise comparativa entre projetos e pilares estratégicos possibilitou identificar padrões de execução, gargalos e fatores de sucesso. A pesquisa foi conduzida com base em fontes públicas institucionais e não envolveu coleta de dados primários com seres humanos, dispensando apreciação ética formal. Além disso, este trabalho foi aprovado no Rede Pesquisa EBSERH e possui a autorização institucional. **Resultados e Discussão:** O HC-UFMG apresentou, no ciclo 2019–2023, uma estrutura de planejamento madura, com metodologia consolidada e ampla participação das lideranças no processo de formulação. O PDE foi resultado de oficinas e reuniões colegiadas coordenadas pela Unidade de Planejamento (UPLAN) e aprovado no 8º Seminário Institucional de Planejamento, refletindo um processo democrático e alinhado à cultura organizacional. O diagnóstico situacional do PDE anterior (2014–2018) evidenciou execução de 45% das ações previstas, apontando como principais fragilidades a informatização, o controle de processos e a integração da gestão de documentos. Esses achados orientaram a definição dos novos projetos estratégicos de 2019–2023, estruturados em torno de macroproblemas institucionais. O portfólio contemplou ações voltadas à qualificação da formação de recursos humanos, aprimoramento dos fluxos de pesquisa, consolidação do modelo assistencial centrado no paciente, otimização da cadeia de suprimentos, fortalecimento da governança, integração dos sistemas de informação e desenvolvimento de competências profissionais. A análise do desempenho global do Plano Diretor Estratégico (PDE) do Hospital das Clínicas da UFMG no ciclo 2019–2023 indicou que aproximadamente 70% das metas pactuadas foram total ou parcialmente alcançadas, demonstrando avanço consistente na execução dos projetos estratégicos e consolidação da metodologia de gestão de projetos. No pilar Assistência, o projeto Consolidação do modelo assistencial centrado no paciente com visão integral e interdisciplinar (PDE101) atingiu ICM de 7,7%, com 75% de execução do planejado. Embora tenha apresentado baixa efetividade em resultados, o projeto refletiu esforço institucional relevante na reorganização dos fluxos assistenciais e no fortalecimento do cuidado interdisciplinar, ainda que limitado pela complexidade operacional e pela necessidade de maior integração entre unidades clínicas e administrativas. No pilar Ensino, o projeto Fortalecimento da formação de recursos humanos em saúde (PDE102) alcançou 66% de execução, porém sem cálculo de ICM, em razão de o indicador ter sido preenchido apenas a partir de 2022. Ainda assim, observou-se progresso na qualificação dos programas de residência, na ampliação dos cenários de prática e na consolidação da articulação ensino-serviço, embora persistam lacunas na sistematização de resultados e no monitoramento do impacto formativo. No pilar Pesquisa, o projeto Otimização dos processos de desenvolvimento de pesquisa (PDE103) apresentou ICM de 17,9% e 79% de execução, demonstrando evolução satisfatória, sobretudo pela melhoria nos fluxos de tramitação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa e na redução do tempo médio de análise de projetos científicos. O pilar Sustentabilidade obteve desempenho robusto, com o projeto Melhoria da gestão e dos processos da cadeia de suprimentos (PDE201) atingindo ICM de 100% e 72% de execução, o que revela eficiência no uso dos recursos disponíveis e avanços no processo de aquisição e gestão de materiais. Apesar disso, ainda se observam entraves

administrativos e restrições orçamentárias que comprometem a plena efetividade das ações. No pilar Governança, o projeto Planejamento estratégico como base para a gestão (PDE301) registrou ICM de 100% e 70% de execução, consolidando o alinhamento entre planejamento e orçamento e fortalecendo a cultura de tomada de decisão baseada em evidências. O pilar Processos e Tecnologia destacou-se como o de melhor desempenho, com o projeto Informatização plena dos processos organizacionais (PDE401) alcançando ICM de 98% e 99% de execução, impulsionado pela implantação quase integral dos módulos do sistema AGHU e pela consolidação da política de segurança da informação. Já o pilar Pessoas, por meio do projeto Reestruturação da Política de Gestão de Pessoas (PDE501), obteve ICM de 100% e 81% de execução, apresentando resultados expressivos na implementação do modelo de gestão por competências, na ampliação das ações de capacitação e na elaboração de planos individuais de desenvolvimento. De maneira geral, os resultados revelam que os pilares de governança, processos e pessoas apresentaram maior maturidade institucional e aderência metodológica, demonstrando capacidade consolidada de execução e integração das práticas de gestão. Em contrapartida, os pilares assistência, ensino e pesquisa evidenciaram desempenho intermediário, condicionado por limitações estruturais, operacionais e de mensuração de resultados. O pilar sustentabilidade, embora apresente indicadores elevados, ainda depende da superação de barreiras administrativas e da ampliação de recursos financeiros para garantir a continuidade das ações. Essa distribuição heterogênea de resultados reflete, ao mesmo tempo, o amadurecimento do modelo de planejamento e a necessidade de evolução na gestão integrada de projetos. Observou-se que o sucesso das iniciativas esteve diretamente associado ao engajamento das lideranças locais, à clareza no escopo e à consistência dos mecanismos de acompanhamento e reporte. O PDE contribuiu significativamente para o fortalecimento da governança institucional, aprimorando a articulação entre planejamento e execução, a transparência na gestão e a accountability organizacional. Contudo, persistem desafios relacionados à integração dos sistemas de informação e à retroalimentação entre indicadores e decisões estratégicas, que ainda limitam a capacidade analítica e a agilidade gerencial da instituição. Esses achados convergem com a literatura que identifica a execução estratégica como um dos principais gargalos na administração pública (Hrebiniak, 2006; Coelho Júnior; Domingues, 2018), reforçando o valor da gestão de projetos como meio de consolidar resultados sustentáveis e fortalecer a cultura de desempenho no HC-UFMG **Conclusões:** A avaliação do desempenho do Plano Diretor Estratégico 2019–2023 evidencia que o HC-UFMG dispõe de um modelo de planejamento estruturado, participativo e coerente com as diretrizes da Rede EBSERH, capaz de alinhar metas, recursos e resultados institucionais. O ciclo analisado demonstrou avanços significativos nos pilares de governança, processos, pessoas e tecnologia, refletindo consolidação metodológica e ampliação da maturidade organizacional. A aplicação do modelo de gestão de projetos possibilitou maior integração entre áreas, fortalecimento da governança e evolução da cultura de monitoramento e avaliação, traduzindo-se em ganhos para a eficiência institucional. Entre as principais oportunidades de melhoria, destacam-se a necessidade de aprimorar a integração tecnológica, consolidar sistemas de informação interoperáveis e desenvolver mecanismos de monitoramento contínuo de indicadores, permitindo ajustes em tempo real e decisões baseadas em evidências. Também se recomenda ampliar as estratégias de capacitação em gestão de projetos e planejamento estratégico, promovendo maior engajamento das lideranças e sustentabilidade das iniciativas. Conclui-se que o PDE se consolidou como instrumento essencial de gestão e governança no HC-UFMG, contribuindo para a transparência, o controle institucional e a perenidade das ações estratégicas. O fortalecimento contínuo desse processo é fundamental para garantir a efetividade do planejamento estratégico nos hospitais universitários, assegurando uma gestão pública inovadora, integrada e orientada para resultados sustentáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento Estratégico; Avaliação de Desempenho; Gestão Hospitalar; Hospitais Universitários; EBSERH.

REFERÊNCIAS

ANSOFF, H. I. Implantando a administração estratégica. São Paulo: Atlas, 1990.

CABRAL, A. A. Planejamento estratégico e gestão de projetos: estudo de caso em hospital universitário. Natal: UFRN, 2018.

COELHO JÚNIOR, F.; DOMINGUES, E. Gestão estratégica: desafios na execução. Revista de Administração Pública, v.52, n.1, 2018.

COSTA, M. Avaliação de desempenho de planos estratégicos hospitalares. Brasília: UnB, 2024.

HREBINIAK, L. A. Making strategy work: leading effective execution and change. New Jersey: Pearson, 2006.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. The Balanced Scorecard: translating strategy into action. Boston: Harvard Business School, 1997.

OLIVEIRA, D. P. R. Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas. 25. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

PMI. A guide to the project management body of knowledge (PMBOK® Guide). 6th ed. Pennsylvania: PMI, 2013.

AVALIAÇÃO DO PERFIL DAS SOLICITAÇÕES DE PALIVIZUMABE PARA PROFILAXIA EM CRIANÇAS CONTRA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO EM FARMÁCIA REGIONAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Joseli Azevedo Mendes Martins; Mestre; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Mery Natali Silva Abreu; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Vanessa de Almeida; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Kátia Ferreira Costa Campos; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Keli Bahia Felicíssimo Zocratto; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: O Palivizumabe confere proteção contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), um dos principais agentes das infecções que acometem o trato respiratório inferior entre lactentes e crianças menores de dois anos, responsável por até 75% das bronquiolites, 40% das pneumonias e 60 milhões de infecções com 160.000 mortes anuais em todo o mundo. A análise da solicitação do Palivizumabe considera os critérios de inclusão para uso: crianças prematuras nascidas com idade gestacional ≤ 28 semanas menores de um ano de idade, crianças com idade inferior a dois anos com doença pulmonar crônica da prematuridade ou doença cardíaca congênita. O Palivizumabe, tem sido considerado seguro, bem tolerado e eficaz, com resultados favoráveis de redução da hospitalização por VSR (Gonçalves *et al*., 2018). É fornecido por meio do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica no período sazonal do VSR, disponibilizado a partir de sua incorporação pela Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) (Minas Gerais, 2021). **Objetivo:** Verificar as solicitações de Palivizumabe de 2014 a 2024 segundo os critérios de inclusão para uso e seu comportamento no período da COVID-19. **Referencial Teórico:** As infecções pelo VSR acarretam elevado impacto financeiro ao sistema de saúde público ou privado, devido aos gastos com internações que geram elevados custos hospitalares e grandes impactos econômicos no sistema de saúde, além dos serviços adicionais necessários para a recuperação clínica dos pacientes (Silva *et al*., 2024). O Palivizumabe apresenta grandes benefícios e tem se mostrado satisfatório na prevenção das doenças graves pelo VSR por sua atividade específica, neutralizante e inibitória da fusão contra esse vírus. Reduz de 45% a 55% a taxa de hospitalização relacionada a infecção gerada pelo vírus, além de ser associada à redução da mortalidade entre as crianças com critério para a utilização do medicamento (Lima; Archondo; Silva, 2020). As doenças respiratórias tornaram-

se umas das principais causas para elevação do número de consultas e internações, acometendo crianças e sendo apontado como a principal causa de mortalidade infantil. A segurança e a eficácia do Palivizumabe são consistentes, reduz hospitalizações relacionadas ao VSR, internações e necessidade de ventilação mecânica. Passou a ser utilizado na profilaxia de infecção por VSR em diversos países do mundo, a partir das evidências científicas do risco de internação nos grupos mais suscetíveis às complicações causadas por esse vírus. O Palivizumabe não está vinculado a programas de imunização na saúde pública por isso se faz necessária a análise das solicitações do medicamento e liberação segundo os critérios para uso (Li, 2022). O Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria de nº 522 de 2013, aprovou o protocolo para o uso clínico do Palivizumabe que tem por característica o de ser um medicamento imunobiológico que corresponde a anticorpos com o objetivo induzir a imunização contra o VSR. As solicitações do Palivizumabe são recebidas na Farmácia de Minas, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Farmácia de Minas se apresenta como um programa de assistência farmacêutica oferecido pelo SUS no estado de Minas Gerais (MG), sendo reconhecida como estabelecimento de saúde e referência de serviços farmacêuticos para a população adscrita. A disponibilização do Palivizumabe ocorre no período de sazonal do VSR (período no ano em que o vírus circula mais facilmente com maior risco de infecção) e perante análise da solicitação, sendo definido para o estado de Minas Gerais (região Sudeste) o período de recebimento das solicitações de janeiro a julho, com aplicação de fevereiro a julho e sazonal de março a julho. O termo sazonalidade significa algo que acontece em períodos específicos. Neste estudo, considerou sazonalidade, o período de ação do VSR, coincidindo com o período de fornecimento do Palivizumabe. A dose preconizada para aplicação do Palivizumabe deve ser de 15mg/Kg de peso corporal, uma vez por mês, podendo ser aplicado somente durante o período de sazonal do VSR. Sua aplicação deve ser restrita ao total de, no máximo, cinco aplicações durante cinco meses consecutivos, dependendo do critério de análise e deferimento da solicitação. Se autorizado o uso do medicamento, será fornecido o contato da unidade hospitalar para agendamento das aplicações (Minas Gerais, 2021). **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo de dados sistematizados, secundários acessíveis e públicos, utilizando a análise das solicitações deferidas para uso de Palivizumabe, dos 39 municípios da regional de Belo Horizonte. A coleta de dados ocorreu por meio do sistema eletrônico do serviço de informação ao cidadão. Os dados foram analisados considerando o ano, número de pacientes e os critérios de inclusão para uso e o perído da doença pela COVID-19. **Resultados e Discussão:** Desde o início das solicitações em 2014, a condição de broncodisplasia pulmonar foi o critério mais frequentemente apresentado, com percentual de solicitações entre 47,63% e 61,79%, exceto nos anos de pico da COVID-19 (2020=20,93% e 2021=27,07%). Nos anos de pico da COVID-19, observou-se uma mudança no padrão referente à população de consumo, considerando os critérios de inclusão (prematuridade, broncodisplasia pulmonar e cardiopatia). O critério mais solicitado nos anos da pandemia passou a ser o de prematuridade (2020=66,11% e 2021=47,63%), sendo o que o critério de cardiopatia foi o menos solicitado em todos os anos (tabela 1). O aumento no número de pacientes com o critério de prematuridade em 2020 e 2021 se deve, possivelmente, ao fato da COVID-19 em grávidas aumentar o número de nascimentos prematuros e gerar alterações no organismo da mãe que são prejudiciais ao bebê (Teixeira *et al*., 2023). Nessa situação, as gestantes passam a apresentar comprometimento da oxigenação e o seu organismo envia menos oxigênio para o bebê. A COVID-19 também pode causar inflamação no corpo, o que pode levar a contrações uterinas e parto prematuro (Vousden *et al*., 2020). Além disso, grávidas infectadas pela COVID-19 correm mais risco de desenvolver pré-eclâmpsia e risco de progredir para formas mais graves da doença, contribuindo para o parto prematuro e também estão mais sujeitas a sofrer um aborto (Oliveira *et al*., 2024). **Conclusão:** O fornecimento de Palivizumabe para VSR ao longo dos anos analisados sofreu influência da pandemia do COVID-19. Mulheres

grávidas com COVID-19 têm um risco maior de parto prematuro em comparação com aquelas sem a doença. A pandemia alterou drasticamente os padrões de consumo do item e ficou claro a alteração no padrão de critério de solicitação, devido ao aumento de prematuros no período.

PALAVRAS-CHAVE: Coronavírus; Palivizumab; Infecções por Vírus Sincicial Respiratório; Nascimento Prematuro.

REFERÊNCIAS

GONÇALVES, I. R. *et al*. Avaliação do programa de uso da imunoglobulina palivizumabe no estado de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, p. 07-14, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00117816. Acesso em: 28 jul. 2025.

LI, Y. *et al*. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. **Revista Lancet**, v. 399, n. 10340, p. 2047-2064, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35598608/. Acesso em: 28 jul. 2025.

LIMA, M. B., ARCHONDO, M. D. L., SILVA, A. R. D. Imunoprofilaxia do vírus sincicial respiratório com Palivizumabe em crianças em hospital da zona sul de São Paulo. **Revista OFIL-ILAPHAR**, Madrid, ES, v. 30, n. 1, p. 33-36, 2020. Disponível em: https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x20200001000010. Acesso em: 28 jul. 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica**. 2021. Belo Horizonte, MG, 2021c. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentos/cesaf/. Acesso em: 28 jul. 2025.

OLIVEIRA, M. *et al*. Atividade atípica do Vírus Sincicial Respiratório durante a pandemia de COVID-19 num hospital português. **RevSALUS**, v. 6, n. 1, p. 1-4, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.51126/revsalus.v6i1.660. Acesso em: 28 jul. 2025.

SILVA, I. D. A., ALVIM, H. G. D. O. A história dos medicamentos e o uso das fórmulas: a conscientização do uso adequado. **Revista JRG**, Brasília, v. 3, n. 7, p. 475-488, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.5281/zenodo.4276239. Acesso em: 28 jul. 2025.

TEIXEIRA, L. F. *et al*. COVID-19 na gestante e prematuridade: Uma revisão integrativa da literatura. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas E Tecnologia**, Ceará, v. 11, n. 2, p. 2144-2159, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.16891/2317-434X.v11.e2.a2023.pp2144-2159. Acesso em: 04 jul. 2025.

VOUSDEN, N. *et al*. The incidence and outcomes of pregnancy in women with SARS-CoV-2 infection in the UK: a prospective national cohort study. **The Lancet**, v. 396, n.56, p.659-665, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251123. Acesso em: 28 jul. 2025.

VI SEMINÁRIO

PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Tema:

Diálogos sobre diversidade e inclusão na saúde

10 E 11 DE NOVEMBRO de 2025

APÊNDICE

Tabela 1 – Distribuição anual segundo os critérios para uso de Palivizumabe em pacientes da CAF/URS-BH de 2014 a 2024

Anos	Número de pacientes	Prematuro ≤28 semanas e menor de 1 ano	Displasia Broncopulmonar menor de 02 anos	Cardiopatia menor de dois anos
	n	n (%)	n (%)	n (%)
2014	280	130 (46,43)	145 (51,79)	5 (1,78)
2015	401	153 (38,15)	199 (49,63)	49 (12,22)
2016	536	250 (46,60)	255 (47,63)	31 (5,77)
2017	645	208 (32,25)	375 (58,14)	62 (9,61)
2018	646	319 (49,38)	326 (50,47)	1 (0,15)
2019	700	345 (49,29)	350 (50,00)	5 (0,71)
2020	301	199 (66,11)	63 (20,93)	39 (12,96)
2021	399	190 (47,62)	108 (27,07)	101 (25,31)
2022	420	201 (47,86)	211 (50,24)	8 (1,90)
2023	542	200 (36,89)	330 (60,90)	12 (2,21)
2024	602	212 (35,22)	372 (61,79)	18 (2,99)

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa, 2025.

DESAFIOS POLÍTICOS E ASSISTENCIAIS NA SAÚDE DE INDÍGENAS COM DEFICIÊNCIA NO CONTEXTO DO SASISUS

Dyego Ramos Henrique; Graduado em Saúde Coletiva e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde; Universidade de Brasília

Fellype Ribeiro da Silva; Programa de Pós-Graduação em Psicologia; Universidade de Pernambuco (UPE)

André Ribeiro da Silva; Pós-Doutor em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde; Universidade de Brasília

Ana Cláudia Pereira Terças-Trettel; Doutora em Medicina Tropical; Universidade do Estado de Mato Grosso

Vagner Ferreira do Nascimento; Doutor em Bioética; Universidade do Estado de Mato Grosso

RESUMO

Introdução: A saúde da população indígena no Brasil reflete, historicamente, desigualdades estruturais que se traduzem em barreiras de acesso, apresentando taxas de morbimortalidade e uma inadequação dos serviços ofertados, que em grande maioria, não dialoga com a interculturalidade. Com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), em 1999, houve avanços importantes na tentativa de garantir um cuidado diferenciado e intercultural. Contudo, quando se trata da saúde de indígenas com deficiências, os desafios se avolumam, de forma que essa especificidade permanece invisibilizada no planejamento e na execução das políticas públicas de saúde. Dados censitários recentes do IBGE (2022) revelam que aproximadamente 7,9% da população indígena brasileira possui algum tipo de deficiência, com maior prevalência em idosos. Os profissionais de enfermagem, que constituem a maior força de trabalho nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), enfrentam dificuldades para integrar as demandas relacionadas à deficiência com as especificidades culturais de cada território. A temática da deficiência, nesses contextos, não pode ser compreendida apenas sob a ótica biomédica, pois envolve dimensões espirituais, simbólicas e sociais que variam entre diferentes povos e etnias. Os profissionais de enfermagem, na linha de frente da atenção primária, precisam transitar entre múltiplos saberes, mas frequentemente se deparam com ausência de qualificações específicas. Assim, discutir os desafios da atenção à saúde de indígenas com deficiência no SasiSUS é refletir não apenas sobre a dimensão técnica do cuidado, mas, sobretudo, sobre os limites e as possibilidades de um sistema que busca ser universal, equânime e integral em um país marcado pela diversidade cultural. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo, verificar e analisar os desafios enfrentados por enfermeiros na atenção à saúde de indígenas com deficiências que atuam nos territórios indígenas brasileiros. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório e qualitativo, desenvolvido entre outubro e novembro de 2024. Foram entrevistados dez enfermeiros atuantes nos DSEI de cinco regiões brasileiras. As entrevistas semiestruturadas foram analisadas com base na técnica de

análise de conteúdo de Bardin (2016). **Resultados e Discussão:** Os resultados evidenciam que a atenção à saúde de indígenas com deficiência ainda é um desafio nos territórios indígenas. Além disso, a realidade territorial, marcada por distâncias geográficas e dificuldades logísticas, limita o acesso contínuo a serviços especializados, como centros de reabilitação e terapias específicas. Outro ponto recorrente foi a fragilidade na formação profissional. A maioria dos enfermeiros relataram não possuir preparo técnico e científico para lidar com a deficiência em contexto indígena, revelando insegurança em procedimentos básicos e dificuldade em orientar as famílias. Essa carência na formação, aponta a necessidade da aproximação entre a academia, SESAI e DSEI, mostra ainda a necessidade da oferta de cursos que dialoguem as demandas reais dos territórios e os currículos universitários. Os profissionais destacaram a necessidade de treinamentos contínuos, que não apenas transmitam técnicas, mas também desenvolvam sensibilidade para atuação em intercultural. O desconhecimento das políticas públicas existentes também apareceu como barreira significativa, revelando que muitos enfermeiros sequer sabem identificar os direitos sociais e de saúde assegurados às pessoas com deficiência. As percepções sobre a deficiência mostraram-se múltiplas e heterogêneas. Enquanto alguns enfermeiros a entendiam sob a ótica biomédica, como uma limitação física ou sensorial, outros reconheciam a dimensão espiritual atribuída por determinadas comunidades indígenas, que viam a deficiência como manifestação de forças ancestrais ou de questões cosmológicas. Essa diversidade evidencia a importância da interculturalidade no cuidado, que demanda diálogo entre saberes biomédicos e tradicionais. Nesse processo, o papel do Agente Indígena de Saúde (AIS) emergiu como essencial, uma vez que esse profissional, por ser detentor dos costumes, saberes e da língua local, é reconhecido como mediador social, que além de mediar a comunicação, é um trabalhador que atua nas orientações quanto aos tratamentos. Apesar dos desafios, também foram identificadas potencialidades. Experiências exitosas relatadas incluem o fortalecimento dos AIS, o uso de teleatendimento e telediagnóstico em áreas remotas e a valorização de práticas tradicionais de cuidado como complementares às terapêuticas biomédicas. Essas iniciativas demonstram que, mesmo diante de limitações estruturais, é possível criar estratégias inovadoras e interculturais para garantir maior integralidade no cuidado. **Conclusão:** O estudo mostrou que a atenção a indígenas com deficiências ainda apresenta lacunas estruturais, culturais, que comprometem o cuidado integral. Aponta que há grande necessidade de integração entre políticas públicas, ampliação das formações voltadas à interculturalidade. Sugere ainda que a valorização dos AIS, a criação de polos regionais de reabilitação e a aproximação entre academia, SESAI e DSEI são estratégias que podem avançar na direção de políticas mais inclusivas.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde Indígena; Pessoas Indígenas com Deficiências; Pessoas com Deficiência; Interculturalidade.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70, 2016.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

DINIZ, D. *O que é deficiência.* São Paulo: Brasiliense, 2007.

GARNÉLO, L. *Políticas públicas de saúde indígena: uma análise crítica.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2022: Brasil tem 14,4 milhões de pessoas com deficiência.* Agência de Notícias IBGE, 20 dez. 2023. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43463-censo-2022-brasil-tem-14-4-milhoes-de-pessoas-com-deficiencia. Acesso em: 3 out. 2025.

LANGDON, E. J. Saúde indígena: política, pluralidade e tradução cultural. *Revista Anthropológicas*, v. 21, n. 1, p. 17-44, 2010.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.* Nova Iorque: ONU, 2006.

DO CALCANHAR À CANETA: O CUSTO DA DESVALORIZAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO PLANEJAMENTO LOCAL EM SAÚDE (PPLS) – UM DIÁLOGO CRÍTICO ENTRE CABEDELO (PB) E O PARADIGMA DE GOVERNANÇA DE PARNAMIRIM (RN)

Ialisson da Silva Araújo; Programa de Pós graduação em Gestão Pública; Universidade Federal da Paraíba

RESUMO

Introdução: A efetividade da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) depende intrinsecamente do alinhamento entre o planejamento central e a execução territorial. O Agente Comunitário de Saúde (ACS), como elo vital entre o território e o sistema, é fundamental para o Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS), instrumento metodológico usado no SUS para organizar as ações de saúde. Entretanto, em municípios de médio porte, a gestão de pessoas e a transparência de dados impõem barreiras a essa participação plena. O presente trabalho questiona o impacto de um modelo de gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) que opera com baixa transparência de dados e ausência de políticas de carreira sólidas, tomando como estudo de caso a experiência de Cabedelo - Paraíba, e a contrastando com o modelo de Parnamirim, Rio Grande do Norte. A análise crítica visa demonstrar como a desvalorização profissional e a opacidade gerencial afetam diretamente o ciclo de Política, Planejamento e Avaliação em Saúde. A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Básica (AB) passa, necessariamente, pela qualidade do seu planejamento microrregional. O Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS)[1] é o processo que permite identificar problemas, definir metas, prever recursos e acompanhar resultados no nível das Unidades de Saúde. Neste contexto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) atua na linha de frente, sendo o principal produtor de dados contextuais e fidedignos sobre as vulnerabilidades do território, insumos cruciais para o PPLS. Nesse contexto, a sociologia da saúde brasileira, em particular a análise clássica de Cecília Donnangelo (1975) sobre a medicina e a sociedade, lança luz sobre a estruturação desigual do trabalho no setor. Ao se analisar a gestão de pessoas e a Política de Saúde em municípios de médio porte, como Cabedelo/PB, observa-se a persistência de um modelo de gestão que opera com baixa transparência de dados (e-SUS AB) e que falha em reconhecer o ACS como agente de planejamento. A desvalorização é evidenciada pela subordinação da categoria ao obsoleto Estatuto Geral dos Servidores Públicos (Lei nº 523/89), sem um Plano de Cargos, Carreira e Remuneração (PCCR) específico para os servidores em geral, (exceto profissionais docentes que possuem regimento próprio) que garanta incentivos e progressão por qualificação. Esse cenário contrasta radicalmente com o paradigma de governança estabelecido pela Lei Complementar nº 149/2019 de Parnamirim/RN, que instituiu um PCCR moderno e

[1] PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE (PPLS): UMA PROPOSTA PARA DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE Silva, C. A. L. da, Sanabria, C. A. P., Silva, E. M., Musse, J. de O., Souza, A. M., Rodrigues, D. S. de O., Souza, E. N. D., Duarte, E. P. de O., Santana, G. S., Almeida, J. S. de, Dias, T. dos S., Araújo, T. C. D., Zuba, V. D. V., & Souza, W. K. T. de. (2017). PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE (PPLS): UMA PROPOSTA PARA DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. *Revista De Saúde Coletiva Da UEFS*, *7*(2), 8–12. https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v7i2.1782

participativo, com impacto direto na efetividade da gestão. A vivência dos ACS em Cabedelo, marcada pela opacidade no repasse do Incentivo Financeiro Adicional (IFA) e pela rigidez funcional, levanta um questionamento fundamental: Como é possível alcançar a excelência no ciclo de Política, Planejamento e Avaliação em Saúde, se o principal ator produtor de dados no território não é reconhecido, incentivado ou inserido ativamente na gestão da informação? O contraponto é estabelecido com Parnamirim, Rio Grande do Norte, que possui um PCCR moderno (Lei Complementar nº 149/2019), desenvolvido com participação da categoria e que serve de paradigma de governança na valorização do ACS. A partir da análise comparativa, este estudo busca não apenas criticar essa defasagem gerencial e política, mas também apontar caminhos: A articulação política e a institucionalização de um PCCR moderno e transparente, a exemplo de Parnamirim (RN), são o caminho viável para transformar a base em coparticipante ativa do PPLS em Cabedelo (PB)? **Objetivo (s):** Analisar o impacto das políticas de gestão de pessoas e da transparência de dados na valorização do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e sua consequente influência no Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS). **Objetivos Específicos:** Avaliar e contrastar o marco regulatório de carreira para os ACS em Cabedelo (PB), regido pelo Estatuto Geral de 1989 (Lei nº 523/89), com o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimento (PCCV) específico para os profissionais da saúde de Parnamirim (RN) (Lei Complementar nº 149/2019), identificando as diferenças nos mecanismos de progressão funcional e incentivo à qualificação. Discutir criticamente como a ausência de um PCCR moderno e específico na gestão de Cabedelo, somada à opacidade gerencial sobre os dados estratégicos (e-SUS AB) e o repasse do Incentivo Financeiro Adicional (IFA), limita a atuação. do ACS como agente de planejamento e compromete a qualidade do PPLS. Correlacionar a base econômica dos municípios (PIB e IDHM) com as políticas de pessoal adotadas, a fim de demonstrar que as discrepâncias na governança e na valorização do ACS resultam de escolhas políticas e prioridades gerenciais, e não de incapacidade financeira dos municípios. Propor elementos de um modelo de gestão participativa e transparente, utilizando o PCCV de Parnamirim (RN) como referência paradigmática, para subsidiar o debate sobre a necessidade de revisão do Estatuto de Cabedelo e a institucionalização de um PCCR que integre o ACS como agente estratégico do PPLS. **Referencial Teórico:** O estudo ancora-se no debate sobre a gestão do SUS e a participação social. A crítica à fragmentação da gestão e a defesa de modelos participativos, conforme argumenta Jairnilson Paim em sua obra 'O que é o SUS' (2014), fornecem o arcabouço para avaliar as práticas gerenciais em questão. Paim (2014) destaca que a burocratização e a centralização minam a capacidade resolutiva do sistema e desmotivam os trabalhadores. A relevância do ACS é determinada pela Lei Federal nº 11.350/2018, que define suas atribuições, mas a sua valorização profissional é um ato de gestão local, materializado nos PCCRs. A literatura aponta que Planos de Carreira robustos, com progressão por qualificação, são essenciais para a retenção de talentos e a qualificação da força de trabalho, refletindo diretamente na qualidade do PPLS. O repasse do Incentivo Financeiro Adicional (IFA), o cofinanciamento do novo Programa de Qualidade da APS[2] de origem federal, mas gerenciado pelo município, torna-se, assim, um termômetro da transparência e do compromisso municipal com a categoria. **Método:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, utilizando o método de análise documental

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ed. 69, p. 64, 11 abr. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html. Acesso em: 05 Outubro, 2025.

comparada entre os regimes jurídicos dos municípios de Cabedelo, PB (Lei nº 523/89) e Parnamirim, RN (Lei Complementar nº 149/2019). Os documentos legais foram analisados em busca de mecanismos de progressão, incentivo financeiro e participação profissional. Para contextualização, utilizou-se pesquisa exploratória de dados secundários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referente à População, Produto Interno Bruto (PIB) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a fim de estabelecer a dinâmica territorial dos municípios. A vivência profissional do ACS em Cabedelo, focada na restrição de acesso a dados do e-SUS AB e à falta de um PCCR, é utilizada como elemento crítico intrínseco. **Resultados e Discussão:** As dinâmicas territoriais e diferenças de potencial em Cabedelo (PB) e Parnamirim (RN) são municípios que compõem regiões metropolitanas (João Pessoa e Natal, respectivamente) e possuem alto potencial de crescimento de acordo com a Infográfico da Figura 1[3]. Em Cabedelo, o regime do servidor é regido pelo Estatuto de 1989 (Lei nº 523/89). Essa lei, criada antes da institucionalização do ACS no SUS, prevê progressão horizontal rígida (quinquênios) e ascensão mediante aquisição de títulos, mas não estabelece um PCCR específico para a Saúde que integre o ACS em um plano de carreira moderno, com critérios de mérito e qualificação. Essa ausência legal desestimula o aperfeiçoamento profissional e a busca por qualificação. A gratificação de insalubridade, apesar de prevista, é regulamentada em percentual (20%) que reflete a discricionariedade do gestor, ao invés de ser balizada por um plano de carreira específico. Em oposição, a Lei Complementar nº 149/2019 de Parnamirim instituiu um PCCV para os profissionais da saúde que garante progressão por Mérito Profissional (a cada dois anos, via avaliação de desempenho) e Promoção por Capacitação Profissional (por qualificação, com aumento de até 20% do vencimento). A diferença crucial reside no reconhecimento institucional: Parnamirim, com sua lei moderna, não apenas valoriza o ACS financeiramente (incluindo gratificações adicionais e o IFA), mas também institui a Gestão Partilhada das Carreiras e a participação da categoria, legitimando a articulação política (como a eleição de um coordenador ACS da própria categoria) que eleva o ACS à posição de agente ativo de governança. O modelo de Cabedelo, onde a falta de um PCCR moderno se soma à restrição de acesso a informações estratégicas (dados do e-SUS AB) por parte da equipe de campo (ACS), cria um custo de não participação na gestão, conforme a perspectiva de Paim (2014). A opacidade na gestão dos dados do território e do repasse do IFA (Incentivo Financeiro Adicional) federal desempodera o ACS, minando sua capacidade de contribuir efetivamente para o PPLS. O ACS, ao ter seus dados de campo centralizados sem feedback transparente ou participação na análise, torna-se um mero executor. Esse modelo de gestão centralizador e sem transparência no cofinanciamento resulta em perseguição e desmotivação, impactando a qualidade do serviço e, consequentemente, a efetividade da Política e da Avaliação em Saúde no município. **Conclusões:** O contraste entre as realidades legislativas e de gestão de Cabedelo (PB) e Parnamirim (RN) demonstra que o sucesso do Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) é indissociável da valorização profissional do Agente Comunitário de Saúde. O caso de Cabedelo, regido por um estatuto funcional de 1989, reflete um atraso na adequação às políticas de valorização do SUS. A Lei Complementar nº 149/2019 de Parnamirim, ao estruturar um PCCR moderno, participativo e baseado em mérito e qualificação, estabelece um paradigma de governança que integra o ACS como elemento estratégico. O trabalho conclui que a articulação política da categoria e a adoção de uma legislação de carreira contemporânea e transparente são passos essenciais para transformar o ACS de um simples coletor de dados em um agente coparticipante e qualificado do ciclo de Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

[3] Fonte: IBGE, Cidades@ 2021/2022. Elaboração própria (2025).

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde; Agente Comunitário de Saúde; PCCR; Planejamento Local em Saúde; Transparência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal e dá outras providências.

CABEDELO (PB). Lei nº 523, de 19 de julho de 1989. Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Município de Cabedelo.

IBGE. Cidades e Estados: Cabedelo (PB) e Parnamirim (RN). https://cidades.ibge.gov.br/

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

PARNAMIRIM (RN). Lei Complementar nº 149, de 15 de maio de 2019. Dispõe sobre a criação do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimento dos profissionais da saúde efetivos da Secretaria Municipal de Saúde de Parnamirim/RN.

SILVA, C. A. L. da, Sanabria, C. A. P., Silva, E. M., Musse, J. de O., Souza, A. M., Rodrigues, D. S. de O., Souza, E. N. D., Duarte, E. P. de O., Santana, G. S., Almeida, J. S. de, Dias, T. dos S., Araújo, T. C. D., Zuba, V. D. V., & Souza, W. K. T. de. (2017). PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE (PPLS): UMA PROPOSTA PARA DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Revista De Saúde Coletiva Da UEFS, 7(2), 8–12. https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v7i2.1782.

APÊNDICE

Figura 1

Indicador	Cabedelo (PB)	Parnamirim (RN)
População Estimada (2022)	66.519 hab.	252.716 hab.
Densidade Demográfica	2.226,73 hab/km²	2.037,93 hab,
Área Territorial	29,873 km²	124.006 km²
IDHM (2010)	0,748 (Alto)	0,766 (Alto)
PIB per capita (2021)	R$ 45.182,89	R$ 25.121,67
Economia Predominante	Porto, Petcoque, Turismo	Serviços, Comércio, Base Aerea

Embora Parnamirim possua maior população e área territorial, Cabedelo apresenta um PIB per capitã superior, sustentado pelo Porto e pela economia maritima. Ambos os municipios demonstram elevado desenvoivimento humano (IDHM Alto), o que indica capacidade administrativa para politicas publicas consistentes e valorização do funcionalismo. A diferença, portanto, reside não na disponibilidade de recur-° sos, mas nas prioridades de gestão.

Fonte: IBGE, Cidades@ 2021/2022 Elaboração própría (2025)

ENFRENTAMENTO DAS CRISES SANITÁRIAS: APRENDIZADOS NECESSÁRIOS ADVINDOS DE HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Maria Beatriz Alemão Monteiro; Graduanda em Ciências Sociais; Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Carolina Fóscolo Gomes; Graduanda em História; Universidade Federal de Minas Gerais

Márcia Mascarenhas Alemão; Doutora em Administração; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como desafio a estruturação do enfrentamento nas recorrentes crises sanitárias vivenciadas ao longo da história recente da saúde pública brasileira**.** Diversas foram as crises sanitárias partir dos anos 1980, destacando-se o HIV/Aids, H1N1, Febre Amarela, Dengue e Covid–19. Com o intuito de entender a capacidade dos hospitais para enfrentamento das crises sanitária, o estudo analisou e registrou os procedimentos realizados no HEM, apreciando a memória coletiva, frequentemente invisibilizadas, e as interações interdisciplinares edificada pela gestão Nesse contexto, o Hospital Eduardo de Menezes (HEM), referência em infectologia, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, assumiu um protagonismo singular no atendimento de demandas emergenciais devido à gestão e aprimoramento de práticas cotidianas frente à precariedade originando práticas inovadoras. O HEM que deste 1954 era um sanatório que acolhia pacientes com tuberculose da Região Metropolitana de Belo Horizonte (BH), foi transformado, no início da década de 1980, em hospital geral com ênfase no atendimento a tisiopneumologia e doenças infectoparasitárias. Em 1987, ao receber seu primeiro paciente com HIV, o HEM iniciou-se um gradativo, porém amplo, processo de transformações que demandou uma constante reorganização de prioridade e promoveu mudanças físicas estruturais e do corpo técnico tanto em termos simbólicos e éticos, para o enfrentamento da epidemia que impactam diretamente pacientes vivendo com HIV, parcela já vulnerabilizada da população. A partir de então, o HEM, instituiu um modelo único de cuidado articulado com Centros de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte e como os primeiros Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), envolvendo uma escuta ativa, práticas humanizadas, abordagens descentralizadas e integral, decisivos para consolidar o HEM como unidade especializada no atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS. A capacidade adaptativa advinda da experiência acumulada ao longo dos anos concretiza o HEM como referência estadual no tratamento de doenças infectocontagiosas, tornando indispensabilidade sua atuação no enfrentamento de novas crises Destaca-se os aprendizados e inovações que surgem dessas vivências, guiando decisões e estratégias, revelando uma evolução significativa nas práticas de gestão ao incorporarem abordagens multidisciplinares, frente ao atendimento contínuo à pacientes com HIV. **Objetivo:** O estudo tem como objetivo principal explorar as percepções da equipe sobre o impacto das crises sanitárias frente ao tratamento de pacientes vivendo com HIV. De forma específica, buscou-se: a) compreender o diferencial das práticas de gestão implementadas no HEM; b) analisar a percepção sobre a continuidade do cuidado a pessoas vivendo com HIV/AIDS durante esses eventos extraordinários; c) examinar a eficiência do HEM, entendendo o Cotidiano como espaço adaptativo frente às crises emergentes em Minas Gerais. **Referencial Teórico:** Utilizou-se as referenciais interdisciplinares e conceitos associam história da saúde

pública, a partir do livro *"História da Saúde em Minas Gerais"* (Marques et al., 2011), sobre a história da saúde em Belo Horizonte, o Cotidiano, diante do debate de Michel de Certeau (1994), *"A invenção do cotidiano: artes de fazer",* e o entendimento de eficiência vinculado aos conceitos de eficácia e efetividade de Marinho e Ocké-Reis (2022), em "*SUS: o Debate em Torno da Eficiência"*. Esses conceitos possibilitaram compreender as estratégias do cotidiano como habilidades desenvolvidas frente a restrições, ressignificando a falta em avanços. Ou seja, evidenciou-se a relevância da flexibilização e adaptação como fatores essenciais para o sucesso na gestão de crises, o repasse das experiências acumuladas visando o combate ao preconceito, garantindo um manejo clínico universal, integral e equitativo em outras instituições, confirmando a "necessidade de sistematizar cuidados de saúde tanto nas práticas terapêuticas dos profissionais como no percurso terapêutico percorrido pelos pacientes" (Rodrigues, M.; Maksud, I. p.537. 2017). Além de analisar criticamente os deslocamentos alocativos, técnicos e de escala, perante circunstâncias e seus efeitos ao longo das crises sanitárias, assimilando a relevância da memória coletiva na oferta de um cuidado integral e os novos hábitos adquiridos, destaca-se as fronteiras da integralidade, o acesso, e a qualidade da assistência como um desafio para além do HEM. Trata-se, então, de uma pesquisa qualitativa desenvolvida a partir da exploração documental e entrevistas semi-estruturadas, desde a década de 80 até a pandemia do Covid – 19, de base interpretativa, frente a Teoria da História Oral, a partir do livro "Manual de História Oral", de José Carlos Sebe B. Meihy. **Método:** Metodologia qualitativa, estudo de caso único, utilizando metodologia de história oral como instrumento de escuta ativa e entrevistas. **Resultados e Discussão:** A documentação levantada constituía de relatórios institucionais, planos de contingência e registros de ações das crises experienciadas. Adiante foram realizadas 50 entrevistas com profissionais de diferentes áreas do HEM (gestores, médicos, enfermeiros, técnicos e funcionários administrativos), no período de maio de 2023 a abril de 2024, com duração média de 50 minutos, que foram gravadas, transcritas e organizadas em um corpus de 719 laudas. Os participantes foram selecionados por amostragem intencional e teórica, buscando diversidade de trajetórias e perspectivas, permitindo uma compreensão das circunstâncias e seus efeitos ao longo das crises sanitárias. Diante dos processos históricos de acúmulo de experiências, produção de conhecimento, qualificação técnica da equipe e capacidade adaptativa, o HEM garante a realocação de profissionais e recursos frente ao surgimento de novas crises, como a epidemia do H1N1. Diante dessa necessidade, o hospital passa por uma reorganização: as áreas de internação, ambulatório e CTI são divididas para otimizar o fluxo de atendimento e medidas cruciais são tomadas a fim de evitar contaminação cruzada de pacientes com HIV. Reorganizações também foram executadas durante a epidemia da Dengue e da Febre Amarela. Conforme o Boletim Epidemiológico de n°38, em 2015 foram reportados mais de um milhão de prováveis casos de Dengue no Brasil, com uma incidência de 727,6 casos/100 mil hab. em 2016, e em 2017, o Brasil enfrentou um dos piores surtos de Febre Amarela das últimas décadas. Embora desafiadora, a experiência com a Febre Amarela ainda permitiu à equipe manter uma reserva de leitos para pacientes com HIV, o que possibilita um certo equilíbrio na gestão dos recursos. No entanto, para lidar com o aumento da demanda por leitos durante o surto da Dengue, por exemplo, altas de pacientes com HIV foram intensificadas, e novas internações foram barradas e/ou remanejadas. Esses episódios revelam a capacidade adaptativa do hospital, contudo ao parar de admitir pacientes com HIV, seu perfil usual, evidencia-se também o estigma social que ainda permeia pacientes HIV/AIDS fora do ambiente acolhedor e humanizado do Eduardo de Menezes. Entre 2020 e 2022, com a pandemia do Covid-19, a vulnerabilidade dos pacientes com HIV foi igualmente visível. Devido ao maciço contingente de novos pacientes, a reserva de leitos para pacientes com HIV foi impossibilitada. Os próprios pacientes relatam que nos outros hospitais há uma carência no manejo clínico, experiências de isolamento e tratamento diferenciado. Ao deslocar a prioridade hospitalar para o atendimento da nova crise sanitária, a continuidade do tratamento

de pacientes já fragilizados é comprometida, expondo o dilema e a sobrecarga que essas epidemias podem trazer para a gestão de condições crônicas. Atualmente, observa-se que, à medida que a intensidade das novas pandemias diminui, o atendimento aos pacientes com HIV retoma gradualmente, revelando a importância de manter a infraestrutura e o corpo técnico preparados para múltiplos cenários epidemiológicos, sem que uma crise comprometa a outra. **Conclusões:** Fica evidente a repetição de comportamentos e a necessidade de maior capacitação e combate ao preconceito, independentemente da época, uma vez que essa atitude impacta diretamente na assistência à essas pessoas. Do ponto de vista teórico, a pesquisa contribui para os Monitoramento e Promoção da Saúde ao evidenciar que inovação não é privilégio de centros hegemônicos, mas também se constrói em instituições periféricas por meio de práticas cotidianas. Do ponto de vista prático, oferece pistas concretas para o fortalecimento do SUS: valorizar a memória institucional, legitimar as táticas cotidianas dos trabalhadores e incorporar a inovação situada no planejamento e avaliação das políticas de saúde. Ao iluminar o caso do HEM, este estudo contribui para ampliar a compreensão sobre como hospitais periféricos podem ser atores estratégicos na construção de sistemas de saúde mais resilientes e inclusivos.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas de saúde; Crises Sanitárias; HEM; Saúde pública

Agradecimentos – CNPq pelo financiamento à pesquisa e a UFMG por toda estrutura e suporte que possibilitaram a execução do projeto. Ao HEM, ao SUS, FHEMIG pela participação com seus entrevistados e abertura à nossa pesquisa.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Volume 47 N° 38, 2016

CERTEAU, M. de. **A invenção do cotidiano: artes de fazer.** 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MARINHO, Alexandre; OCKÉ-REIS, Carlos O. **SUS: o debate em torno da eficiência.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022.

MARQUES, Rita de Cássia; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves (org.). **História da Saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)**. S.L: Minha Editora, 2011. 196 p.

MEIHY, J. C. S. B., & Ribeiro, S. M. (2005). **História oral: Como fazer, como pensar.** São Paulo: Contexto

RODRIGUES, Marilza; MAKSUD, Ivia. Abandono de tratamento: Itinerários Terapêuticos de pacientes com HIV/AIDS. **Saúde Debate** | Rio De Janeiro, V. 41, N. 113, P. 526-538, Abr-Jun, 2017.

ENVELHECIMENTO E HOSPITALIZAÇÃO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSOS

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

Karla Rona da Silva; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Camilla Stephane Oliveira Silva; Discente de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Fernanda Gonçalves de Souza; Programa de Pós-Graduação em Demografia; Universidade Federal de Minas Gerais

Shirlei Moreira da Costa Faria; Mestranda em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais

Mirela Castro Santos Camargos; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: No Brasil, com o passar dos anos, a população passou por transformações relevantes no que diz respeito à estrutura etária. O número de pessoas idosas aumentou em 3,8 pontos percentuais no período de 2012-2022, contribuindo cada vez mais com a inversão da pirâmide etária brasileira (IBGE, 2023). Essa mudança corrobora vários pontos importantes que impactam diretamente o perfil epidemiológico do país, consequentemente, as políticas públicas de saúde. Esse contexto torna imprescindível o foco na área da saúde, para promoção e prevenção da saúde da população idosa e, também, nos diversos níveis de atenção. A promulgação do Estatuto do Idoso em 2003 favoreceu os direitos da pessoa idosa e fomentou a criação e a efetivação de políticas como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, promulgada em 2006, que reforçou a garantia dos direitos por meio de medidas coletivas e individuais de saúde preconizadas por diversas diretrizes (Brasil, 2003; Brasil, 2006). A integralidade da saúde busca abordar dois pontos importantes para a saúde da pessoa idosa: a senescência e a senilidade. A senescência diz respeito ao processo fisiológico e natural de envelhecimento, carcaterizado por alterações inevitáveis no corpo ou pelo declínio funcional. Já a senilidade, a pessoa idosa apresenta-se com envelhecimento patológico, no qual por meio de doenças afetam a qualidade de vida da população idosa (Beasil, 2006; OPAS, 2018). Tais pontos reforçam a necessidade de qualificar a saúde de modo a atender com efetividade essa parte da população, ofertando atenção à saúde integrada. Diante disso, os setores da média e alta complexidade estão apresentando demandas para o tratamento e manejo de agravos à saúde em diversos âmbitos que, de modo geral, culminam em internações hospitalares, tais como neurobiológicos, transtornos mentais e até complicações decorrentes de doenças crônicas não transmíssiveis (Santos, Andrade, Bueno, 2009). Sendo assim, a internação de pessoas idosas é abarcada por diversos fatores, entre eles o de alto custo assistencial, visto que demanda assistência multi e interdisciplinar com foco nas especialidades e disponibilização de tecnologias duras. **Objetivo**: Analisar o perfil sociodemográfico das pessoas idosas hospitalizadas em um hospital de média e alta complexidade em Belo Horizonte, no período de 2015 a 2019. **Referencial teórico**: Envelhecer é um processo acompanhado pelo aumento

da incidência de condições crônicas, multimorbidades e dependência funcional, o que aumenta a necessidade de hospitalizações (Silva *et al*., 2017). Para realizar a atenção hospitalar às pessoas idosas, deve-se considerar não apenas o diagnóstico clínico, mas dimensões sociais e familiares, uma vez que fatores como renda e suporte social influenciam diretamente a recuperação e adesão ao tratamento (Silva *et al*., 2017). Contudo, realizar a análise do perfil sociodemográfico de pessoas idosas hospitalizadas constitui uma ferramenta fundamental para identificar desigualdades, compreender vulnerabilidades e propor estratégias de cuidado integral centrado no paciente. **Método**: Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado em um hospital de média e alta complexidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. A população estudada foi composta por pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, internados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019. As variáveis estudadas foram: sexo, faixa etária, estado civil, motivo da internação e período de permanência na unidade. As informações foram obtidas por meio da revisão de prontuários eletrônicos e registros administrativos. Os dados foram sistematizados em planilhas e submetidos à análise estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas. Vale ressaltar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer de número 3.082.692. **Resultados e discussão:** A maior parte das pessoas idosas internadas era do sexo masculino (52,6%). A faixa etária predominante foi de 60 a 79 anos (75,8%). Esse padrão reforça a importância de políticas que contemplem o envelhecimento ativo, já que a população idosa mais jovem é a que mais acessa os serviços hospitalares de média e alta complexidade . No que se refere ao estado civil, a maior parte das pessoas idosas era casada/união estável/amigada (57,1%), seguida por solteiras (20,3%) e viúvas (15,2%). Em relação ao município de residência, a maioria dos pacientes era proviniente de Belo Horizonte (64,0%), refletindo o caráter de referência regional do hospital para casos de maior gravidade (IBGE, 2023). Com relação à variável motivo de internação, o principal levantado foi queda (44,4%), seguido de causas clínicas (25,1%) e atropelamento (10,2%). Outros motivos registrados incluíram retorno, acidente, agressão, queimadura, intoxicação, autoagressão e corpo estranho. A elevada frequência de quedas entre idosos hospitalizados confirma sua relevância como problema de saúde pública, associando-se a maior risco de incapacidades, dependência e morte (Silva *et al*., 2017). A análise de sobrevida revelou que 50% dos pacientes permaneceram internados em média por 79,8 dias. A taxa de óbitos foi de 11,7% no período analisado. Entre os motivos de internação, destacaram-se diferenças significativas no tempo de permanência e no risco de óbito. Idosos internados por atropelamento apresentaram maior tempo médio de hospitalização (96 dias). A regressão de Cox indicou aumento do risco de óbito para pacientes internados por: autoagressão (RR=3,133), intoxicação (RR=1,924), quedas (RR=1,856), causas clínicas (RR=1,775) e atropelamento (RR=1,471). Esses achados demonstram que determinados motivos de internação estão associados a maior gravidade clínica e prognóstico desfavorável, exigindo intervenções específicas de prevenção e acompanhamento. O predomínio de homens idosos internados sugere vulnerabilidade maior dessa população a causas externas, como quedas e acidentes, possivelmente relacionados à maior exposição a riscos no ambiente doméstico e urbano (Silva *et al*., 2019). A alta proporção de internações por quedas corrobora dados nacionais e internacionais que apontam esse agravo como um dos principais fatores de morbimortalidade em pessoas idosas (Silva *et al.*, 2017). O longo tempo médio hospitalar evidencia a complexidade dos casos atendidos e reforça a necessidade de estratégias de gestão que reduzam complicações, promovam alta segura e previnam reinternações (Paula *et al.*, 2021). Além disso, motivos diferenciados de óbito associados à autoagressão, intoxicação e quedas apontam para a importância de ações intersetoriais que incluam promoção de saúde mental, vigilância ambiental e políticas públicas voltadas à segurança do idoso (Paula *et al.*, 2021). **Conclusão:** O estudo permitiu descrever o perfil sociodemográfico de pessoas idosas atendidas em um hospital de média e alta complexidade

em Belo Horizonte entre 2015 e 2019. Os resultados revelaram predominância de pessoas idosas do sexo masculino, em união estável e vivendo em Belo Horizonte. Tais achados reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas à equidade no cuidado, bem como de estratégias assistenciais que integram dimensões sociais e familiares no planejamento terapêutico. Como limitações, destaca-se o caráter transversal do estudo, que não permite estabelecer relações de causalidade, e a análise restrita a uma única instituição hospitalar. Recomenda-se a realização de pesquisas multicêntricas que ampliem a compreensão sobre o perfil da população idosa hospitalizada no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Hospitalização; Pessoa Idosa; Serviços Médicos de Emergência; Traumatismo Múltiplo; Estudos Transversais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União. 2003 Oct 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 . (Cadernos de Atenção Básica, nº 19). Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: características gerais dos domicílios e dos moradores 2022** [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **O que é senilidade, sintomas, tratamento e como prevenir** [Internet]. Atibaia: OPAS; 2018. Available from: https://opas.org.br/oque-e-senilidade-sintomas-tratamento-e-como-prevenir/.

SANTOS, Flávia Heloísa dos; ANDRADE, Vivian Maria; BUENO, Orlando Francisco Amodeo. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em estudo**, v. 14, p. 3-10, 2009.

SILVA, José Antônio Cordero; DE SOUZA, Luis Eduardo Almeida; GANASSOLI, Caroline. Qualidade de vida na terceira idade. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 15, n. 3, p. 146-149, 2017.

PAULA, Magno Fernando de et al. Sobrevida e fatores associados à mortalidade de pacientes com internações de longa permanência. **Enferm Foco**., v. 12, n. 4, p. 682-687, 2021.

SILVA, Alessandra Dias Costa et al. Caracterização dos atendimentos de um pronto-socorro público segundo o Sistema de Triagem de Manchester. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2019.

ESTRATÉGIAS DE ARTICULAÇÃO NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fabiana Ribeiro Silva; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Wanessa Debôrtoli de Miranda, Doutora; Departamento de Gestão em Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Doane Martins da Silva; Doutora; Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

As transformações nas demandas de saúde da população têm imposto desafios ao planejamento de ações e à organização dos serviços de saúde. O SUS vem adotando novas modalidades assistenciais e de gestão com o objetivo de responder às necessidades de saúde da população, por meio da reconfiguração de práticas sanitárias centradas no usuário e nas premências de saúde contemporâneas (Brasil, 2020). Nesse contexto, a Atenção Domiciliar (AD) passa a integrar a gama de serviços oferecidos pelo sistema de saúde (Silva et al., 2019), destacando-se como uma estratégia relevante para a melhor utilização dos leitos hospitalares, alívio da demanda nos serviços de urgência e garantia de atenção contínua aos pacientes acamados ou com limitação ao ambiente domiciliar, promovendo cuidados mais qualificados, humanizados e favorecendo a autonomia dos indivíduos (Brasil, 2020). A Transição de Cuidados (TC) é adotada internacionalmente como medida para evitar a descontinuidade no atendimento enfrentada pelos usuários ao longo do seu percurso na Rede de Atenção à Saúde (RAS), exigindo a atuação integrada de diferentes profissionais e serviços de saúde (Brasil, 2020). A TC entre o SAD e a APS é condição necessária para o compartilhamento do plano de cuidados, fornecimento de insumos e medicamentos e fortalecimento das relações de vínculo entre usuários/familiares e profissionais (Brasil, 2020), o que requer dos profissionais dos serviços o estabelecimento de estratégias para uma TC eficiente que assegurem a continuidade dos cuidados na RAS. **Objetivo**: identificar estratégias de articulação na Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde. **Referencial Teórico:** A TC busca mitigar a fragmentação assistencial, proporcionar segurança dos pacientes e a continuidade do cuidado dos usuários à medida em que transitam entre diferentes profissionais, serviços de saúde ou nível assistencial, de acordo com sua necessidade de saúde (Nascimento *et al*., 2022). Transições eficientes e seguras têm sido o foco de interesse de gestores e pesquisadores de saúde em todo o mundo. Na perspectiva de reorganização assistencial da rede de cuidado, a AD tem potencial na articulação entre os serviços para a oferta de cuidado a perfis de usuários não alcançados por outros espaços e estimula gestores, trabalhadores, usuários e pesquisadores a repensarem o modelo de atenção, práticas e ofertas de cuidado com vistas ao cuidado integral. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é considerado como serviço complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (Brasil, 2013). A AD tem protagonizado mudanças e reordenação técnico assistencial com foco nas redes substitutivas e em novas práticas de cuidado ao considerar a complexidade e singularidade dos usuários, familiares e equipes (Procópio *et al*., 2019). O deslocamento dos usuários entre os diversos cenários de cuidado pode apresentar riscos à continuidade da assistência e à qualidade da atenção (Nascimento *et al*., 2022). Transições eficientes e seguras têm sido o foco de interesse

de gestores e pesquisadores de saúde em todo o mundo (Weber *et al.*, 2017). **Método**: Trata-se de um recorte dos dados produzidos no contexto de estudo de caso único, de abordagem qualitativa, tendo como cenário a Regional de Saúde Barreiro, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O estudo teve 26 participantes, envolvendo sete profissionais que ocupavam cargos de gestão no nível central em diretorias e serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Dentre os profissionais de equipes de Saúde da Família (eSF) e do EMAD, foram entrevistados quatro médicos, seis enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e três agentes comunitários de saúde da Regional Barreiro. Como critérios de inclusão, entre os profissionais das eSF e EMAD se estabeleceram: profissionais de cada categoria que compõem a equipe de saúde da família e EMAD com atuação de, no mínimo, seis meses na função e que tiveram ao menos uma experiência de transição do cuidado. Para os profissionais que ocupavam cargos de gestão, considerou-se como critério de inclusão: estar em exercício das funções nos últimos seis meses. Os critérios de exclusão para todas as categorias de análise foram: profissionais que estavam afastados por motivo de licença médica ou em gozo de férias no período da coleta de dados. A coleta de dados foi interrompida quando se identificou a saturação, situação em que as informações fornecidas pelos novos participantes não mais contribuíam para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados coletados (Fontanella; Ricas; Turato, 2008). Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, entre os meses de abril a julho de 2024, e submetidos à análise de conteúdo temática, observando as fases de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação, conforme Bardin (2016). A pesquisa foi aprovada pelos Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Resultados e Discussão**: As estratégias utilizadas para a TC no cotidiano do trabalho de equipes EMAD e de eSF, incluem envio de sumário de alta; a discussão de casos de maior complexidade assistencial; e a realização de roda de conversa entre as equipes EMAD e de eSF. O sumário de alta foi considerado pelos entrevistados como a principal ferramenta atualmente utilizada nos cuidados de transição entre os serviços. Segundo Nascimento et al. (2022), os meios de comunicação escritos e verbais durante a TC possibilitam a continuidade da assistência do paciente por propiciar a troca de informações sobre o estado geral dos pacientes, considerando os esforços anteriormente empregados e, assim, possibilitar o planejamento de ações para seguimento dos cuidados. As entrevistas revelaram dificuldade de comunicação entre profissionais dos serviços. A aproximação e discussão de casos, quando ocorre, fica restrita quando há situações de maior complexidade assistencial para a realização de troca de informações entre as equipes EMAD. Com o objetivo de propiciar uma maior aproximação e divulgação do serviço de atenção domiciliar com a APS, em 2023, um dos projetos estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) foi a aproximação destas equipes através de rodas de conversa das equipes EMAD com as equipes dos centros de saúde. A AD tem protagonizado mudanças e reordenação técnico- assistencial com foco nas redes substitutivas e em novas práticas de cuidado ao considerar a complexidade e singularidade dos usuários, familiares e equipes (Procópio et al., 2019). **Conclusões**: O presente estudo buscou identificar estratégias de articulação na TC entre o SAD e a APS. As estratégias utilizadas no cuidado transicional evidenciam a necessidade de mecanismos de comunicação eficaz e de relações colaborativas entre os profissionais envolvidos. Dificuldades relatadas na comunicação, especialmente pelo uso do telefone, ressaltam a necessidade de implementar ferramentas que garantam a comunicação interserviços. A troca de informações sobre casos é crucial para a segurança e o prognóstico dos pacientes, e, portanto, faz-se necessário que os serviços de saúde adotem estratégias que promovam a comunicação ativa e o compartilhamento de informações, visando a integralidade do cuidado para a elaboração de Plano Terapêutico Singular (PTS) para os casos complexos, recurso pouco explorado entre os serviços de atenção domiciliar, com potencialidade para facilitar o cuidado transicional e continuidade assistencial na APS.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Alta do Paciente; Continuidade da Assistência ao Paciente; Cuidado Transicional.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 963**, **de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

FONTANELLA, Bruno J. B.; RICAS, Janete; TURATO, Egberto R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1. p. 17-27, jan. 2008.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do; NUNES, Judite Martins; LANZONI, Gabriela Marcellino de M.; CECHINEL-PEITER, Caroline; PROVENSI, Carine; WACHHOLZ, Laísa F. Elaboração e validação de instrumento para transição do cuidado do paciente de emergência. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 13, e202250, 2022.

PROCÓPIO, Laiane Claudia Rodrigues; SEIXAS, Clarissa Terenzi; AVELLAR, Raquel Souza; SILVA, Kênia Lara da; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 592-604, abr. 69 2019.

SILVA, Kênia Lara; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa; TOLEDO, Sandra Trindade; RIBEIRO, Jurema Luiz; RIBEIRO, Andréia Devislane. Trajetória política da atenção domiciliar em Minas Gerais. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, e1155, 2019.

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: UMA FORMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E CONEXÃO COM A SOCIEDADE

Leticia de Oliveira Rocha; Mestre em Gestão em Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Camilla Stephane Oliveira Silva; Discente de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Jhenifer Thamyres Santos Lima Barboza; Discente de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Patrícia Lourdes Silva; Doutora em Ciências Aplicadas á Saúde do Adulto; Universidade Federal de Minas Gerais

Karla Rona da Silva; Doutora; Docente do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A extensão universitária constitui um elo fundamental entre a universidade e a sociedade, reforçando o compromisso social do ensino superior e sua contribuição na formação crítica e cidadã. No campo da saúde, essa prática amplia a integração entre ensino, pesquisa e a comunidade, permitindo vivências que extrapolam o espaço acadêmico e que contribuem para a formação de profissionais mais preparados para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) (Benevides *et al.*, 2023). Diante da necessidade de superar modelos tradicionais e hierarquizados de ensino, a extensão surge como estratégia de articulação com a realidade social e os determinantes de saúde, promovendo transformações significativas tanto no processo formativo quanto nas ações de promoção da saúde (Bezerra *et al.*, 2023). A literatura reforça que a extensão universitária não se limita a atividades complementares, mas representa um eixo estruturante do processo formativo, capaz de promover mudanças reais na prática profissional e nos serviços de saúde. Por meio dela, os discentes desenvolvem competências relacionais, aprimoram o senso crítico e passam a compreender melhor o papel social da profissão (Chung *et al.*, 2020). Ademais, a extensão universitária possibilita o contato com realidades diversas, estimulando a empatia, a comunicação efetiva e a capacidade de lidar com contextos complexos e desafiadores. **Objetivo**: Identificar as contribuições da extensão universitária na formação profissional em saúde e na promoção da saúde junto às comunidades. **Referencial teórico**: Fundamenta-se nos princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade, e em políticas como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que valorizam a intersetorialidade e a educação em saúde como instrumentos de transformação social (Costa, Peña, Nogueira, 2019). A literatura aponta que a extensão universitária contribui para a aquisição de competências essenciais, como empatia, comunicação, cooperação e protagonismo, além de estimular reflexões críticas sobre os determinantes sociais da saúde. Destaca-se ainda sua importância na curricularização da formação, reforçando a integração entre ensino, pesquisa e serviço. Outro aspecto relevante é a Educação Interprofissional (EIP), que tem ganhado espaço nos cursos da saúde e encontra na extensão uma estratégia privilegiada para sua implementação (Nunes, Melo, Xavier, 2021). Projetos extensionistas permitem que discentes de diferentes áreas aprendam juntos e desenvolvam competências colaborativas, fundamentais para a atuação em equipes multiprofissionais e para a integralidade do cuidado. A extensão contribui para a aquisição de competências essenciais como empatia, cooperação, comunicação, liderança e

protagonismo, além de reforçar a importância da humanização do cuidado e da valorização da diversidade cultural (Nunes, Melo, Xavier, 2021). **Método**: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases da BVS, LILACS, MEDLINE e SciELO. Foram utilizados os descritores 'Extensão universitária', 'Promoção da saúde' e 'Educação em saúde' em português e inglês. Foram incluídos artigos publicados entre 2019 e 2024, em português ou inglês, disponíveis na íntegra e que abordassem a temática sob a perspectiva da formação profissional em saúde e das ações extensionistas voltadas à comunidade. Excluíram-se estudos de outras áreas ou que não se relacionassem com o objetivo. O processo de seleção seguiu as diretrizes PRISMA, resultando em uma amostra final de oito artigos. **Resultados e discussão:** A análise demonstrou que a extensão universitária se apresenta como espaço de construção coletiva de saberes, promovendo integração entre comunidade acadêmica e população. As metodologias mais frequentes foram relatos de experiência, análises documentais e revisões integrativas, com destaque para ações de promoção da saúde em escolas, instituições de longa permanência e comunidades em geral. Os resultados evidenciaram impactos positivos no desenvolvimento de competências interprofissionais, na valorização da diversidade cultural e na humanização do cuidado. Observou-se também fortalecimento da formação crítica dos discentes e maior aproximação da universidade com a realidade social (Chung *et al.*, 2020). No que se refere à formação acadêmica, os projetos extensionistas mostraram-se determinantes para o desenvolvimento de competências interprofissionais e para a valorização dos determinantes sociais da saúde (Chung *et al.*, 2020). Os estudantes que participaram dessas iniciativas relataram ganhos importantes no que diz respeito à empatia, à comunicação, à capacidade de trabalhar em equipe e ao respeito às diferenças culturais. Além disso, a vivência direta com a realidade comunitária contribuiu para ampliar a compreensão do processo saúde-doença e estimular uma postura mais crítica e reflexiva diante das desigualdades sociais (Rios, Caputo, 2019). Dessa forma, a extensão tem o potencial de romper com a lógica estritamente biomédica e técnica, promovendo uma formação mais integral e humanizada. Em relação às políticas públicas, as experiências de extensão analisadas reforçam a importância da PNPS, ao incentivar hábitos de vida mais saudáveis, a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e o fortalecimento da atenção básica (Resende *et al.*, 2022; Costa, Peña, Nogueira, 2019). As práticas extensionistas, ao se alinharem às necessidades do SUS, contribuem para a construção de uma rede de atenção mais eficiente e participativa. Essa relação é fundamental, pois amplia o alcance das políticas públicas e favorece o protagonismo comunitário, garantindo que as ações em saúde sejam mais coerentes com a realidade local (Nunes, Melo, Xavier, 2021). Apesar dos inúmeros benefícios, a literatura aponta desafios que ainda precisam ser superados. Entre eles estão a baixa adesão de alguns estudantes, o pouco engajamento institucional, a falta de financiamento e de valorização das ações extensionistas e a fragilidade na divulgação dos projetos tanto dentro da universidade quanto junto à comunidade (Rios, Caputo, 2019; Santana *et al*., 2023). Tais limitações revelam a necessidade de maior incentivo, especialmente no que se refere à curricularização da extensão, de modo a assegurar que todos os estudantes tenham acesso a essas vivências como parte integrante de sua formação (Santana *et al.*, 2023). **Conclusão:** A extensão universitária é prática essencial para a promoção da saúde e para a formação de profissionais críticos, empáticos e preparados para atuar nos diferentes níveis de atenção do SUS. Contribui para ampliar a compreensão sobre determinantes sociais da saúde e para adotar estratégias educativas inovadoras, aproximando saberes acadêmicos e comunitários. Reforça, ainda, a necessidade de valorização e fortalecimento das ações extensionistas e de sua curricularização, consolidando a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. O contato direto com diferentes contextos sociais possibilita postura reflexiva, desenvolvimento de habilidades comunicacionais e empáticas e maior preparo para o trabalho interprofissional. A formação humanizada favorece a integralidade do cuidado e o respeito à diversidade cultural e social. Além disso, a extensão fortalece a articulação entre políticas públicas e realidade local,

potencializando impactos educativos e preventivos. Ao alinhar-se aos princípios do SUS e às diretrizes da PNPS, os projetos extensionistas permitem participação ativa dos discentes na promoção da saúde e na prevenção de doenças, reforçando o papel da universidade como agente transformador. Assim, a consolidação da extensão como componente estruturante da formação em saúde é indispensável para integrar teoria e prática, ciência e sociedade. O incentivo contínuo e sua integração curricular asseguram o desenvolvimento de competências interprofissionais, a humanização do cuidado e a promoção da saúde como direito de todos.

PALAVRAS-CHAVE: Extensão universitária; Promoção da saúde; Educação em saúde; Políticas públicas

Agradecimentos: Agradecemos à Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) e a Pró-Reitoria de Pós-Graduação (PRPG) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e a CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior .

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, R. et al. Educação Interprofissional nos cursos da área da saúde de uma universidade pública. Saúde Debate, Rio De Janeiro, v. 47, n. 139, p. 905-917, Out-Dez 2023.

BEZERRA, I. N. M et al.. A extensão universitária na promoção à saúde: projeto Saúde em Foco. Revista de Educação Popular, Uberlândia, v. 22, n. 2, p. 361–373, 2023. DOI: https://doi.org/10.14393/REP-2023-68179 Acesso em: 31 jul. 2024.

COSTA, A. C. de P.; PEÑA, T. A.; NOGUEIRA, F. J. de S. Educação E Saúde: a extensão universitária como espaço para tencionar e pensar a educação em saúde. Anais da IX Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2019. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_1381_13815ccac59e2791e.pdf Acesso em: 01/08/2024. ISSN: 2175-280X.

CHUNG, M. C. H. L. et al. Desafios do Brincar com Idosos: Narrativas de Estudantes de Medicina do Programa Amigos do Sorriso. Revista Brasileira de Educação Médica, São Paulo, 44 (4): 1 -10; 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200217

NUNES, S. F; MELO, L.U, XAVIER, S. P. L. Competências para promoção da saúde na formação em enfermagem: contribuições da extensão universitária. Revista de Enfermagem Atual In Derme [Internet]. v. 96 n. 37, p. 1-14, 2021. Disponível em: https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1216

RESENDE, Beatriz El'Corab de et al.As doenças crônicas não transmissíveis sob a ótica de um projeto de extensão universitária: um relato de experiência. Revista de APS, Juiz de Fora, 25(2): 410 – 9, abr.-jun., 2022.

RIOS, David Ramos da Silva; CAPUTO, Maria Constantina. Para Além da Formação Tradicional em Saúde: Experiência de Educação Popular em Saúde na Formação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, v. 43, n. 3, p. 184–195, jul. 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180199

SANTANA, R. R. et al. Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da Saúde. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 46, n. 2, p. 1-17, 2021. DOI:

http://dx.doi.org/10.1590/2175-623698702

VI SEMINÁRIO
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Tema:
Diálogos sobre diversidade e inclusão na saúde
10 E 11 DE NOVEMBRO de 2025

FERRAMENTA DE GESTÃO HOSPITALAR: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM ILEOSTOMIA/COLOSTOMIA NO PÓS-OPERATÓRIO

Raquel Resende Cabral de Castro e Silva; Mestre Gestão de Serviços de Saúde

Mery Natali Silva Abreu; Professora Departamento de Gestão em Saúde - Escola de Enfermagem - UFMG

Eliane Lima Borges; Professora Departamento de enfermagem básica- Escola de Enfermagem - UFMG

RESUMO

Introdução: O paciente em pós-operatório de confecção de estomia intestinal demanda cuidados específicos e exige um manejo adequado. Sabe-se que grande parte desses pacientes apresentam complicações e precisam que esses cuidados sejam prestados por profissionais qualificados que possam perceber precocemente uma complicação e atuar de forma assertiva na assistência. O Instrumento "Avaliação clínica do paciente com estomia intestinal" conta com oito domínios e proporciona uma abordagem sistemática e abrangente para avaliação contínua dos pacientes com estomia e foi desenvolvido para profissionais que atuam em instituição oncológica. Identificou-se a necessidade de adaptação deste instrumento visando integrar as nuances e demandas específicas do contexto hospitalar. **Objetivo:** Validar um instrumento para gestão hospitalar na avaliação de pacientes submetidos à confecção de estomia intestinal. **Referencial Teórico:** A gestão do cuidado hospitalar é essencial no processo de reabilitação de pacientes com estomia intestinal. O suporte multiprofissional, especialmente da equipe de enfermagem, desempenha papel fundamental ao fornecer orientações, apoio emocional e prático. A adaptação a essa nova condição envolve aspectos físicos, emocionais e sociais, sendo necessário um acompanhamento contínuo para minimizar os impactos negativos e promover a qualidade de vida (1,5).A estomia pode provocar alterações significativas na imagem corporal e autoestima, especialmente devido à perda do controle esfincteriano, mudanças estéticas e receio de odores e vazamentos. Esses fatores frequentemente desencadeiam sentimentos como tristeza, isolamento social, medo da rejeição e dificuldades nos relacionamentos. Tais reações emocionais reforçam a importância do suporte familiar, de amigos e de grupos de apoio. O processo de reabilitação, portanto, demanda uma abordagem integrada e compassiva (4).No período pós-operatório, a localização correta da estomia, definida por um profissional capacitado, é crucial para prevenir complicações como dermatites, prolapsos, infecções e outras alterações. A demarcação pré-operatória contribui para a autonomia do paciente e para o autocuidado. Ainda assim, complicações podem surgir, sendo as lesões cutâneas as mais frequentes, especialmente em ileostomias, devido à natureza irritante do efluente (5).A gestão do cuidado envolve tanto a dimensão assistencial quanto administrativa. O enfermeiro, nesse contexto, lidera o planejamento das ações de enfermagem, garantindo o acompanhamento desde a decisão cirúrgica até a alta hospitalar. A educação do paciente sobre o manejo da estomia é fundamental, e evidências apontam que programas de treinamento pré-operatórios reduzem o tempo de internação. A reabilitação eficaz depende da atuação conjunta de profissionais como médicos, psicólogos, nutricionistas e, principalmente, enfermeiros, que utilizam o processo de enfermagem como ferramenta para identificar as necessidades individuais dos pacientes (3). A

tecnologia em saúde, dividida em tecnologias leves, leve-duras e duras, também desempenha papel importante no cuidado. As tecnologias leves valorizam o vínculo entre profissional e paciente, enquanto as leve-duras incluem instrumentos práticos que auxiliam na autonomia do estomizado, como grupos educativos e ferramentas de avaliação (2). Diversos instrumentos validados são utilizados para avaliar e facilitar o processo de reabilitação. O *Ostomy Adjustment Scale* (OAS) mede a adaptação psicossocial; o *Stoma-QOL* avalia a qualidade de vida relacionada à estomia; o *Body Image Scale* analisa a percepção da imagem corporal; o *Peristomal Skin Assessment Guide* avalia a saúde da pele ao redor da estomia; e o *OCSI* mede complicações. No Brasil, instrumentos como o *Nurseostomy* e a *Avaliação Clínica do Paciente com Estomia Intestinal* foram desenvolvidos e validados para uso clínico, proporcionando maior rigor na avaliação e planejamento da assistência. Assim, o uso de ferramentas padronizadas e o acompanhamento contínuo por profissionais capacitados são essenciais para a reabilitação integral e humanizada da pessoa com estomia, permitindo sua reintegração social e melhoria da qualidade de vida. **Método**: Estudo metodológico de adaptação e validação de instrumento, realizado em duas etapas: (1) adaptação do instrumento, com base no conteúdo do Consenso Brasileiro de Cuidados às Pessoas Adultas com Estomias de Eliminação, publicado pela Associação Brasileira de Estomaterapia; (2) validação de conteúdo por meio de Comitê de Juízes. Os critérios de elegibilidade foram: ser estomaterapeuta e tempo de experiência no cuidado de pacientes com estomia de eliminação internados ≥1 ano. A amostra contou com 16 juízes e o estudo exigiu duas rodadas, conforme a Técnica de Delphi. Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para análise da concordância, considerando-se válidos os itens com IVC > 0,80. **Resultados/Discussão**: Na primeira etapa do estudo, foi realizada a adaptação do instrumento *Avaliação Clínica do Paciente com Estomia Intestinal* ao contexto hospitalar. Houve modificações nos oito domínios originais e a criação do Domínio 9 – *Ações visando o autocuidado*, composto por 15 itens para orientar o enfermeiro na reabilitação do paciente. Na segunda etapa, o instrumento adaptado foi submetido à validação de conteúdo por 16 juízes especialistas, com média de 17 anos de experiência em enfermagem e 13 anos em estomaterapia. A maioria atuava em hospitais públicos universitários. Todos os domínios atingiram IVC ≥ 0,94 na primeira rodada, com IVC global de 0,999 (pertinência e abrangência) e 0,986 (clareza). Pequenas sugestões foram incorporadas, e nova rodada de validação foi realizada com 10 juízes, resultando em IVC global de 1,0. A validação do instrumento destacou a importância de um instrumento padronizado para o cuidado de pacientes com estomia no pós-operatório. O novo Domínio 9 complementa o Domínio 8 ao detalhar ações específicas de autocuidado, essenciais para a reabilitação e alta segura. A proposta se alinha às diretrizes da Associação Brasileira de Estomaterapia (Sobest) e reforça o papel do enfermeiro na orientação e capacitação do paciente. A validação reforça a aplicabilidade do instrumento para uso hospitalar, especialmente entre o 3º e 5º dia de pós-operatório (Domínios 1 a 7) e para a alta (Domínios 8 e 9). Sua padronização permite melhor

monitoramento clínico, continuidade do cuidado e redução de reinternações, contribuindo para a qualidade de vida do paciente e eficiência da gestão hospitalar. O próximo passo será sua aplicação prática para validação de constructo. **Conclusão/Considerações Finais**: O instrumento adaptado e validado é uma ferramenta robusta para aprimorar a qualidade do atendimento no pós-operatório de estomia, com IVC ideal, comprovando sua adequação e relevância no contexto hospitalar. Espera-se que ele guie a padronização de condutas, embasando tecnicamente o trabalho dos enfermeiros, melhorando a qualidade de vida dos pacientes com estomia. Na gestão hospitalar, pode auxiliar na redução de custos e na tomada de decisões fundamentadas pela enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: gestão em saúde; qualidade da assistência à saúde; colostomia; ileostomia.

REFERÊNCIAS:

1 DEMÉTRIO, M. V. **Construção e validação de conteúdo do instrumento para avaliação clínica do paciente oncológico com estomia intestinal**. **2019.** Dissertação (Mestrado em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2019.

2 MERHY, E. E. *et al*. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 113-150.

3 PAULA, M. A. B.; MORAES, J. T. **Consenso brasileiro de cuidados às pessoas adultas com estomias de eliminação**. São Paulo: SOBEST, 2021.

4 STAVROPOULOU, A. *et al*. Living with a Stoma: exploring the lived experience of patients with permanent colostomy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 16, p. 1-15, ago. 2021.

5 ZWIEP, T. M. *et al*. Preoperative stoma site marking for fecal diversions (ileostomy and colostomy): position statement of the Canadian Society of Colon and Rectal Surgeons and Nurses Specialized in Wound, Ostomy and Continence Canada. **Canadian Journal of Surgery**, Toronto, v. 65, n. 3, p. 359-363, maio 2022.

VI SEMINÁRIO
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Tema:
Diálogos sobre diversidade e inclusão na saúde
10 E 11 DE NOVEMBRO de 2025

GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: MENSURAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE COMO IMPULSIONADOR DA ADESÃO A TRATAMENTOS E VALOR DA MARCA

Nívia Elaine Haddad Rezende; Doutora; Universidade FUMEC

Cid Gonçalves Filho; Doutor; Universidade FUMEC

RESUMO

Introdução: O conceito de saúde reflete fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, variando conforme época, lugar e grupo social, além de concepções científicas, religiosas e filosóficas (Scliar, 2007). Na gestão organizacional, a experiência do cliente é reconhecida como essencial para gerar valor, satisfação e fidelização (Pine; Gilmore, 1998; McColl-Kennedy et al., 2015; Mosavi et al., 2018; Silva et al., 2021). Na saúde, esse entendimento originou o construto experiência do paciente (PX), que agrega percepções sobre comunicação, segurança, apoio emocional e interação com profissionais (Bernardo et al., 2022). Estudos internacionais demonstram que experiências positivas influenciam a confiança, a adesão ao tratamento e a reputação institucional (Doyle; Lennox; Bell, 2013). No contexto brasileiro, não havia escalas validadas de forma robusta, o que dificultava a mensuração sistemática da PX e a sua incorporação em políticas públicas. **Objetivo:** Desenvolver e validar uma escala de mensuração da experiência do paciente em hospitais brasileiros, estabelecendo suas dimensões e propriedades psicométricas, além de verificar relações entre a PX, a adesão ao tratamento e o valor da marca hospitalar. **Referencial Teórico:** A literatura internacional apresenta instrumentos como HCAHPS e PPE-15, consolidados em países desenvolvidos, mas cuja aplicação em diferentes contextos culturais requer adaptações (Doyle; Lennox; Bell, 2013). No Brasil, inexistiam escalas validadas de forma robusta. Este estudo apoiou-se nos procedimentos clássicos de Churchill (1979) e Netemeyer, Bearden e Sharma (2003), que ressaltam a importância de validade de conteúdo, confiabilidade e simplicidade, mantendo a parcimônia teórica e metodológica. A PX, como conceito multidimensional, envolve dimensões cognitivas, emocionais e relacionais. Wolf e Jason (2014) a definem como a soma das interações que moldam a percepção do paciente. Piha et al. (2021) reforçam que escalas devem ser culturalmente adequadas, simples na aplicação e psicometricamente sólidas. Amorim (2021) destaca que a mensuração da PX precisa ser contínua, permitindo identificar avanços e fragilidades nos processos assistenciais. Bernardo et al. (2022) acrescentam que medir a PX é essencial para alinhar expectativas, melhorar a comunicação e elevar os resultados clínicos. Além disso, estudos mostram que experiências positivas têm efeito direto sobre indicadores de segurança, adesão a protocolos e redução de reinternações (Doyle; Lennox; Bell, 2013). Na perspectiva do marketing de serviços, clientes ou pacientes mais satisfeitos tornam-se defensores da marca, fortalecendo reputação e fidelidade (Mosavi et al., 2018). Assim, a PX consolidou-se não apenas como avaliação subjetiva, mas também como indicador estratégico de qualidade, sustentabilidade e vantagem competitiva. **Método:** A pesquisa foi desenvolvida em quatro etapas. O Estudo 1 consistiu em 32 entrevistas em profundidade com pacientes, familiares, médicos e enfermeiros, analisadas por meio da Grounded Theory. Essa análise identificou oito dimensões centrais da PX: estrutura, competência da equipe, apoio emocional, organização do tempo, atendimento, confiança, comunicação e acolhimento aos familiares. O Estudo 2 avaliou validade de face e conteúdo com especialistas doutores, assegurando clareza, relevância e

representatividade dos itens. O Estudo 3 envolveu survey aplicado a 403 pacientes internados em hospital de referência, seguido de análise fatorial exploratória para purificação da escala. Itens com cargas baixas ou cruzadas foram eliminados, resultando em um modelo parcimonioso. O Estudo 4 utilizou modelagem de equações estruturais (SEM/AMOS) para testar confiabilidade (α de Cronbach > 0,7), validade convergente (AVE > 0,5), validade discriminante e nomológica. Foram verificadas as relações da PX com a adesão ao tratamento e o valor da marca. Todos os procedimentos seguiram princípios éticos e boas práticas de pesquisa, garantindo confiabilidade e replicabilidade dos resultados. **Resultados e Discussão:** A análise qualitativa confirmou a centralidade da humanização, da comunicação efetiva e da confiança como pilares da PX. O instrumento resultante apresentou consistência interna satisfatória e validade robusta. Os testes estatísticos evidenciaram que a PX impacta positivamente a adesão ao tratamento ($\beta = 0,615$; $p < 0,001$) e o valor da marca ($\beta = 0,547$; $p < 0,001$). Pacientes que vivenciam experiências positivas demonstram maior engajamento terapêutico, confiança e propensão a recomendar a instituição. Além disso, a PX emergiu como fator estratégico para a competitividade hospitalar. Hospitais que monitoram e investem na jornada do paciente conseguem identificar gargalos, reduzir tempos de espera, qualificar processos e reforçar sua reputação. Esses achados reforçam que a PX é um construto essencial não apenas no campo clínico, mas também na gestão organizacional. A escala desenvolvida mostra potencial de utilização em auditorias de qualidade, processos de certificação hospitalar e análises comparativas entre instituições. Ao integrar resultados clínicos e percepções subjetivas, aproxima a lógica assistencial da lógica de mercado, fortalecendo a sustentabilidade organizacional. Observa-se também que o instrumento pode apoiar políticas públicas voltadas para a humanização do cuidado, permitindo comparações e identificando boas práticas replicáveis. No campo acadêmico, a contribuição é relevante ao fornecer evidências empíricas de validade nomológica e ao promover convergência entre diferentes áreas do conhecimento. Na prática, gestores hospitalares podem usar os resultados para orientar investimentos, melhorar processos e consolidar a marca institucional. Outro aspecto relevante é a aplicabilidade da escala em distintas linhas de cuidado — como oncologia, cardiologia e atenção primária — preservando sua validade psicométrica. Essa aplicabilidade amplia seu potencial de uso em contextos regionais e nacionais, permitindo comparações longitudinais e integração com indicadores clínicos e financeiros. **Conclusões:** O estudo atingiu seu objetivo central ao propor e validar a primeira escala brasileira de PX, composta por oito dimensões robustas e aplicáveis em diferentes contextos hospitalares. A pesquisa contribui ao preencher lacuna acadêmica e prática, reforçando a importância da PX como indicador de qualidade, segurança e valor da marca. Do ponto de vista gerencial, demonstra que investir em PX não representa apenas humanização, mas também estratégia de gestão com impacto em competitividade e sustentabilidade. Como limitações, ressalta-se a coleta em único hospital filantrópico, o que recomenda replicações em outros contextos. Pesquisas futuras podem explorar relações com indicadores clínicos, financeiros e culturais, bem como realizar estudos longitudinais sobre a evolução da PX ao longo do tempo. A institucionalização do uso da escala representa avanço relevante para a gestão em saúde, consolidando a voz do paciente como elemento estruturante na formulação de estratégias e políticas assistenciais. Assim, este estudo abre um caminho para a mensuração da PX no Brasil e estabelece bases para sua utilização em escala nacional, promovendo impactos diretos em qualidade, segurança e sustentabilidade do sistema de saúde. O trabalho aproxima ciência e prática, oferecendo a gestores, profissionais e formuladores de políticas um instrumento capaz de transformar a forma como a experiência do paciente é compreendida e incorporada à gestão.

PALAVRAS-CHAVE: Experiência do Paciente; Gestão em Saúde; Adesão ao Tratamento; Valor da Marca.

AGRADECIMENTOS: Agradecemos ao Hospital Mário Penna, à CAPES e ao CNPq pelo apoio à pesquisa.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. Experiência do paciente: desafios e perspectivas no Brasil. Revista Brasileira de Gestão em Saúde, v. 10, n. 2, p. 45-59, 2021.

BERNARDO, V. et al. Patient experience measurement: a systematic literature review. Health Policy, v. 126, p. 345-358, 2022.

CHURCHILL, G. A. A paradigm for developing better measures of marketing constructs. Journal of Marketing Research, v. 16, n. 1, p. 64-73, 1979.

DOYLE, C.; LENNOX, L.; BELL, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open, v. 3, n. 1, p. e001570, 2013.

NETEMEYER, R. G.; BEARDEN, W. O.; SHARMA, S. Scaling procedures: issues and applications. Thousand Oaks: Sage, 2003.

PIHA, L. et al. Scale development in health services: patient-centered approaches. Journal of Service Research, v. 24, n. 3, p. 451-468, 2021.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

WOLF, J. A.; JASON, A. Defining patient experience. Cleveland: The Beryl Institute, 2014.

HOMOTRANSFOBIA E SAÚDE MENTAL: DESAFIOS ENFRENTADOS PELA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+

Henrique de Souza Soares; Discente de Psicologia; Universidade de Mogi das Cruzes

Eliziane Jacqueline dos Santos; Docente de Psicologia; Universidade de Mogi das Cruzes

Sérgio Lucas Schiapim; Docente de Psicologia; Universidade de Mogi das Cruzes

RESUMO

Introdução: O movimento LGBTQIAPN+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e outras orientações sexuais e/ou identidades de gênero) teve seu surgimento em 1969 na cidade de Nova York, como forma de lutar pelos direitos dessa população, até então, hostilizada e marginalizada pela sociedade que se utiliza da cisheteronormatividade para alienar a comunidade LGBTQIAPN+ como diferentes, promíscuos e doentes (Sales e Lopes, 2023). Apesar dos avanços em relação à visibilidade e garantia de direitos como acesso a saúde, moradia, nome social, empregabilidade e outros aspectos voltados à qualidade de vida dessa população nas últimas décadas, a comunidade segue enfrentando barreiras ocasionadas pelo preconceito, caracterizado como homotransfobia. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo investigar a relação entre homotransfobia e saúde mental da população LGBTQIAPN+ no Brasil, considerando tanto os impactos psicológicos quanto os mecanismos de enfrentamento e experiências vivenciadas por essa população relatados na literatura. **Referencial Teórico:** A presente revisão fundamenta-se na definição de homotransfobia por autores como Silva et al., (2021), e o padrão heteronormativo da sociedade brasileira abordado pelos autores Corteletti e Veloso (2022). Referencia-se também no conceito de saúde mental de acordo com a Organização Mundial da Saúde, na perspectiva biopsicossocial, considerando que o bem-estar psicológico está diretamente relacionado às condições sociais, econômicas, culturais e políticas que envolvem o indivíduo. **Método:** Trata-se de uma revisão de literatura, realizada a partir de materiais já elaborados, como livros e artigos científicos. Foram analisados artigos produzidos entre os anos de 2020 e 2025, disponíveis na íntegra nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico. Os artigos foram selecionados de acordo com o operador booleano AND e os descritores “homotransfobia”, “saúde mental” e “comunidade LGBTQIAPN+”. Foram excluídos do material de análise artigos de anos anteriores a 2020 ou que não se tratasse do assunto abordado pela pesquisa. **Resultados e Discussão:** O conceito de saúde mental é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como “um estado de bem-estar vivido pelo indivíduo, que possibilita o desenvolvimento de suas habilidades pessoais para responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade”, sendo assim, o bem-estar psicológico não está restrito apenas a fatores individuais, mas também depende de condições sociais, comunitárias, de acesso à saúde e da garantia dos direitos fundamentais. Dentre os fatores que comprometem a saúde mental, destaca-se a homotransfobia, que pode ser definida como um conjunto de condutas e ações como a discriminação e sentimentos de repulsa, antipatia, desprezo, aversão e medo irracional em relação a orientação sexual e/ou identidade de gênero de pessoas pertencentes à comunidade LGBTQIAPN+, e configura-se como um dos principais determinantes no sofrimento psíquico dessa população, contribuindo para vulnerabilidades sociais e diferentes aspectos relacionados à qualidade de vida (Silva et al., 2021). Pesquisas

realizadas pelo Grupo Gay da Bahia (GGB) em 2024, apontam que o Brasil permanece como o país mais violento e que mais mata pessoas da comunidade LGBTQIAPN+, sendo que 56,70% das mortes registradas referem-se a homens gays e 32,99% a pessoas travestis/trans, em que a faixa etária das pessoas violentadas se concentram entre os 26 e 35 anos de idade, representando 22,68%. Segundo Tagliamento et al., (2021) o preconceito vivenciado por pessoas da comunidade LGBTQAPN+, por vezes, inicia-se no ambiente intrafamiliar, ao passo que a família percebe que os indivíduos não correspondem ao padrão da cisheteronormatividade. De acordo com Lima et al., (2023) a violência intrafamiliar pode acontecer dentro ou fora de casa, por membros que tenham ou não laços sanguíneos, mas que exercem a função parental e de poder em relação à pessoa violentada. Conforme Corteletti e Veloso (2022), os reflexos do padrão heteronormativo também aparecem no ambiente escolar, cujos conteúdos apresentados reforçam uma educação que fortalece uma única possibilidade de existência, em que pessoas consideradas diferentes são oprimidas e excluídas de grupos escolares. Já nos espaços de saúde a violência se manifesta por meio da falta de resolução da demanda apresentada, ausência de capacitação dos profissionais e desrespeito ao nome social dos usuários, assim como olhares, comentários e/ou gestos que sugerem o julgamento moral das vítimas, impactando diretamente na qualidade do serviço ofertado (Silva et at., 2021). Ademais, profissionais de saúde que deveriam oferecer acolhimento acabam contribuindo, de forma direta ou indireta, para a negligência e a perpetuação das violências enfrentadas pela população LGBTQIAPN+. Segundo Corteletti e Veloso (2022), barreiras relacionadas à homotransfobia são vistas também como um dos maiores desafios dentro do mercado de trabalho, em que muitos candidatos são recusados em razão de sua orientação sexual e/ou identidade de gênero. Como consequência das múltiplas violências vivenciadas em diferentes contextos sociais, a população LGBTQIAPN+ se torna vulnerável ao adoecimento psíquico, pois o contato com a violência pode contribuir para a formulação de pensamentos distorcidos acerca de si mesmo, fortalecendo comportamentos e sentimentos disfuncionais (Santos e Lima 2022). De acordo Tagliamento et al., (2021) o uso prejudicial de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, como medicamentos, álcool, maconha e cocaína são frequentemente utilizadas como fuga momentânea diante das violências enfrentadas por essa comunidade. Nesse sentido, o bem-estar emocional de pessoas LGBTQIAPN+ pode ser potencializado por uma rede de apoio fortalecida, seja ela formada por amigos, familiares ou profissionais de saúde (Lima et al., 2023). O acesso a um ambiente respeitoso, com apoio e condições adequadas para pessoas lidas como não normativas é uma questão coletiva, não somente que quem é diretamente afetado, mas também sendo responsabilidade das instituições, profissionais da saúde, das políticas públicas e sociedade de modo geral. **Conclusão:** A revisão de literatura permitiu identificar que a homotransfobia exerce impactos significativos e negativos sobre a saúde mental da população LGBTQIAPN+ no Brasil, tornando-a mais vulnerável ao adoecimento psíquico, ao desenvolvimento de transtornos como ansiedade e depressão e ao uso nocivo de substâncias psicoativas como estratégia de enfrentamento diante das violências sofridas em diversos espaços e contextos, como no ambiente familiar, no mercado de trabalho no acesso à saúde e educação. Torna-se, portanto, essencial o desenvolvimento de políticas públicas efetivas que assegurem direitos e ampliem o acesso à saúde e educação de forma respeitosa, bem como o fortalecimento das redes

de apoio, vínculos comunitários e familiares, de modo a potencializar o bem-estar biopsicossocial dessa população.

PALAVRAS-CHAVE: Homotransfobia; Saúde mental; População LGBTQIAPN+, Estratégias de enfrentamento; Políticas públicas.

REFERÊNCIAS:

CORTELETTI, Pedro Henrique de Carvalho; VELOSO, Kellyana Bezerra de Lima. A discriminação homofóbica e transfóbica em razão da hegemonia do padrão heteronormativo na sociedade brasileira. Revista de Ciências, Tecnologia e Inovação, v 1, n 2, p. 17-26, 2022. Disponível em: https://jiparana.emnuvens.com.br/riacti/article/view/418.

SALES, Julia Maria Rodrigues de; LOPES, Graciana de Sousa. SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE LGBTQIA+: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA. Revista Contemporânea, v. 3, n. 12, p. 30720–30739, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N12- 300. Disponível em: https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/2801.

LIMA, João Gabriel Abreu et al. DESAFIO DA SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE LGBTQ. Anais da VIII Semana da Diversidade Humana , [s. l.], 2023. Disponível em: https://periodicos.saolucas.edu.br/diversidadehumana/article/view/2511/1794.

OBSERVATÓRIO do Grupo Gay da Bahia 2024. Mortes Violentas de LGBT+ no Brasil, [s. l.], 2024. Disponível em: https://grupogaydabahia.com.br/wp-content/uploads/2025/01/Observatorio_2024_de_Mortes_Violentas_de_LGBT-release- 20-jan.-2024.pdf.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. In: Saúde mental. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1.

SANTOS, Matheus Elias; LIMA, Fábio Costa. Impactos do preconceito homofóbico na saúde mental das pessoas LGBTQI+: breves apontamentos. Revista Mosaico, v. 13, n. 3, p. 84-92, 2022. DOI https://doi.org/10.21727/rm.v13i3.3373. Disponível em: https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/3373.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da et al. HOMOFOBIA E VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E TRANSGÊNEROS NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DE PUBLICAÇÕES (2010 – 2020). Boletim de Conjuntura, v. 5, n. 14, 2021. Disponível em https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/download/219/224/490.

TAGLIAMENTO, Grazielle et al. Minha dor vem de você: uma análise das consequências da LGBTfobia na saúde mental de pessoas LGBTs. Cadernos de Gênero e Diversidade, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 77–112, 2021. DOI: 10.9771/cgd.v6i3.34558. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/34558.

IMPLICAÇÕES DA POLÍTICA "OPERA MAIS, MINAS GERAIS" NA DISTRIBUIÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS ENTRE AS MICRO E MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO

Marina Cecília Belotti Oscar; Graduação em Enfermagem; Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Mônica Viegas Andrade; Doutora; Faculdade de Ciências Econômicas; Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha; Doutora; Faculdade de Ciências Econômicas; Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: Um dos principais desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é organizar a oferta de serviços de forma integral e regionalizada, considerando as dimensões continentais do Brasil e sua heterogeneidade socioeconômica. Para enfrentar esse desafio, foram instituídas as Redes de Atenção à Saúde, que articulam os níveis primário, secundário e terciário de cuidado (MENDES, E. V, 2011). Apesar desse arranjo, persistem dificuldades de acesso a determinados serviços de saúde decorrentes principalmente de problemas de ineficiência e subfinanciamento (CARPANEZ; MALIK, 2021). Um indicador importante do acesso é o tempo de espera. As listas de espera, típicas em sistemas universais, refletem a capacidade instalada, os recursos humanos disponíveis e os modelos de organização. No SUS, esses tempos frequentemente superam padrões internacionais, alcançando até dois anos em determinados procedimentos (SOARES, 2020). A pandemia de Covid-19 agravou esse cenário, com a suspensão de cirurgias eletivas e a ampliação expressiva das filas (AGUILAR, 2022). Como resposta, foram lançadas iniciativas nacionais como o Programa Nacional de Redução de Filas (2023), seguido do "Mais Acesso a Especialistas" e do "Agora tem Especialistas", voltadas à expansão da capacidade instalada, realização de mutirões, fortalecimento da telessaúde e incentivo à formação de especialistas. No âmbito estadual, Minas Gerais implementou o "Opera Mais, Minas Gerais", integrado ao programa Valora Minas, com o objetivo de ampliar o acesso às cirurgias eletivas. **Objetivo:** Analisar a distribuição da produção dos procedimentos-alvo entre os municípios das micro e macrorregiões de saúde antes e após a implementação da política "Opera Mais, Minas gerais". **Referencial Teórico**: O financiamento da saúde no Brasil é estruturado a partir do orçamento público, composto pelo Plano Plurianual, pela Lei de Diretrizes Orçamentárias e pela Lei Orçamentária Anual. O custeio das ações de média e alta complexidade é viabilizado principalmente pelo Teto Financeiro MAC e pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), destinado a políticas específicas (BRASIL, 2017). Em Minas Gerais, entre 2018 e 2023, a média anual de repasses federais via MAC foi de cerca de R$ 5 bilhões. Os procedimentos são remunerados conforme a Tabela SUS, que organiza ações por grupos e subgrupos, mas é criticada por sua defasagem de valores, o que compromete a sustentabilidade dos serviços (CLARK, G. et al, 2022). No caso das internações hospitalares, 80% se concentram em procedimentos cirúrgicos, faturados por meio da Autorização de Internação Hospitalar. Em 2020, o governo do estado de Minas Gerais implementou a política Valora Minas, voltada a qualificar a assistência hospitalar e otimizar o uso dos recursos. A política foi organizada em quatro módulos: Valor em Saúde, Hospitais Plataforma, Hospitais Regionais e Cirurgias Eletivas, este último denominado "Opera Mais, Minas Gerais", lançado em novembro/2021 (MINAS GERAIS, 2021). Seu objetivo foi ampliar o acesso e reduzir as filas de cirurgias

eletivas, complementando o financiamento federal e municipal com recursos estaduais. Entre 2022 e 2023, foram investidos aproximadamente R$ 380 milhões. A política estruturou incentivos financeiros escalonados em três níveis. definidos a partir da média de produção prévia, ajustada por deflatores para facilitar o cumprimento inicial. Alguns procedimentos foram priorizados como gargalos, recebendo bonificações adicionais. Além disso, a política passou por diversas alterações normativas para ajustar regras de adesão, critérios de pagamento e incentivos. Em 2023, a carteira de procedimentos foi revisada e foi incluído um indicador de bonificação vinculado à proporção de cirurgias realizadas para pacientes de outros municípios, estimulando maior cooperação territorial (MINAS GERAIS, 2023). A política "Opera Mais" prevê o repasse de recursos apenas para os municípios que possuem estabelecimentos executores dos procedimentos. Por se tratar de serviços de média e alta complexidade, espera-se que esses municípios atendam não apenas sua própria população, mas também pacientes residentes nos demais municípios pertencentes à microrregião ou macrorregião de saúde. **Método:** Foi avaliado em que medida o município executor concentra os recursos da política para atender à sua própria população ou distribui esses recursos ao atender a população de todos os municípios da microrregião de saúde. Para essa análise, foi definido o Índice de Concentração Modificado (ICM) cuja construção se baseia no Índice de Gini, tradicionalmente empregado para mensurar a desigualdade na distribuição de renda. O índice de Gini é calculado a partir da curva de Lorenz, que compara a proporção acumulada da população, ordenada do menor para o maior rendimento (eixo x), com a proporção acumulada da renda correspondente (eixo y). Os valores do Índice de Gini variam entre 0, que indica igualdade perfeita, e 1, que representa máxima desigualdade. O ICM é uma adaptação do Gini para a área da saúde, permitindo comparar a proporção acumulada da população dos municípios da microrregião com a proporção acumulada das internações cirúrgicas realizadas segundo município de residência. O ICM pode variar de -1 a 1. Valores próximos de zero indicam uma distribuição proporcional dos procedimentos em relação ao tamanho populacional dos municípios. Valores positivos sugerem que os municípios mais populosos concentram uma parcela maior dos procedimentos e valores negativos indicam que municípios menos populosos estão sendo atendidos de forma desproporcionalmente maior ao tamanho da sua população. A aplicação dessa métrica permitiu uma análise quantitativa da desigualdade na distribuição dos procedimentos cirúrgicos entre os municípios que compõem cada microrregião. Dessa forma, foi possível identificar se a política promoveu maior equidade no acesso aos serviços ou se reforçou padrões de concentração em determinados municípios executores. O ICM foi calculado considerando separadamente três grupos de especialidades: 1) cirurgias gerais, 2) cirurgias ginecológicas e 3) outras cirurgias (oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia). A classificação dessas quatro especialidades em um único grupo decorre da sua baixa frequência na população, com determinadas microrregiões apresentando nenhum registro de produção cirúrgica nessas especialidades. **Resultados e Discussão:** A análise agregada dos resultados obtidos em 2023 evidencia um padrão de redução do ICM, quando comparado a 2019, em quase todas as especialidades avaliadas. Nos primeiros quadrimestres do ano, os dados já apontavam para uma tendência de redistribuição dos atendimentos, com diminuição dos valores do ICM em diversas microrregiões de saúde que anteriormente apresentavam concentração dos procedimentos em municípios mais populosos. A partir do terceiro quadrimestre de 2023, com a introdução da bonificação voltada à ampliação da distribuição territorial dos atendimentos, essa tendência se intensificou. No grupo de cirurgias gerais, identifica-se uma tendência mais acentuada de concentração dos procedimentos cirúrgicos nos municípios polo das macrorregiões Norte e Noroeste, evidenciando centralização da oferta em municípios de maior porte. Em contraste, as macrorregiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram, em grande parte de suas microrregiões, maior concentração de procedimentos nos municípios de menor porte populacional, indicando um padrão relativamente mais descentralizado. A região central do

estado, por sua vez, inicialmente marcada por elevada concentração, com a maioria das microrregiões apresentando índices superiores a zero, passou por um processo de desconcentração em 2023, invertendo a tendência observada nos anos anteriores. A especialidade de cirurgia ginecológica apresentou um padrão menos homogêneo. Observa-se, no primeiro ano do período estudado, uma forte concentração de procedimentos nos municípios polo ao norte do estado. Diferentemente do padrão anteriormente descrito, o sul do estado também evidenciou, em 2019, diversas microrregiões com elevada concentração nos municípios de maior porte. Em contrapartida, as macrorregiões Leste e Leste do Sul destacaram-se pela maior concentração de procedimentos nos municípios menores, sobretudo no último quadrimestre de 2023. De forma geral, ao longo dos anos analisados, nota-se uma tendência consistente de redução nos valores do ICM, indicando movimento gradual de desconcentração territorial dos procedimentos cirúrgicos ginecológicos. Já em relação ao conjunto de cirurgias (oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia), o ano de 2022 se destacou em relação aos demais, por apresentar um número mais expressivo de microrregiões com procedimentos concentrados nos municípios polo. Nos outros períodos analisados, o padrão de distribuição aproximou-se ao observado em outras especialidades, com ICM mais elevados nas macrorregiões Norte e Noroeste e valores mais reduzidos nas macrorregiões situadas ao Sul do estado. Nota-se ao longo do período uma intensificação dos resultados, com índices que tenderam a se posicionar em faixas mais extremas, tanto negativas quanto positivas, evidenciando um processo de acentuação das desigualdades territoriais na distribuição dos procedimentos. **Conclusões:** Os resultados de 2023 indicam que a política Opera Mais, Minas Gerais avançou na desconcentração dos procedimentos cirúrgicos, beneficiando municípios de menor porte. Contudo, persistem áreas com centralização, especialmente no Norte e Noroeste, mostrando que a interiorização não é homogênea. Os dados reforçam a importância do monitoramento contínuo e de ajustes locais para reduzir desigualdades regionais, destacando o ICM como ferramenta útil para avaliar políticas de redistribuição territorial na saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde; Procedimentos Cirúrgicos Eletivos; Regionalização em Saúde; Listas de Espera.

REFERÊNCIAS:

AGUILAR, R. S. et al (2022). Panorama dos procedimentos cirúrgicos durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: os impactos sobre a atenção à saúde. **JRET - JORNAL RET**. 1(1), 30–49.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

CARPANEZ, L R., MALIK, A. M. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2021.

CLARK, G. et al. Tabela de Procedimentos do SUS à Luz da Ordem Econômica: a Ausência de correção inflacionária da remuneração das Santas Casas no âmbito da Saúde Pública. **Revista Estudos Institucionais**. v. 8, n. 3, p. 481-506, set./dez. 2022. Disponível em: 10.21783/rei.v8i3.713. Acesso em: 14 mai 2024.

MENDES, E. V**. As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan -Americana da Saúde, 2011. 549p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.593, de 05 de novembro de 2021**. Aprova as normas gerais e a sistemática de monitoramento para o

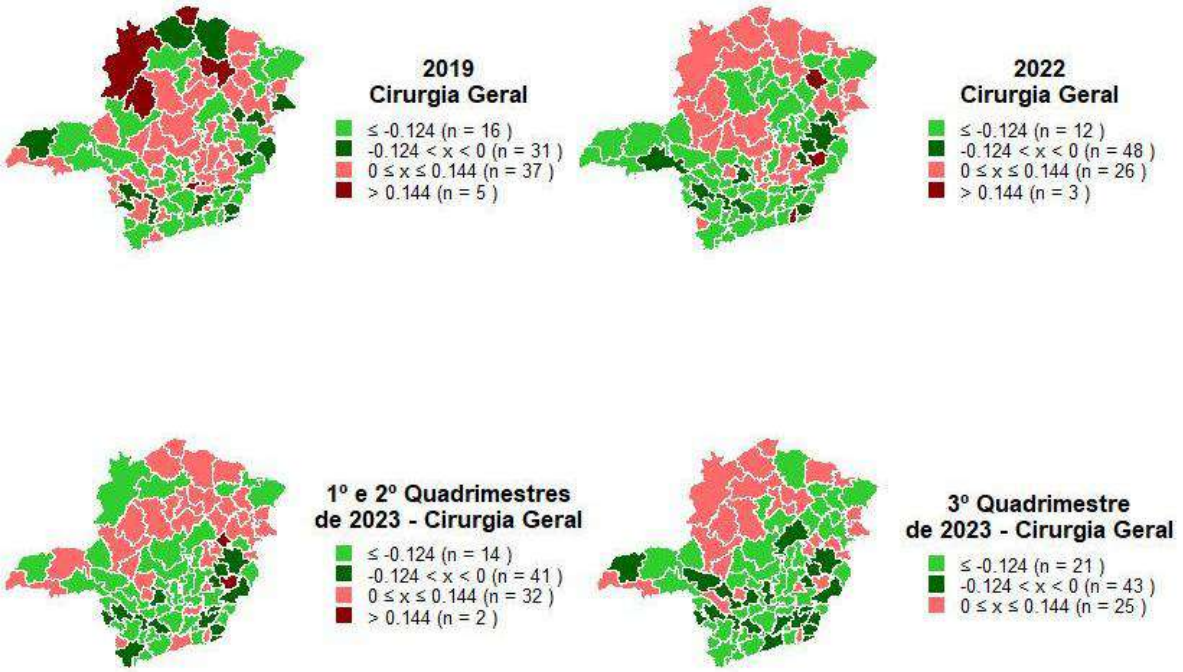
Módulo de Eletivas, da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.301, de 25 de julho de 2023**. Aprova as novas regras gerais para a política "Opera Mais, Minas Gerais" - Módulo de Eletivas da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas e dá outras providências. 2023.

SOARES, M. M., et al. A dificuldade de acesso ao tratamento da catarata senil em Aparecida de Goiânio – Goiás, Brasil. **Rev. bras.oftalmol**. 79 (2) • Mar-Apr 2020.

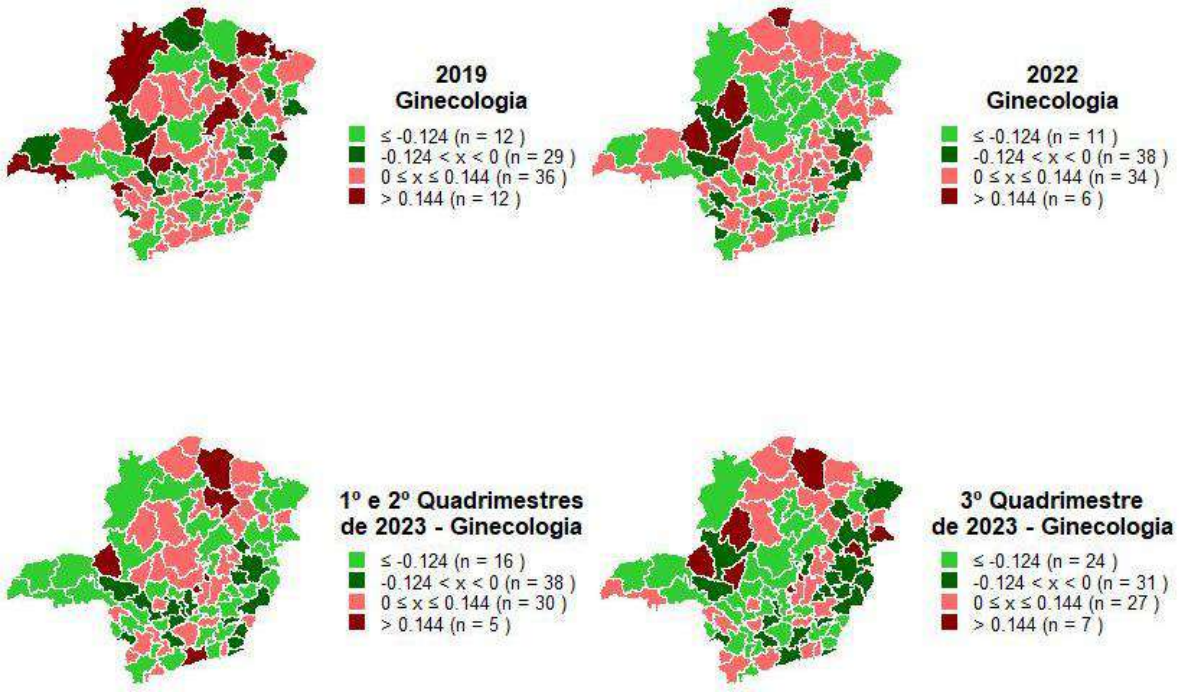
APÊNDICE

Figura 01 – Mapas comparativos dos Índices de Concentração Modificados de procedimentos cirúrgicos gerais nas microrregiões de saúde do estado de Minas Gerais, referentes aos anos de 2019, 2022 e 2023.



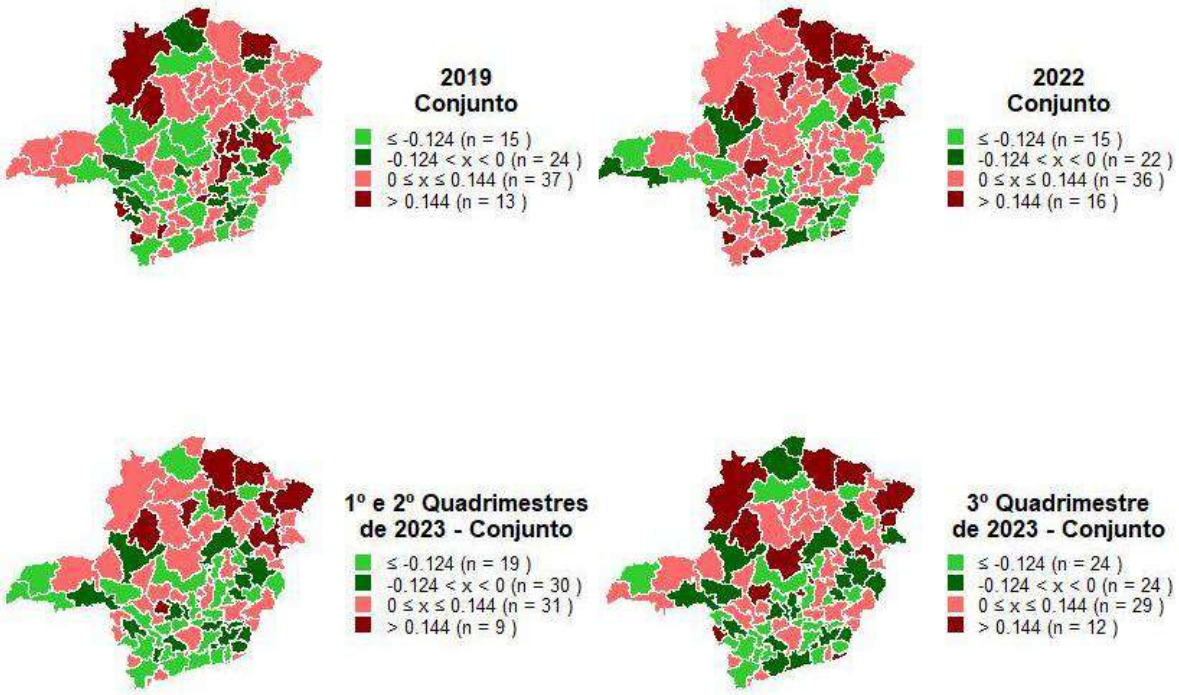
Fonte: elaborado pelos autores.

Figura 02 – Mapas comparativos dos Índices de Concentração Modificados de procedimentos cirúrgicos ginecológicos nas microrregiões de saúde do estado de Minas Gerais, referentes aos anos de 2019, 2022 e 2023.



Fonte: elaborado pelos autores.

Figura 03 – Mapas comparativos dos Índices de Concentração Modificados do conjunto de procedimentos nas microrregiões de saúde do estado de Minas Gerais, referentes aos anos de 2019, 2022 e 2023.



Fonte: elaborado pelos autores.

O PERCURSO DA CONSTRUÇÃO COLEGIADA E ARTICULADA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM DESPACHO-MG: INTEGRAÇÃO ENTRE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO, FINANCIAMENTO E INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS

Gilson Urbano de Araújo; Sociólogo; mestrando em Gestão de Serviço; Universidade Federal de Minas Gerais

Deijiane Mendes Cruz; Contadora; Mestranda em Gestão de Serviço de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: Relata-se o percurso de construção colegiada do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026–2029 do município de Bom Despacho-MG (março a agosto de 2025), com integração metodológica entre planejamento, orçamento e financiamento (PMS–PPA–LOA) e articulação aos instrumentos de gestão do SUS (PAS, RDQA, RAG), sob governança participativa e controle social. **Objetivos**: O presente trabalho tem como objetivo descrever o processo cooperativo de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026–2029 do município de Bom Despacho-MG, evidenciando as etapas metodológicas que integraram planejamento, orçamento, financiamento e participação social. Busca-se também demonstrar a integração entre o PMS, o Plano Plurianual (PPA) e os mecanismos de financiamento, bem como sua articulação com os instrumentos de gestão do SUS — Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG) —, consolidando um ciclo contínuo de monitoramento e avaliação. Além disso, objetiva-se explicitar os arranjos de governança colegiada que sustentaram a pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, fortalecendo a corresponsabilidade entre gestão, equipes técnicas e controle social na condução do processo de planejamento em saúde. **Referencial teórico:** O planejamento em saúde é um componente essencial da gestão pública e se fundamenta nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme disposto na Lei nº 8.080/1990 e regulamentado pelo Decreto nº 7.508/2011. Esses dispositivos definem o planejamento como uma função contínua e articulada entre as três esferas de governo, orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A Lei Complementar nº 141/2012 reforça a necessidade de integração entre planejamento, orçamento e financiamento, determinando que os planos de saúde e as programações anuais estejam vinculados à execução orçamentária e à transparência na aplicação dos recursos públicos. Essa integração constitui uma condição essencial para a consolidação do ciclo de gestão do SUS, que se operacionaliza por meio do Plano Municipal de Saúde (PMS), da Programação Anual de Saúde (PAS), do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG).De acordo com o Manual de Planejamento no SUS (BRASIL; FIOCRUZ, 2016), o planejamento é um processo político, técnico e participativo, no qual se articulam diferentes sujeitos e saberes em torno da análise situacional, da definição de prioridades e da formulação de metas e indicadores. Esse caráter coletivo e dialógico transforma o planejamento em um ato de gestão compartilhada, capaz de integrar as dimensões técnicas e sociais da política de saúde. O Caderno de Planejamento do SUS (BRASIL, 2018) aprofunda essa concepção ao destacar a importância da coerência entre os instrumentos de gestão e as peças orçamentárias — Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) —

como condição para a efetividade do planejamento e para o uso racional dos recursos públicos. Essa articulação favorece a execução por resultados, o monitoramento e a transparência, fortalecendo o controle social e a governança municipal. Kuschnir e Fausto (2015) apontam que o fortalecimento das redes de atenção e da gestão interfederativa depende da capacidade de articular planejamento, financiamento e avaliação de modo integrado, superando a fragmentação entre formulação e execução. Nesse mesmo sentido, Marques e Carrillo Roa (2016) destacam que o alinhamento entre planejamento e financiamento é um eixo estruturante da sustentabilidade do sistema de saúde, permitindo a alocação equitativa dos recursos e a maior eficiência da gestão pública. Assim, a experiência de Bom Despacho-MG apoia-se em um referencial que compreende o planejamento em saúde como processo colegiado, articulado e participativo, fundamentado nas normas e orientações do SUS e sustentado pela integração entre planejamento, orçamento, financiamento e instrumentos de gestão. Tal concepção reafirma o planejamento como prática contínua de gestão e de construção democrática do direito à saúde. **Método**: O processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026–2029 de Bom Despacho-MG foi desenvolvido entre março e agosto de 2025, seguindo um percurso metodológico participativo e articulado entre planejamento, orçamento, financiamento e controle social. A experiência teve início com a mobilização social, realizada por meio de pré-conferências nos territórios, que possibilitaram o levantamento de prioridades e a problematização das necessidades em saúde a partir da escuta qualificada de usuários, trabalhadores e gestores. Em seguida, a Conferência Municipal de Saúde, realizada em abril, aprovou as macro diretrizes que passaram a orientar o PMS e serviram de base para sua integração com o planejamento governamental. Na etapa seguinte, foi conduzida uma análise crítica do ciclo vigente (PMS 2022–2025), associada à avaliação dos resultados do PAS e do RAG, permitindo identificar avanços, lacunas e gargalos na execução das metas e estratégias, o que subsidiou o realinhamento de objetivos e indicadores. Em junho, consolidou-se a metodologia integrada do processo, com a construção da matriz PMS–PPA, na qual cada meta foi vinculada a uma ação orçamentária, indicador, unidade executora, função, fonte de financiamento e estimativa financeira, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012, a LDO/LOA e as normas fiscais vigentes. Durante os meses de junho e julho, foram realizadas atividades de qualificação e escutas ampliadas com gestores e equipes de saúde, promovendo o alinhamento das políticas nacionais, estaduais e municipais e a consolidação das propostas setoriais em diretrizes, objetivos e metas. A etapa de oficinas técnico-políticas, desenvolvida em julho, permitiu ajustes nas metas e indicadores, testagem da viabilidade orçamentária e validação técnica e financeira das propostas, culminando na construção do Quadro de Metas Integradas e no roteiro de implantação do plano. Por fim, em agosto, ocorreu a validação social e institucional do PMS, com apresentação à Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde, realização de consulta pública e deliberação em reunião ordinária. O processo foi concluído com uma oficina de internalização, na qual o plano foi desdobrado no PAS e instituído o ciclo de monitoramento e avaliação composto pelo RDQA quadrimestral e pelo RAG anual, incorporando painéis de indicadores e a definição de responsabilidades para acompanhamento permanente das ações. **Resultados e Discussão:** O processo de construção colegiada do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026–2029 de Bom Despacho-MG resultou em avanços expressivos na integração entre planejamento, orçamento e financiamento, consolidando um modelo de gestão municipal baseado em coerência técnica, transparência e corresponsabilidade. A articulação metodológica entre PMS, PPA e LOA garantiu que cada meta estivesse vinculada a ações orçamentárias, fontes de financiamento e unidades executoras, assegurando viabilidade econômica e rastreabilidade dos gastos públicos. Essa vinculação fortaleceu a lógica da execução por resultados e aproximou o planejamento estratégico da prática orçamentária cotidiana. A elaboração da Matriz de Metas Integradas (2026–2029)

estruturou diretrizes, objetivos, indicadores e metas anuais associadas a programas estratégicos como *Cuidar em Rede*, *Promover Saúde*, *Apoio às Políticas Públicas* e *Integrar e Priorizar Especialidades*. Essa sistematização ampliou a capacidade de monitoramento e avaliação das ações, ao mesmo tempo em que permitiu alinhar os compromissos municipais às prioridades do SUS e às demandas territoriais identificadas nas etapas participativas do processo. O ciclo operativo do SUS foi fortalecido com a adoção articulada dos instrumentos de gestão: o PAS passou a desdobrar o PMS de forma anual; o RDQA consolidou-se como ferramenta de monitoramento quadrimestral físico-financeiro; e o RAG tornou-se o instrumento central de avaliação crítica e replanejamento das ações. Essa dinâmica garantiu periodicidade e coerência entre planejamento, execução e avaliação, conferindo maior accountability à gestão municipal. A governança colegiada também foi aprimorada, com a institucionalização de oficinas de pactuação, calendário permanente de reuniões e painéis de indicadores, envolvendo áreas técnicas, gestão e controle social. Essa corresponsabilidade intersetorial resultou em decisões mais qualificadas e maior aderência das equipes às metas estabelecidas. No campo da gestão, observou-se ganho significativo de eficiência e transparência, expressos na previsibilidade da execução orçamentária, na priorização baseada em evidências e na redução da fragmentação entre planejamento e orçamento. A experiência demonstrou que o planejamento como ato coletivo potencializa o engajamento das equipes e legitima as decisões perante o controle social. Os aprendizados do processo indicam que a metodologia PMS–PPA–financiamento fortalece a sustentabilidade e a equidade das políticas públicas de saúde, ao articular dimensões técnicas e políticas da gestão. O controle social ativo — materializado em pré-conferências, conferência municipal, consulta pública e deliberação no Conselho Municipal de Saúde — contribuiu para legitimar escolhas, acelerar ajustes e consolidar uma cultura de governança participativa. Por fim, o encadeamento contínuo PAS–RDQA–RAG conferiu ritmo e efetividade ao plano, transformando o PMS de um documento formal em uma ferramenta viva de gestão e monitoramento do SUS municipal. **Conclusões:** A experiência de construção colegiada do Plano Municipal de Saúde de Bom Despacho-MG evidencia que a governança cooperativa, articulada à integração entre PMS, PPA e financiamento, constitui um modelo consistente e replicável de fortalecimento da gestão municipal do SUS. A incorporação sistemática dos instrumentos PAS, RDQA e RAG consolidou um ciclo de planejamento, execução e avaliação contínuo, capaz de promover maior coerência entre metas, recursos e resultados. O processo demonstrou que a gestão compartilhada e participativa aumenta a legitimidade das decisões, amplia a eficiência do gasto público e reforça o compromisso institucional com a transparência e o controle social. A experiência recomenda a institucionalização da metodologia integrada e do calendário do ciclo de gestão, a manutenção de colegiados ativos com registro formal de deliberações, a publicação periódica de painéis de indicadores e relatórios quadrimestrais, bem como o alinhamento anual entre PAS, LOA e metas do PMS. Além disso, destaca-se a importância de garantir dotação orçamentária ao Conselho Municipal de Saúde e de consolidar rotinas permanentes de transparência, assegurando a participação social como eixo estruturante da gestão pública em saúde.

PALAVRAS-CHAVE:
Planejamento em Saúde; Plano Municipal de Saúde; Governança Cooperativa; Participação Social; Financiamento do SUS; Integração PMS–PPA–LOA; Gestão Municipal.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jan. 2012.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** *Portarias de Consolidação nº 1 e nº 2, de 28 de setembro de 2017.* Consolida as normas sobre direitos e deveres dos usuários da saúde e a organização do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Manual de planejamento no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde; Fiocruz, 2016. 138 p. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

KUSCHNIR, Rosana; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues (org.). **Gestão e redes de atenção à saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP/Fiocruz, 2015.

MARQUES, Rosa Maria; CARRILLO ROA, Alejandra (org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento.** Rio de Janeiro: ABRES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

VASCONCELLOS, Marcelo Simão de; CARVALHO, Flávia Garcia de; ARAÚJO, Inesita Soares de. **O jogo como prática de saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Planejamento do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

O USO DA ÁRVORE DE PROBLEMAS NO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Cesar Ferreira Pinheiro; Graduando em Enfermagem; Universidade do Estado de Minas Gerais

Isabel Carlota Lopes de Sousa; Graduanda em Enfermagem; Universidade do Estado de Minas Gerais

Maristel Kasper; Doutora com dupla-titulação Brasil-França; Universidade do Estado de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma ferramenta de gestão que auxilia na identificação e resolução de problemas, envolvendo os atores sociais diretamente relacionados à situação. Ele permite compreender o problema a partir da visão de quem o vivencia, identificar suas causas e construir diferentes alternativas de solução. **Objetivo:** Relatar a experiência de aplicação do Planejamento Estratégico Situacional (PES) em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do sudoeste mineiro, evidenciando a identificação de vulnerabilidades sociais e a construção de ações para melhoria das práticas em saúde. **Referencial Teórico:** O processo é organizado em quatro momentos: o explicativo, no qual se busca entender o problema e suas origens; o normativo, que define como se deseja que a situação seja no futuro; o estratégico, que avalia as possibilidades de ação diante dos recursos e limitações existentes; e o tático-operacional, que coloca em prática as ações planejadas, definindo responsáveis e prazos (Matus, 1993). Na Estratégia de Saúde da Família o uso do PES é fundamental para orientar e qualificar as práticas cotidianas, tornando o planejamento mais realista, participativo e efetivo. **Método:** Este trabalho trata-se de um relato de experiência de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), referente à execução do PES desenvolvido durante as aulas práticas supervisionadas na disciplina de Gestão em Saúde e Enfermagem na Saúde Pública, na 8ª fase curricular, em uma ESF do município de Passos, Minas Gerais. Nesse contexto, foram analisadas as situações da ESF, com o objetivo de identificar fragilidades passíveis de transformação por meio de ações pertinentes. Para elaboração da estratégia de estudo foi utilizado a árvore de problemas (Rosa; Lima; Aguiar, 2021) é uma ferramenta do Planejamento Estratégico Situacional (PES) utilizada para organizar e visualizar a relação entre causas, problema central e consequências de uma situação de saúde. Por meio dessa representação, é possível compreender, de forma estruturada, os fatores que contribuem para o problema, bem como os impactos que ele gera na vida das pessoas e na comunidade. No contexto da Estratégia Saúde da Família, a árvore auxilia na identificação de vulnerabilidades sociais e na elaboração de ações direcionadas, promovendo uma análise mais clara e estratégica das situações atendidas pelas equipes. **Resultados e Discussão:** Evidenciaram-se vulnerabilidades sociais relacionadas a acumuladores compulsivos e à resistência da população na adesão ao exame preventivo de colo uterino, o que apontou a necessidade de uma análise mais aprofundada dos grupos em situação de vulnerabilidade atendidos pela Equipe Saúde da Família, caracterizando o Momento Explicativo. Para a realização do Momento Normativo, os profissionais das equipes de saúde foram consultados quanto à viabilidade e relevância das ações propostas. O Momento Estratégico foi configurado na medida em que se descreveu a atuação dos envolvidos. Por fim, no Momento Tático-Operacional foi o desenvolvimento das ações. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) permitiu identificar e analisar problemas de saúde complexos, suas causas e

consequências, possibilitando a elaborar ações mais eficazes. No caso dos acumuladores compulsivos, as causas incluem doenças psiquiátricas como transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), depressão, transtornos de ansiedade ou esquizofrenia, que favorecem o acúmulo excessivo de objetos; falta de estrutura familiar, caracterizada por ausência de apoio, vínculos fragilizados e dificuldades de convivência; e falta de educação em saúde, que gera desconhecimento sobre os riscos do acúmulo e ausência de orientações sobre saúde mental e higiene ambiental. As consequências desse comportamento incluem impactos psicológicos e emocionais, como angústia, ansiedade, culpa, baixa autoestima e sofrimento contínuo, além de repercussões sociais e familiares, como conflitos, isolamento, estigmatização e situações de insalubridade que afetam a convivência comunitária. Outro problema identificado é a resistência em realizar o exame preventivo de colo uterino, cuja origem pode ser cultural, envolvendo tabus, mitos e crenças que geram medo, vergonha ou descrença em relação ao exame; falta de estrutura familiar, com ausência de apoio ou incentivo para o cuidado preventivo; e falta de educação em saúde, caracterizada pelo desconhecimento da importância do exame e seus benefícios para a detecção precoce de doenças. As consequências dessa resistência incluem atraso no diagnóstico, aumento da morbimortalidade e auto-negligência, reforçando o ciclo de risco e agravando as complicações. Em particular, a resistência ao exame de prevenção do câncer do colo do útero decorre da falta de informação sobre sua importância, constrangimento ou medo, especialmente em comunidades conservadoras ou em mulheres com experiências traumáticas, e barreiras de acesso, como horários inadequados, transporte limitado, sobrecarga de atividades domésticas e ausência de apoio familiar. Essa situação leva a diagnósticos tardios, piora da saúde ginecológica e sobrecarga do sistema de saúde, uma vez que casos avançados demandam tratamentos mais longos e onerosos, afetando os recursos do SUS e a qualidade de vida das pacientes. **Conclusões:** Esse panorama evidencia a relevância do PES como instrumento para mapear problemas, causas e consequências, permitindo a construção de estratégias e intervenções que promovam melhorias na saúde individual e coletiva. Conclui-se que o Planejamento Estratégico Situacional (PES) possibilitou o desenvolvimento de uma ação gerencial em saúde que proporcionou às equipes da Estratégia de Saúde da Família do CS selecionado maior conhecimento sobre os processos relacionados às vulnerabilidades sociais, especialmente no que se refere a acumuladores compulsivos e à resistência na realização do exame preventivo. Essa experiência favoreceu o diálogo e a troca de ideias entre os profissionais, estimulando a reflexão sobre as práticas adotadas pela ESF e promovendo debates voltados à construção de mudanças e melhorias contínuas. No que se refere à formação, o exercício do PES promovido pela disciplina favoreceu o conhecimento e a execução de uma importante ferramenta de gestão em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento Estratégico Situacional; Estratégia de Saúde da Família; Árvore de Problemas.

REFERÊNCIAS:

MATUS, Carlos Romo. **Política, planejamento & governo**. IPEA. Brasília, DF, 1993.

ROSA, Júlia Gabriele Lima; LIMA, Luciana Leite; AGUIAR, Rafael Barbosa. **Políticas Públicas:** introdução. Porto Alegre: Jacarta, 2021. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/223410/001127911.pdf. Acesso em: 05out. 2025.

VI SEMINÁRIO

PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Tema:
Diálogos sobre diversidade e inclusão na saúde

10 E 11 DE NOVEMBRO de 2025

OFICINA DE QUALIFICAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: A ESCUTA QUALIFICADA COMO PROCESSO DE EMANCIPAÇÃO E CIDADANIA

Gilson Urbano de Araújo; Sociólogo; Mestrando em Gestão de Serviço; Universidade Federal de Minas Gerais

Deijiane Mendes Cruz; Contadora; Mestranda em Gestão de Serviço de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: O presente relato descreve a experiência formativa realizada no município de Juatuba-MG, destinada à qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tendo como foco a visita domiciliar e a escuta qualificada, compreendidas como práticas estruturantes da Atenção Primária à Saúde (APS) e fundamentais para a consolidação do SUS como direito de cidadania. **Objetivos:** Os objetivos da experiência foram ressignificar a visita domiciliar como uma prática de cuidado integral, que fortalece o vínculo entre profissionais e comunidade e promove maior aproximação com o território. Pretendeu-se também desenvolver competências relacionadas à escuta qualificada, à comunicação empática e à identificação de vulnerabilidades sociais, sanitárias e ambientais, ampliando a capacidade dos ACS de responder às necessidades reais das famílias. Outro objetivo central foi trabalhar, de forma crítica e reflexiva, conteúdos fundamentais à prática profissional, como território e territorialidade, utilização do cadastro familiar, atribuições legais da categoria e o SUS enquanto direito universal à saúde. Por fim, buscou-se construir coletivamente instrumentos de apoio técnico, como um roteiro e um guia de visita domiciliar, para sistematizar e qualificar o processo de trabalho no território, fortalecendo a atuação cotidiana e cidadã dos ACS. **Referencial teórico:** O Referencial teórico desta experiência formativa articula três dimensões fundamentais: os fundamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) como política pública, o papel estratégico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a escuta qualificada como prática emancipatória no território. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que a APS é a porta de entrada preferencial do SUS e deve ser orientada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2017). Nesse contexto, os ACS ocupam posição estratégica como elo entre comunidade e serviços, sendo responsáveis pela identificação de necessidades de saúde, construção de vínculos e fortalecimento da participação social. Essa função é reforçada no Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, que destaca a visita domiciliar como instrumento central de acompanhamento familiar, vigilância em saúde e promoção de cidadania (BRASIL, 2009).
Starfield (2002) enfatiza que a efetividade da APS depende da capacidade de resposta às necessidades de saúde a partir de vínculos duradouros, comunicação efetiva e abordagem centrada na pessoa. A visita domiciliar, quando qualificada, transcende seu caráter técnico e burocrático e passa a ser espaço de reconhecimento mútuo, construção de confiança e detecção de vulnerabilidades sociais e sanitárias invisíveis no atendimento clínico convencional. Nesse sentido, a escuta qualificada emerge como ferramenta política e pedagógica. Ela permite captar dimensões subjetivas e contextuais da vida dos usuários, contribuindo para a integralidade do cuidado. Ao estimular uma postura ativa e reflexiva dos ACS diante das realidades territoriais, a escuta se torna também um ato de reconhecimento da cidadania dos sujeitos e de fortalecimento do controle social

sobre a saúde. Do ponto de vista organizativo, Mendes (2011) sustenta que a qualidade das ações na APS depende de sua articulação em redes de atenção, integrando diferentes níveis e serviços de saúde de forma coordenada. A visita domiciliar qualificada, acompanhada de instrumentos sistematizados, potencializa a inserção das informações territoriais em sistemas de planejamento e vigilância, fortalecendo a capacidade de gestão local. Por fim, a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) estabelece parâmetros éticos e legais para o uso e armazenamento de dados pessoais. Ao lidar com informações sensíveis durante as visitas, os ACS precisam estar preparados para garantir a privacidade e os direitos dos cidadãos, incorporando princípios de proteção de dados às práticas de escuta e registro. Assim, a experiência de Juatuba fundamenta-se em um referencial que combina políticas públicas estruturantes (PNAB e SUS), fundamentos teóricos da APS, práticas emancipatórias de escuta e vínculos, e instrumentos legais e organizativos. Essa base sustenta a oficina como espaço de formação crítica e de valorização do trabalho dos ACS, consolidando a visita domiciliar como prática técnica, política e cidadã. **Método**: A oficina contou com a participação de 56 Agentes Comunitários de Saúde, cuja média de experiência profissional no território é de oito anos, vinculados a 13 equipes de Estratégia Saúde da Família, garantindo 100% de cobertura da população. Do total, 48% possuem vínculo estável por processo seletivo simplificado e os demais compõem o quadro por outros vínculos laborais. Importante destacar que o processo formativo foi uma reivindicação direta dos próprios ACS, que demandaram espaços de qualificação e ressignificação de sua prática cotidiana. A proposta foi construída a partir das especificidades locais e do acúmulo de experiências anteriores no município. O percurso pedagógico adotou metodologias ativas, ancoradas na educação significativa e no princípio da problematização da realidade. As dinâmicas utilizadas incluíram rodas de conversa, dramatizações, trabalhos em grupo e plenárias de apresentação, nas quais os participantes puderam refletir criticamente sobre seus dilemas cotidianos e propor soluções coletivas. O conteúdo foi organizado em três eixos principais: (1) território e territorialidade como determinantes da prática do ACS; (2) o cadastro familiar como instrumento de planejamento, monitoramento e garantia de direitos; (3) as atribuições legais do ACS e a centralidade da visita domiciliar no fortalecimento da APS.O processo culminou na produção coletiva de um roteiro simplificado e de um guia de visita domiciliar, contextualizados à realidade municipal, bem como na realização de uma autoavaliação reflexiva individual, por meio da qual cada participante pôde identificar avanços, desafios e compromissos pessoais de aprimoramento da escuta e do vínculo comunitário. **Resultados e Discussão:** A oficina resultou na sistematização de um roteiro e de um guia de visita domiciliar, construídos coletivamente como instrumentos pedagógicos e de gestão do trabalho dos ACS. Esses materiais passaram a orientar de forma mais estruturada as ações no território, qualificando o planejamento e o registro das visitas. Observou-se também a ampliação da compreensão da visita domiciliar como ato político, pedagógico e de emancipação social, rompendo com a visão restrita de atividade técnica ou burocrática. Houve desenvolvimento significativo de competências em escuta qualificada, com valorização da fala dos usuários e capacidade ampliada de identificar necessidades explícitas e implícitas, fortalecendo o vínculo entre ACS e comunidade. A inclusão de famílias em situação de vulnerabilidade no mapa inteligente do território potencializou a análise situacional e o planejamento estratégico da APS. Outro resultado relevante foi o fortalecimento do protagonismo dos ACS como elo entre comunidade, equipe multiprofissional e gestão municipal, reforçando sua identidade profissional e capacidade de atuação crítica. O uso de metodologias participativas demonstrou-se potente para engajar trabalhadores, promover reflexão coletiva sobre o território e ressignificar a prática cotidiana. A escuta qualificada emergiu como ferramenta transformadora, capaz de ampliar a cidadania, fortalecer vínculos e consolidar a confiança da comunidade no SUS. **Conclusões:** A oficina reafirmou a necessidade de consolidar processos

contínuos de educação permanente para os ACS, fundamentados em metodologias críticas e ativas, que valorizem a realidade vivida nos territórios. A experiência de Juatuba demonstra que a qualificação construída de forma participativa não apenas aprimora a prática da visita domiciliar, mas também contribui para a consolidação da APS como espaço de cidadania. Recomenda-se a institucionalização dessa experiência como política municipal de formação, bem como sua replicação em outros contextos territoriais.

PALAVRAS-CHAVE: Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Visita Domiciliar; Escuta Qualificada; Educação Permanente; Cidadania; Emancipação Social.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 ago. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA DE AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO (VAPT) EM MINAS GERAIS: ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES.

Kátia Santos Dias; Mestre em Gestão de serviços de saúde (UFMG); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG)

Cristiane Moreira Magalhães Andrade; Mestre em Gestão de serviços de saúde (UFMG); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG)

Cíntia da Silva Marcelino Nunes; Mestre em Gestão de serviços de saúde (UFMG); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG)

Fellipe Antônio Andrade Chaves; Graduado em Administração Pública (FJP); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG)

Vanessa Viviana Silva Aniceto; Graduada em Farmácia (UFMG); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG)

Naira Michele Rodrigues; Tecnólogo em Gestão Ambiental (CESUMAR); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG)

RESUMO

Introdução: Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos (Brasil, 2017). Constitui-se de saberes e práticas sanitárias, articulados intra e intersetorialmente, para controle e de intervenção sobre os problemas que causam danos (agravos) relacionados aos processos de trabalho, aos ambientes de trabalho e às condições em que o trabalho se realiza. O pressuposto da ação de vigilância é prevenir agravos à saúde dos trabalhadores, manifestos por sofrimento, alteração biológica, dano, desgaste, doença, lesão ou acidente (Vasconcelos; Gomez; Machado, 2014). **Objetivos:** Descrever a estratégia de fomento e fortalecimento da VAPT, com institucionalização das ações, por meio de incentivo financeiro para a VISAT de Minas Gerais. E construir práticas preventivas e interventivas que visem a redução dos riscos e a proteção da saúde dos trabalhadores. **Referencial Teórico:** A vigilância em saúde do trabalhador é uma ação essencialmente de saúde pública. É a partir do sistema único de saúde (SUS) que se pode falar em VISAT. Contudo, como o SUS, em sua própria concepção constitucional, é um sistema que articula políticas e outras estruturas do Estado brasileiro, é necessário pensar uma vigilância voltada para a saúde no trabalho articulando às demais estruturas necessárias do aparelho de Estado, para dar conta de seu objetivo maior, ou seja, vigiar e intervir nos processos e ambientes de trabalho onde existam fatores determinantes de perda da saúde da população que trabalha. Portanto, ao SUS cabe efetuar estas vinculações, naquilo que elas forem necessárias, e desenvolver as ações com seus próprios recursos estruturais onde for capaz de realizá-las. A VISAT pode ser compreendida como uma prática técnica, política, complexa, ampla e permeada por interesses múltiplos e conflituosos. Uma prática de fortalecimento dos trabalhadores na luta pela saúde e não meramente como uma

prática neutra, padronizada e estritamente técnica. E deve ser entendida como um processo de construção em permanente busca de ampliação de seu espectro de influência nos condicionantes da saúde relacionados aos processos de trabalho (Vasconcelos; Gomez; Machado, 2014). A vigilância dos ambientes e condições de trabalho resulta na aplicação de medidas preventivas e/ou corretivas, englobando desde a investigação das formas de adoecimento do trabalhador até a solicitação de adequações necessárias à prevenção de acidentes e agravos (Laguardia *et al*., 2014). A VAPT tem como propósito intervir nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde dos trabalhadores, visando eliminar ou, na sua impossibilidade, atenuar e controlar estes fatores (Bahia, 2012). E é a essência da ação de vigilância em saúde do trabalhador sendo desenvolvida por análises de documentos, entrevistas com trabalhadores e observação direta do processo de trabalho. Corresponde ao modo de olhar do sanitarista para o trabalho, na tentativa de destacar seus impactos na saúde e no meio ambiente. É a observação da forma de trabalhar, da relação trabalhador com os meios de produção e da relação dos meios de produção com o ambiente. É a ação geradora de uma intervenção de redução dos riscos à saúde dos trabalhadores relacionados a um ambiente, a uma atividade ou a um processo de trabalho. Sendo necessariamente exercida por uma equipe de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Brasil, 2018). **Método:** Por meio da publicação das Resoluções SES/MG nº7.730/2021 e 8.383/2022, que instituíram incentivo financeiro aos municípios do estado de Minas Gerais, para a execução de ações e vigilância em saúde do trabalhador, vinculando o incentivo ao alcance de metas, as equipes de vigilância municipais foram fomentadas. Elencou-se metas conforme os critérios: 1) Porte populacional do município; 2) E complexidade de serviços de VISAT disponíveis no município (Metas diferenciadas para aqueles sede de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST). Os registros das ações executadas foram feitos no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), ou na impossibilidade de lançamento, via relatório digital padronizado. Para suporte à execução foram publicadas Notas Técnicas orientativas, elaborado e disponibilizado um curso básico de VAPT. **Resultados e discussão:** No SIA que de 2019 a 2021, foram registrados uma média de 2.247 inspeções sanitárias em saúde do trabalhador ao ano, realizadas por 20 municípios (desses, 18 sede de serviços especializados CEREST). Já entre 2022 a 2024, (vigência das Resoluções), foram registrados média de 3932 procedimentos ao ano (incremento de 75% em relação ao período anterior), executadas por 184 municípios. De 2,1% passou-se a 21,6% dos municípios realizando e registrando as VAPT no sistema de informação oficial. Ao analisar o resultado a partir dos lançamentos de relatórios digitais observou-se que 386 (45,3%) dos municípios do estado cumpriram a meta, totalizando 8.105 ações de VAPT realizadas no período de vigência. O que evidenciou o impacto da estratégia de incentivo e descentralização das ações. **Conclusões:** Considerando os desafios do século XXI e buscando enfrentar os alarmantes indicadores epidemiológicos de agravos decorrentes do trabalho, as ações de VAPT configuram-se fundamentais para atuar efetivamente na prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores. A adoção de instrumentos de gestão com incentivo financeiro, vinculado às metas, contribuiu para sensibilização da gestão municipal, organização das equipes, estruturação de ações de matriciamento junto as referências técnicas, elaboração de instrumentos orientativos e ações educativas temática. Resultando no avanço da descentralização e institucionalização da prática, além da qualificação das ações executadas. Enquanto desafios, identificou-se os relatos de insegurança e necessidade de mais ações educativas, além do déficit e alta rotatividade de profissionais. Recomenda-se que as políticas de saúde ampliem os incentivos a execução descentralizada da VAPT, práticas ainda centralizadas nos municípios sede de CEREST, no cenário nacional.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância em Saúde do Trabalhador; Financiamento da Saúde; Gestão de Riscos.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. **Orientações técnicas para ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho**. Salvador: DIVAST, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria de Consolidação 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual Técnico do Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde**, 2018. Disponível em: Autores: (fiocruz.br)

LAGUARDIA, F. C., QUINTINO, N. D., GUSMÃO, R. B., MORAES, C. A., OLIVEIRA, P. B. B. **Instrutivo para execução e avaliação das ações de vigilância em saúde: projeto fortalecimento da vigilância em saúde em Minas Gerais**. 400p. Belo Horizonte, Autêntica Editora; 2014.

VASCONCELLOS, L. C. F., GOMEZ, C. M., MACHADO, J. M. H. The gap between what has been defined and what is still pending in occupational health surveillance. **Ciência & Saúde Coletiva [online**]. 2014, v. 19, n. 12, pp. 4617-4626. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.13602014.

PROGRAMA MIGUILIM: PROMOÇÃO DA SAÚDE OCULAR E AUDITIVA PARA ESTUDANTES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO EM MINAS GERAIS

Nayara Resende Pena; Mestranda Profissional de Gestão de Serviços de Saúde UFMG; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais SES-MG.

Ana Beatriz Rodrigues Porfirio; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde UFMG; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais SES-MG

Fabiana Martins Dias de Andrade; Doutora em Saúde Pública na UFMG; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais SES-MG.

RESUMO

Introdução: A prevalência de problemas visuais e auditivos em crianças e adolescentes em idade escolar produz impactos significativos na aprendizagem, desenvolvimento e qualidade de vida dessa população. Além disso, às dificuldades de acesso a assistência especializada em oftalmologia e otorrinolaringologia nos municípios persiste, o que contribui para vazios assistenciais e desigualdade de acesso a esse cuidado no estado de Minas Gerais. Tendo em vista esse cenário, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) em parceria com a Secretaria Estadual de Educação (SEE-MG) instituiu o Programa Miguilim em 2023, com vistas a responder a demanda dos territórios. Portanto, espera-se detectar precocemente as deficiências visuais e auditivas, e contribuir para o desenvolvimento das crianças e adolescentes. **Objetivo:** Relatar a experiência de implementação de um programa estadual de promoção da saúde auditiva e ocular de educandos da rede pública da educação básica para detecção de alterações e tratamento em tempo oportuno. **Referencial Terórico:** A escola configura-se como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de saúde auditiva e ocular para educandos, sendo um ambiente propício para reflexão sobre a vida, produção de autocuidado, convivência, cidadania e saúde, visto que nela se dá boa parte das interações sociais e é o lugar institucionalizado de aprendizagem. E para que este espaço funcione, é importante a articulação e planejamento conjunto entre as áreas de Saúde e da Educação do estado. Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE) é uma estratégia de articulação intersetorial instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, voltado para crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação básica pública para promover saúde e educação integral. Para isso, são realizadas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, dentre essas destacam-se as ações de saúde auditiva e ocular. As ações são planejadas e articuladas nos territórios com as profissionais da educação e as equipes de Atenção Primária à Saúde do município, inclusive as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) no que tange as ações nas escolas indígenas pactuadas. Diante disso surgiu a necessidade de construção do Programa Miguilim, que é um programa de triagens visuais e auditivas no público infantojuvenil vinculado ao ambiente escolar. A partir da identificação precoce de

problemas auditivos e oculares, promove o acesso ao atendimento especializado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e realiza a distribuição de óculos e aparelhos auditivos quando indicado. **Método:** O programa foi instituído em 2023 pela Deliberação CIB-SUS/MG Nº 4.284, aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Essa normativa apresentou as diretrizes e o financiamento exclusivo para estruturação dos serviços e oferta de consultas especializadas, distribuição de óculos e aparelhos auditivos. A operacionalização do programa de forma articulada com a Educação se deu com a publicação em 2023, de uma Resolução Conjunta entre SES e SEE, que definiu as atribuições e competências do setor saúde e educação no âmbito do Programa. O processo de formação dos profissionais da saúde e educação para a execução das ações do programa Miguilim, se deu por meio da realização de Webaulas em parceria com o Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Minas Gerais e por meio de um curso de Educação a distância (EAD) ofertado em Ambiente de Aprendizagem Virtual da Escola de Formação da SEE. Além disso foram elaborados instrumentos padronizados, documentos orientadores e cartilhas, além de formulários padronizados com orientações sobre o programa e constante diálogo com as regionais de saúde e educação. Foram realizadas reuniões intersetoriais a organização do fluxo entre escola e a RAS, com definição de critérios de prioridade para a realização da triagem nas escolas e encaminhamentos para a Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) na RAS. Os critérios estabelecidos foram faixa etária, critérios clínicos e de vulnerabilidade social, ser beneficiário do Programa Bolsa Família (PBF), ser educando de escolas indígenas, quilombolas e rurais. Para a estruturação e qualificação da atenção ambulatorial especializada para diagnóstico e tratamento das alterações auditivas e oculares, foram repassados recursos destinados a estruturação dos Serviços de Saúde Auditiva na Infância – SSAI, de caráter transitório e para a realização das consultas oftalmológicas, aquisição de óculos e aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) e outros dispositivos necessários. Os municípios beneficiários foram contemplados mediante homologação do pleito junto à CIB. Em 2024, foi iniciado um projeto piloto de expansão do programa Miguilim para escolas indígenas, buscando atender as especificidades de uma população historicamente vulnerável, com dificuldade de acesso à saúde. O projeto se deu nas escolas indígenas dos municípios de Carmésia e Guanhães em MG, onde residem os povos indígenas Pataxó. Foi articulada parceria entre a SES, SEE, DSEI, junto ao Grupo Condutor Estadual da Saúde Indígena de MG, que reúne as lideranças indígenas do estado. A escolha dos municípios considerou a quantidade de estudantes nas aldeias, a capacidade operacional de atendimento e a atuação dos gestores e lideranças indígenas na região. Em 2025, surgiu a necessidade de atualizar o Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E) do PSE do Estado de Minas Gerais, com instituição de um comitê temático específico do Programa Miguilim. Além disso, diante da dificuldade em acompanhar os alunos triados pelas escolas públicas com possíveis problemas visuais e auditivos, e garantir o devido encaminhamento e acesso à atenção especializada, está sendo desenvolvido um sistema web que possibilitará esse acompanhamento e a garantia do encaminhamento dos estudantes triados com alteração para a Atenção Especializada. **Resultados e Discussão:** Aderiram ao programa 769 municípios referente ao módulo saúde ocular e 743 ao modulo saúde auditiva. Desde o início dos atendimentos em 2023 até maio de 2025, foram realizadas 275.987 triagens visual nas escolas estaduais e municipais, das quais 79.960 apresentaram alterações. Dessas, foram realizadas 32.340 consultas

oftalmológicas (40,44%), sendo que 14.871 tiveram indicações para uso de óculos. Foram concedidos a entrega de 13.565 (91 %) óculos aos e educandos. No que se refere à Saúde Auditiva ainda não iniciaram as triagens e atendimentos, entretanto, o processo se encontrando em fase final de estruturação da rede estadual de atenção auditiva. Foram formados 14.559 profissionais da saúde e educação para as ações de saúde ocular no Curso EAD e a formação de 36 profissionais da saúde e educação indígena, incluindo profissionais do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e lideranças indígenas no projeto piloto de expansão do Miguilim para escolas indígenas de Carmésia e Guanhães, da etnia Pataxó. **Conclusões:** O Programa Miguilim contribui com a redução das barreiras em saúde, ao proporcionar o acesso de crianças e adolescentes à saúde à luz do princípio de cuidado integral. Tem potencial de melhorar os indicadores de saúde e educação, fortalecer a APS e a integração com a AE, principalmente em regiões com vazios assistenciais. Incentiva a promoção da saúde ocular e auditiva e a ampliação do acesso, fortalece o Sistema Único de Saúde (SUS) e impacta no processo educacional. No que tange as escolas indígenas a articulação entre todos os atores, especialmente DSEI e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi fundamental para alinhamento dos fluxos de acesso. É necessário acompanhar o processo até a entrega dos óculos e aplicar metodologias articuladoras para o processo de formação dos profissionais da saúde e educação indígenas, além de reforçar a importância das lideranças na mobilização da comunidade escolar sobre o uso dos óculos, respeitando a identidade cultural indígena. Por fim, com a implementação do sistema web, espera-se conseguir monitorar a evolução e os resultados, bem como identificar as principais dificuldades dos territórios e desenvolver estratégias para qualificar o Programa Miguilim.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Ocular; Saúde Auditiva; Educação; Intersetorialidade.

REFERÊNCIAS:

Organização Mundial da Saúde (OMS). **World report on hearing.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240020481. Acesso em: 28 ago. 2025.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **World report on vision**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision. Acesso em: 28 ago. 2025.

PORTO, A. P. I., *et al.* **Impacto da Acuidade Visual no Aprendizado Escolar: Uma Revisão de Literatura**. Revista Contemporânea, 2025. 5(7), e8626. https://doi.org/10.56083/RCV5N7-071

PROJETO CUIDAR COMO ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO DA NORMA REGULAMENTADORA 1 (NR1)

Autores: Aline Fernanda Pires Oliveira; Estudante de graduação de Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Alessandra Alves Oliveira de Melo; Estudante de graduação; Universidade Federal de Minas Gerais

Vanessa de Almeida; Doutora pela USP e docente do Departamento de Gestão em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução Em agosto de 2024, a atualização da Norma Regulamentadora nº 1 (NR1) pelo Ministério do Trabalho e Emprego tornará obrigatória, a partir de maio de 2026, a avaliação de riscos psicossociais nos ambientes de trabalho. Esses riscos, associados a fatores como metas excessivas, jornadas prolongadas e assédio moral, impactam diretamente a saúde mental dos trabalhadores, especialmente os da área da saúde, que enfrentam longas jornadas, alta demanda assistencial e exposição contínua a situações de estresse. Nesse contexto, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) se apresentam como estratégias eficazes de enfrentamento, promovendo bem-estar e fortalecendo a saúde mental dos servidores. O projeto cuidar é um projeto de extensão intitulado "Cuidando de quem cuida com as PICS" (SIEX 403330), está em vigor desde 2018 no Hospital das Clínicas da UFMG e ilustra essa abordagem ao disponibilizar diversas práticas como recurso terapêutico complementar nos ambientes laborais. Além disso, estudos recentes indicam que práticas como a aromaterapia podem auxiliar na redução de estresse e ansiedade, bem como no enfrentamento de hábitos nocivos, como o tabagismo, representando ferramentas promissoras para a promoção da saúde do trabalhador em seu ambiente de trabalho. **Objetivos** Disponibilizar PICS a profissionais do HC-UFMG, proporcionando espaço de integração entre trabalhadores de diferentes vínculos e categorias. A partir do projeto de extensão foi elaborado um projeto de pesquisa para verificar o efeito da aromaterapia para a redução dos níveis de estresse e ansiedade, bem como na qualidade do sono e na dependência da nicotina em trabalhadores da saúde, além da contribuição para a produção de evidências que possam subsidiar formulação, avaliação e monitoramento de políticas de promoção da saúde no ambiente de trabalho. **Referencial Teórico** Trabalhadores da área da saúde enfrentam elevados níveis de estresse e ansiedade, comprometendo bem-estar e desempenho, além de impactar a qualidade de vida e a assistência prestada aos pacientes. Nesse contexto, práticas de atendimento e terapias complementares, como a aromaterapia, surgem como alternativas acessíveis, com baixo risco de efeitos colaterais, e mostram potencial para reduzir estresse e ansiedade, promovendo maior equilíbrio emocional e melhor desempenho (Lyra, 2010). A Política Nacional de PICS, instituída em 2006 e ampliada em 2017, reconhece terapias como reiki, auriculoterapia, homeopatia, massagem,

constelação familiar e aromaterapia como alternativas seguras, acessíveis e de baixo custo, capazes de contribuir para o equilíbrio físico e emocional (Brasil, 2006). Em 2024, ocorreu a atualização da NR1 (Brasil, 2024) reforçando a relevância de integrar tais práticas às ações de planejamento e avaliação em saúde, uma vez que impõe às instituições a necessidade de estratégias de prevenção e monitoramento dos riscos psicossociais. **Método** A presente investigação integrou duas abordagens metodológicas complementares. A primeira consistiu em um relato de experiência vinculado ao Projeto de Extensão "Cuidando de Quem Cuida", desenvolvido no âmbito do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). Foram ofertadas intervenções de práticas integrativas e complementares em saúde, tais como reiki, auriculoterapia, homeopatia, constelação familiar e massagem terapêutica, realizadas de forma presencial (duas vezes por semana). O público-alvo foi composto por profissionais do HC-UFMG com queixas relacionadas ao adoecimento ocupacional, atendidos por demanda espontânea ou por encaminhamento. A avaliação das intervenções ocorreu por meio de questionário de satisfação aplicado via Google Forms e por monitoramento através de registros internos da equipe do projeto. A segunda abordagem tratou-se de um estudo piloto randomizado e duplo-cego, centrado na utilização de aromaterapia como estratégia complementar para promoção da saúde de trabalhadores. O estudo foi conduzido no Centro de Terapia Intensiva (CTI) Adulto do HC-UFMG e contou com uma amostra de 24 trabalhadores da saúde, alocados aleatoriamente em três grupos experimentais: um grupo recebeu óleo essencial de manjerona, outro óleo Peace and Calming, e o terceiro grupo recebeu placebo contendo óleo de coco. A avaliação dos desfechos foi realizada por meio dos seguintes instrumentos: Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Inventário de Sintomas de Estresse e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI). **Resultados e Discussão** Entre 2018 e 2025, o projeto de extensão contou com oito voluntários e realizou cerca de 1.637atendimentos, além de ampliar sua presença digital, alcançando 748 seguidores no Instagram e participação em eventos institucionais (SIPAT, Café e Prosa, Minas Summit). Os relatos qualitativos indicaram melhorias no manejo do estresse, maior autoconhecimento e sensação de bem-estar. No estudo piloto de aromaterapia, observou-se uma redução significativa nos escores de ansiedade (estado e traço) e de estresse para o grupo manjerona. Esses achados reforçam que as PICS, em especial a aromaterapia, possuem potencial de impacto positivo na saúde mental e na promoção da qualidade de vida de trabalhadores da saúde, dialogando diretamente com as exigências da nova NR1 e com os princípios da política de promoção da saúde no trabalho. **Conclusões** O projeto de extensão "Cuidando de quem cuida" e a pesquisa sobre os efeitos da aromaterapia demonstraram resultados promissores no enfrentamento dos riscos psicossociais em trabalhadores da saúde, fortalecendo a discussão sobre a importância de integrar PICS às políticas de promoção e prevenção em saúde no ambiente de trabalho. Apesar de limitações, como restrições logísticas, a experiência mostra que a implementação de práticas integrativas pode contribuir para ambientes laborais, na possível redução do absenteísmo e no fortalecimento de vínculos interpessoais. Assim, evidencia-se a necessidade de ampliar pesquisas em maior escala e de fortalecer estratégias de planejamento e avaliação em saúde que considerem as PICS como ferramentas legítimas e efetivas na promoção da saúde mental e no cumprimento das exigências regulatórias da NR1.

PALAVRAS CHAVES: Saúde do trabalhador; Aromaterapia; Práticas integrativas e complementares; Profissionais de Saúde

AGRADECIMENTOS: Este trabalho foi realizado com o apoio da Pró Reitoria de Extensão (PROEX) e da Pró Reitoria de Pesquisa (PRPq) disponibilizando duas bolsas para os discentes. Além disso, agradecemos a Empresa Young Living pela doação dos óleos essenciais utilizados na pesquisa clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria Nº 1.419, de 27 de agosto de 2024. Aprova a nova redação do capítulo “1.5 Gerenciamento de riscos ocupacionais” e altera o “Anexo I - Termos e definições” da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1) - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Diário Oficial da Uniçao: sessão 1, Brasília, DF, p.137.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2006. Disponível em: Acesso em: 29 de setembro de 2025.

LYRA, C. S. Eficácia da aromaterapia na redução de níveis de estresse e ansiedade em alunos de graduação da área da saúde: estudo preliminar. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 55-60, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fp/a/B6dQHXr4YVbvdvLzPXRf3jN/. Acesso em: 9 set. 2025.

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR TRAUMÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE MANHUAÇU-MG: SUBSÍDIOS PARA PLANEJAMENTO E A AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Éliton Ilário de faria; acadêmico de Enfermagem; Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu-MG.

Énter o Benvindo; Mestrando em Patologia Investigativa; UFMG, Belo Horizonte, MG.

Cristiano Inácio Martins; Mestre em gestão e planejamento pela UFMG; Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu-MG.

Flávia do Santos Lugão de Souza; Doutorado em Enfermagem e Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu-MG.

RESUMO

Introdução: A lesão medular traumática (LMT) é uma condição neurológica caracterizada pela interrupção parcial ou completa das funções motoras, autonômicas e sensitivas, podendo gerar incapacidades permanentes e impactar de forma significativa a autonomia, funcionalidade e qualidade de vida (QV) dos indivíduos acometidos. Além disso, a LMT impõe aos pacientes barreiras físicas, sociais e emocionais, durante o tratamento e reabilitação (Biasi, 2019). Trata-se de um importante problema de saúde pública, sobretudo pelo maior tempo de internação, complicações clínicas e pelo uso de recursos de alto custo, como cadeiras motorizadas (Riberto *et al.*, 2023; Xavier, 2019). Nesse contexto, o cuidado domiciliar no âmbito da Atenção Primária, o cuidado a pessoa com LMT demanda planejamento intersetorial e políticas que assegurem atenção integral às múltiplas necessidades dessa população, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (Xavier, 2019; Souza, 2022). Nesse sentido, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/2015) e o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Novo Viver sem Limite (Brasil, 2015; Brasil, 2023), constituem marcos regulatórios fundamentais para orientar políticas públicas, garantir direitos, acessibilidade e reabilitação. Embora essas normas atuem também de forma preventiva, articulando ações intersetoriais entre saúde, mobilidade urbana e educação, estudos sobre a satisfação de pessoas com deficiência em serviços de saúde mostram que a percepção dos usuários é frequentemente negativa. Esse cenário evidencia lacunas no preparo dos profissionais e fragilidades na implementação de políticas, especialmente em serviços públicos, o que compromete a qualidade da atenção e reforça a necessidade de aprimorar o planejamento e a avaliação das estratégias de cuidado (Vieira *et al.*, 2024). **Objetivo**: Investigar a experiência de pessoas com lesão medular traumática em um município da Zona da Mata Mineira, considerando qualidade de vida, perfil sociodemográfico, acesso a serviços de saúde e custos do cuidado. **Referencial Teórico:** No Brasil, o conhecimento sobre os custos relacionados à reabilitação de pessoas com LMT ainda é escasso, dificultando a avaliação precisa das necessidades de recursos e estratégias de cuidado (Riberto *et al.*, 2023). Além disso, o coeficiente de incidência da LMT é desconhecido, e não existem dados oficiais, pois a condição não é de notificação obrigatória (Xavier, 2019). Embora o acesso a serviços públicos de saúde seja garantido por lei, a oferta concomitante de serviços privados gera fragmentação e sobreposição no cuidado (Riberto *et*

al., 2023; Vieira *et al.*, 2024), situação que tende a se agravar nos municípios do interior, onde a rede pública de serviços especializados é mais restrita. Nesse contexto, o cuidado às pessoas com LMT no âmbito da atenção primária depende da corresponsabilização das equipes e do acompanhamento contínuo, mas fatores socioeconômicos e demográficos influenciam diretamente a experiencia do cuidado (Souza, 2022). Estudos sobre o perfil sociodemográfico de pessoas LMT mostram predominância masculina, jovens, solteiros, com baixa escolaridade e renda, apresentando maior risco de lesão completa e paraplegia (Xavier, 2019). Apesar desses avanços, ainda há lacunas quanto a experiência vivida por pessoas com LMT, especialmente no interior do país, assim como sobre o impacto do perfil sociodemográfico, barreiras de acesso e custos do cuidado. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado entre agosto de 2024 e setembro de 2025 em um município de médio porte localizado na região da Zona da Mata Mineiro. A pesquisa abrangeu Unidades de Saúde da Família (USF) e domicílios de pessoas cadastradas com LMT. A população elegível compreendeu 17 pessoas cadastradas na USF, dos quais 13 atenderam aos critérios de inclusão: idade maior de 18 anos, diagnóstico de LMT, tempo de lesão maior de 1 ano. A coleta de dados ocorreu por meio de visitas domiciliares e aplicação de questionário on-line, abordando variáveis sociodemográficas. Em seguida aplicou-se o *WHOQOL-Bref* (para avaliação da QV), os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados por estatísticas descritivas, incluindo média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo. Todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde serão respeitados e este estudo somente iniciou após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, através do CAAE: 88030625.4.0000.8095. **Resultados:** Ao analisar o perfil das pessoas com LMT em Manhuaçu, verificou-se maioria do sexo masculino (76,9%), corroborando a maior vulnerabilidade desse grupo para acidentes externos e comprometimentos neurológicos severos. A faixa etária com idade média de 38,66 ± 9,57 (mínima 19 anos, máxima 76 anos), evidenciando que a LMT afeta tanto jovens quanto adultos mais velhos, impactando diretamente sua autonomia e funcionalidade. Quanto a raça, 53,83% se autodeclararam brancos, e 53,83% com companheiro. Do total, 76,9% identificaram-se como heterossexuais. A renda salarial média era de até 2 salários-mínimos (61,52%) e 70% apresentavam baixa escolaridade. Em relação a ocupação, 61,52% eram aposentados por invalidez, o que reforça a dependência de benefícios previdenciários e limitação na geração de renda. Sobre o tipo de moradia, casa própria, alugada e imóvel cedido por parentes apresentavam prevalência semelhante (30,70% cada). A maioria relatou necessidade de adaptação no domicílio (71,52%), predominaram os residentes em área urbana (84,59%), enquanto 15% viviam na zona rural, refletindo barreiras estruturais que impactam a autonomia, funcionalidade, realização de atividades de vida diária e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Quanto as características clínicas, tempo de LMT, 69,21% convivem com LMT há mais de cinco anos, dado que reforça a importância de estratégias contínuas e eficientes do cuidado domiciliar prolongado, envolvendo suporte familiar e acompanhamento intersetorial. A etiologia mais comum da LMT foi por acidente de carro (38,45%), seguida de acidente de moto (30,76%). Lesões neurológicas completas foram prevalentes em grande parte da amostra (62,52%). Em relação ao nível da lesão, o segmento cervical (46,14%) e lombar (38,45%) foram os mais acometidos. A paraplegia foi o tipo de comprometimento motor mais frequente (53,83%). Esses indicadores evidenciaram um cenário clínico desafiador, no qual os serviços de saúde devem atuar tanto na prevenção de novos casos quanto na promoção e manutenção da qualidade de vida de pessoas com LMT. No contexto do cuidado, 84,59% dos participantes são cuidados por familiares, sendo que 76,95% relataram dificuldades em cobrir os custos mensais. O serviço de saúde mais procurado foi a USF (61,52%) havendo relatos de barreiras de acesso e atendimento inadequado (84,59%). Apesar do fornecimento parcial de insumos pelo SUS, todos os participantes mencionaram gastos mensais com luvas, sondas vesicais de alívio e medicamentos. Esses achados revelam um

panorama que demanda esforços interdisciplinares para melhorar a qualidade de vida das pessoas com LMT, reduzir os custos do cuidado diário, além de oferecer alternativas de atenção mais integral e humanizada. A avaliação da QV pelo *WHOQOL-bref* revelou médias mais baixas nos domínios físico (55,49 ± 18,13) e meio ambiente (60,09 ± 23,63), indicando barreiras no acesso a recursos, infraestruturas e limitações nas atividades diárias de vida. O domínio psicológico (68,51 ± 20,78) e relações sociais (67,80 ± 27,10) apresentaram escores relativamente mais altos, embora ainda evidencie impactos relacionados a LMT. Observou-se ainda a presença de subgrupos vulneráveis: um. participante bissexual, um residente em instituição de longa permanência e participantes da zona rural, populações mais expostas a estigmatização, isolamento social e dificuldades adicionais de acesso. **Conclusão:** Os dados analisados oferecem uma perspectiva abrangente sobre a experiência de pessoas com LMT município da Zona da Mata Mineira, destacando a predominância de homens, baixa escolaridade e renda, casados, paraplégicos e com lesão completa. No contexto do interior de Minas Gerais, fatores sociodemográficos, clínicos e de acesso impactam a funcionalidade, os gastos com saúde e a experiencia do cuidado. Além disso, subgrupos vulneráveis, incluindo pessoas de gênero diverso, residentes na zona rural e em ILPI, apresentam maiores riscos de inequidades. Reforçando a necessidade de estratégias específicas e direcionadas. A abordagem multifacetada ressalta a importância de intervenções integradas e personalizadas, nas quais a Atenção Primária desempenha papel central na articulação do cuidado. Medidas preventivas, suporte familiar contínuo e ações intersetoriais são essenciais para promover qualidade de vida, reduzir novos agravos e garantir a inclusão social. A implementação de políticas públicas voltadas à prevenção de novos traumas, à reabilitação e à inclusão social, aliada a capacitação contínua de profissionais de saúde, pode resultar em melhorias significativas nos desfechos de saúde e autonomia das pessoas com LMT. Esse estudo ofereceu uma perspectiva holística sobre os serviços de saúde e a qualidade de vida da pessoa com LMT no interior. Os achados fornecem subsídios valiosos para gestores, profissionais de saúde e órgãos governamentais, reforçando a necessidade de estratégias baseadas em evidências, integradas e adaptadas às necessidades dessa população, promovendo cuidado integral, prevenção de agravos e valorização da cidadania. Tornou-se evidente a importância de implementar políticas públicas eficazes voltadas a prevenção de traumas e à promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com Deficiência; Sistema Único de Saúde; Fatores Sociodemográficos; Qualidade de Vida.

REFERÊNCIAS

BIASI, M. O. K**. Estudo retrospectivo das vítimas de lesão traumática raquimedular em um hospital do Triângulo Mineiro**. 2019. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/29308. Acesso em: 23 set. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Novo Plano Viver Sem Limite**. [*S. I*]: Ministério dos Direitos da Humanos e Cidadania, 23 jun 2023. Atualizado 24 fev. 2024. Disponível: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/acoes-e-programas/plano-novo-viver-sem-limite. Acesso em 06 out. 2025.

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: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 23 set. 2025.

RIBERTO, M.; ALVES, L. B. de P.; HONORATO, D. L. P.; GALLIANO, F. T.; ALBUQUERQUE, T. V. C.; HERRERO, C. F. P. da S. Estudo dos determinantes dos custos no atendimento dos pacientes com lesão medular decorrente de trauma raquimedular. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 7–12, 2023. DOI: 10.11606/issn.2317-0190.v30i1a206648. Disponível em: https://revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/206648.. Acesso em: 23 set. 2025.

SOUZA, M. de F. de. **Conhecimentos e práticas dos profissionais da atenção primária a saúde sobre o cuidado às pessoas vivendo com lesão raquimedular.** Orientador: Clécio de Oliveira Godeiro Júnior. 2022. 64f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Centro de CiêncNias da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/52116. Acesso em: 23 set. 2025.

VIEIRA, A.; GONDIM, I. O.; CARMO, P. M.; SILVA, P. L.; PAULA, M. C. R. de. **Acolhimento das Pessoas com Deficiência nos Serviços de Saúde: estudo quantitativo sobre a satisfação dos usuários**. **Revista Foco**, *[S. l.]*, v. 17, n. 4, p. e4703, 2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n4-022. Disponível em: https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/4703. Acesso em: 23 set. 2025.

XAVIER, A. G (2019). **Avaliação da capacidade de autocuidado em pessoas com lesão medular.** Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - PPGSP) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande. Disponível em: http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/3474. Acesso em: 23 set. 2025.

QUALIFICAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) DE PEDRO LEOPOLDO-MG: CONSTRUÇÃO COLETIVA E CLÍNICA AMPLIADA COMO EIXOS DO CUIDADO

Gilson Urbano de Araújo; Sociólogo; mestrando em Gestão de Serviço; Universidade Federal de Minas Gerais

Deijiane Mendes Cruz; Contadora; Mestranda em Gestão de Serviço de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A experiência apresenta o processo de qualificação da implantação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município de Pedro Leopoldo-MG, integrante da Região Metropolitana de Belo Horizonte. O município, com cerca de 65 mil habitantes e 70% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), foi habilitado em 2024 para implantação do SAD, serviço inédito em sua rede municipal. A criação do serviço representou um avanço na ampliação da Atenção Domiciliar, demandando um processo de formação e organização que articulasse as dimensões institucionais, clínicas e operacionais necessárias ao funcionamento pleno do serviço e à sua inserção efetiva na Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Objetivos:** Qualificar a implantação do SAD de Pedro Leopoldo por meio de um processo formativo e participativo, promovendo a integração da equipe multiprofissional, o fortalecimento da gestão do serviço e a construção de instrumentos técnico-normativos que assegurem a continuidade e a resolutividade do cuidado domiciliar. Especificamente, buscou-se articular a dimensão institucional da gestão com a dimensão clínica da Atenção Domiciliar e com os arranjos operacionais da RAS municipal. **Referencial Teórico:** A Política Nacional de Atenção Domiciliar, instituída pela Portaria GM/MS nº 825/2016 e atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, estabelece diretrizes para a organização de serviços de atenção domiciliar no SUS, articulando-os à Rede de Atenção à Saúde e à Estratégia Saúde da Família. Essa política reforça a Atenção Domiciliar como estratégia de ampliação da integralidade do cuidado, de desospitalização responsável e de humanização da atenção (BRASIL, 2016; 2024). O Decreto nº 7.508/2011 complementa esse marco ao regulamentar a organização das redes e a regionalização, criando condições institucionais para a integração entre os níveis de atenção. Do ponto de vista clínico, a proposta de clínica ampliada e compartilhada (CAMPOS; CUNHA, 2017) oferece fundamentos para a construção de projetos terapêuticos singulares, baseados na corresponsabilidade entre profissionais, usuários e famílias. Essa abordagem rompe com modelos prescritivos e verticalizados, valorizando o diálogo interdisciplinar e a escuta das necessidades de saúde, compreendidas em sua dimensão subjetiva e social (CECÍLIO, 2005; MERHY; FRANCO, 2018).No plano organizacional, o referencial das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011) sustenta a importância de articular fluxos, protocolos e instrumentos normativos que assegurem continuidade, coordenação e integração do cuidado domiciliar com a Atenção Primária, serviços especializados e hospitalares. A produção de dispositivos institucionais, como regimentos, notas técnicas e indicadores, não é apenas burocrática, mas constitutiva da institucionalidade do serviço e do exercício ético-político do cuidado. Assim, a implantação do SAD em Pedro Leopoldo apoia-se em marcos legais, referenciais clínicos e arranjos organizativos consolidados no SUS, traduzindo-os em práticas locais por meio da construção coletiva, da educação permanente e da pactuação entre gestão e equipes. Essa combinação fundamenta a integralidade e a sustentabilidade do serviço no território. **Método:** **A** qualificação ocorreu entre outubro e dezembro de 2024, envolvendo encontros presenciais

com a coordenação atual, a futura coordenação e a equipe multiprofissional do serviço. A metodologia adotada foi de natureza qualitativa e compreensiva, estruturada a partir da análise institucional e da triangulação entre dados secundários, observação direta e escuta das subjetividades dos profissionais. O processo teve início com um diagnóstico situacional da realidade do serviço e do território, identificando potencialidades e fragilidades na gestão, na clínica e na integração com a rede. A partir desse diagnóstico, foram realizadas oficinas de problematização e discussão coletiva, baseadas em metodologias ativas e dialógicas, que permitiram a construção conjunta dos dispositivos e instrumentos do SAD. Essa abordagem possibilitou articular três dimensões centrais: (1) a institucionalidade, expressa nas normas e fluxos de gestão; (2) a clínica da atenção domiciliar, sustentada pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS) e pela corresponsabilidade multiprofissional; e (3) os processos e arranjos da RAS, que garantem a continuidade do cuidado e a integração com a Atenção Primária, a atenção especializada e o hospital local. **Resultados e Discussão:** O processo resultou na consolidação da estrutura organizacional e assistencial do SAD, na elaboração do Regimento Interno, da Nota Técnica de Indicadores e do Projeto de Reorganização do Serviço. Também promoveu o alinhamento conceitual e prático entre gestão e equipe, fortalecendo a cultura de corresponsabilidade e interdisciplinaridade. A oficina de reorganização representou um espaço de transição e pactuação entre coordenações, consolidando diretrizes de funcionamento, fluxos assistenciais e protocolos de alta compartilhada. A clínica ampliada e o cuidado compartilhado foram incorporados como eixos estruturantes do serviço, fortalecendo o papel do profissional de referência de caso clínico e o protagonismo das famílias no processo de cuidado. **Aprendizados:** A experiência demonstrou que a implantação de um serviço novo na rede municipal requer uma metodologia que una técnica, sensibilidade e diálogo. A escuta ativa e a problematização coletiva mostraram-se dispositivos potentes para o diagnóstico da realidade, a construção de soluções e a consolidação de vínculos entre equipe e gestão. O processo revelou que a qualificação da Atenção Domiciliar é também um exercício de reconstrução institucional e ética do cuidado. **Conclusões:** A qualificação do SAD de Pedro Leopoldo constituiu-se como experiência exemplar de construção coletiva e de gestão participativa, fortalecendo a articulação entre os níveis de atenção e consolidando o cuidado domiciliar como estratégia de integralidade. Recomenda-se a continuidade das ações de educação permanente e o acompanhamento sistemático por meio dos indicadores instituídos, assegurando sustentabilidade técnica, ética e política ao serviço. O processo reafirma o papel do SAD como dispositivo de humanização, integralidade e resolutividade no SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Domiciliar; Clínica Ampliada; Construção Coletiva; Redes de Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; Educação Permanente; Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui a **Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD)**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024.** Institui o **Programa Melhor em Casa (PMeC)** e define novas diretrizes para o fortalecimento da Atenção Domiciliar no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança do paciente no domicílio.** Brasília: Ministério da

Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/publicacoes.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080/1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T. **A clínica ampliada e compartilhada.** São Paulo: Hucitec, 2017.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em saúde: olhar e modos de fazer.** São Paulo: Hucitec, 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

TÍTULO: QUESTIONÁRIO SOBRE USO DOS CIGARROS ELETRÔNICOS ENTRE UNIVERSITÁRIOS (CEU): FUNDAMENTOS E JUSTIFICATIVAS PARA SUA CONSTRUÇÃO

Luana Maria Oliveira Claudino; aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Mery Natali Silva Abreu; Doutora; Programa de Pós Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Joana Motta Araújo Roesberg; aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Gisele Alves Limas; aluna de graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Josué Geraldo Lessa; Mestre; Programa de Pós Graduação Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: O consumo de cigarros eletrônicos (CE) entre universitários cresce rapidamente e ainda é pouco compreendido. No Brasil, mesmo com restrições regulatórias, esse grupo é vulnerável por estar em fase de experimentação, sujeito a pressões sociais e à percepção equivocada de menor risco em relação ao tabaco convencional. Faltam instrumentos capazes de investigar esse fenômeno em sua complexidade, sobretudo no que se refere ao conhecimento sobre cigarros eletrônicos. **Objetivo:** Apresentar o processo de construção de um questionário, denominado aqui CEU, visando avaliar prevalência,padrões de uso e nível de conhecimento dos universitários sobre CE. Além de mensurar fatores psicossociais, saúde mental, consumo de álcool e outros produtos de tabaco, bem como interações sociais, que podem ser considerados determinantes do consumo dos CE na população estudada. **Referencial Teórico:** O tabagismo, definido como o hábito de consumir produtos com tabaco, é um grave problema de saúde pública global. É a principal causa evitável de doenças e mortes prematuras (OMS, 2021). Os produtos de tabaco variam em tipos e formas de uso, mas todos contêm nicotina, que é a substância responsável pela dependência do tabaco, que aumenta o risco de contrair Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (Reis; Pannuti, 2020). Classificado como uma doença crônica, o tabagismo gerou ações legislativas e programas de combate, como o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), promovendo a saúde e a cessação do hábito no Brasil (Instituto Nacional de Câncer, 2024). Originário da América, o tabaco foi inicialmente utilizado em cerimônias pelos ameríndios, mas seu uso recreativo se espalhou com a colonização (Hortense; Carmagnani; Brêtas, 2008). A industrialização dos cigarros impulsionou seu consumo, associado a padrões de poder e beleza (Hortense; Carmagnani; Brêtas, 2008). O cigarro eletrônico (CE) é um dispositivo eletrônico para fumar (DEF) que tem

diferentes formas e mecanismos de ação. Disponível em formatos como: cigarro, caneta ou pen drive (McRobbie, 2014). Sua estrutura consiste em uma bateria, um cartucho com e-líquido e um sistema de aquecimento que vaporiza a solução até 350°C (YAN et al., 2021). Criado em 2003 como uma alternativa para cessação do tabagismo e acesso mais seguro à nicotina essa segurança nunca foi comprovada (Reinaldo; Pereira, 2018). Estudos mostram que usuários de CE têm maior probabilidade de iniciar o uso de cigarros tradicionais em comparação àqueles que nunca usaram o dispositivo (Piras et al., 2020; Barufaldi et al., 2021). Além da nicotina, os CEs contêm diversos produtos químicos, tanto adicionados quanto gerados durante a vaporização. Esses compostos são potenciais causadores de doenças pulmonares e cardiovasculares, além de serem carcinógenos e citotóxicos (Barufaldi et al., 2021). Entre 2008 e 2012, o uso de CE aumentou entre adolescentes e adultos em vários países (Filippidis et al., 2017). A prevalência cresceu significativamente entre estudantes do ensino fundamental e médio, especialmente entre aqueles de 18 a 24 anos – jovens adultos (Silva; Moreira, 2019; CDC, 2017). Nesta fase que ocorre a consolidação de hábitos que tendem a perdurar na fase adulta (Hall et al., 2016). Mesmo com a proibição do comércio de CE, o uso desses dispositivos está em ascensão, com estimativas de que 1,63% dos indivíduos com 15 anos ou mais já os utilizaram e 0,64% fazem uso atualmente, embora esses números possam estar subestimados (IBGE, 2020; Bertoni et al., 2021). Alguns fatores foram associados ao uso do CE por adultos jovens, tais como: ser do sexo masculino; classe socioeconômica A; ser previamente tabagista; morar em repúblicas de estudantes; maior acesso à informação; exposição às propagandas da indústria na internet como a comercialização on- line; presença de tabagistas na família; e não exercer atividade laboral (Cavalcante et al., 2017; Barufaldi et al., 2020; Barradas et al., 2021; Oliveira, 2016; Oliveira et al., 2018). Porém não há dados representativos de jovens universitários, população que engloba a faixa etária na qual se concentra a maior parte dos consumidores do CE no Brasil. Além disso, é necessário investigar características do uso do CE e os fatores individuais, comportamentais, contextuais e de saúde atrelados a este cenário, para compreender as nuances envolvidas no hábito de fumar cigarros eletrônicos entre os jovens (Bertoni et al., 2021). Estudos mostram que jovens usuários de CE apresentam maiores prevalências de sintomas adversos à saúde, como: dores de cabeça, náuseas e distúrbios de sono, em comparação aos não usuários (Benyo et al., 2021). **Metodologia:** O desenvolvimento do CEU ocorreu em quatro etapas: (i) Revisão da literatura nacional e internacional sobre o uso de CE e seus determinantes; (ii) Seleção de escalas validadas como*Pacient Health Questionnaire 9* (PHQ-9), *Alcohol Use Disorder Identification Test*(AUDIT) eo Critério Brasil de classificação socioeconômica; (iii) Inclusão de questões complementares baseadas em inquéritos nacionais sobre variáveis sociodemográficas, interações sociais e intensidade/frequência do consumo de tabaco; (iv) Elaboração de itens inéditos sobre conhecimento acerca dosCE, inexistentes nos inquéritos citados, desenvolvidos a partir de estudos internacionais, possibilitando avaliar percepções, mitos e riscos atribuídos a esses produtos. Além disso, foi realizado um pré-teste com 10 universitários para avaliar clareza, fluxo e tempo de resposta. **Resultados:** O questionário resultou em 97 questões autoaplicadas, organizadas em blocos temáticos. O pré-teste permitiu identificar dúvidas e resultou na retirada de itens ambíguos, inclusão de instruções de salto e ajustes de redação. O tempo médio de preenchimento foi de 14 minutos. A versão final contempla seções sociodemográficas, econômicas, de saúde, interações sociais, hábitos de vida e, de forma inédita, módulos

específicos sobre uso e conhecimento de CE. A combinação de escalas validadas e itens inéditos confere ao CEU consistência e abrangência. A próxima etapa será o estudo piloto, que permitirá verificar sua aplicabilidade em maior escala. **Conclusão:** A construção do CEU representa um avanço metodológico e científico, pois integra em um único instrumento dimensões que até então eram avaliadas de forma fragmentada.Assim, o CEU mostra-se como uma ferramenta multidimensional, capaz de gerar evidências consistentes sobre o uso de CE entre universitários. Sua aplicação futura poderá subsidiar estratégias de prevenção, apoiar políticas públicas e fortalecer a promoção da saúde em ambientes acadêmicos.

PALAVRAS-CHAVE: Cigarros eletrônicos; Universitários; Saúde pública; Dependência de nicotina.

REFERÊNCIAS

BARUFALDI, L. A. et al., Risco de iniciação ao tabagismo com o uso de cigarros eletrônicos: revisão sistemática e meta-análise. Ciência e SaúdeColetiva, v.26, n.12, p.6089-6103, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590 /1413-12320212612.35032020. Acesso em: 10 out 2024.

BENYO, S. E. *et al*. Risk Factors and Medical Symptoms Associated With Electronic Vapor Product Use Among Adolescents and Young Adults. Clinical pediatrics, v. 60, n.7, p-279-289, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.11 77/00099228211009681. Acesso em 13 fev 2025.

BERTONI, N. *et al.* Prevalência de uso de dispositivos eletrônicos para fumar e de uso de narguilé no Brasil: para onde estamos caminhando? Revista Brasileira de Epidemiologia. v. 24, E210007.supl.2, 2021.

CAVALCANTE, T. M. *et al*., Conhecimento e uso de cigarros eletrônicos e percepção de risco no Brasil: resultados de um país com requisitos regulatórios rígidos. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. Suppl 3, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00074416. Acesso em: 10 out 2024.

MAXIMINO, G. S. et al. Profile of Brazilian undergraduates who use electronic cigarettes. *Addictive Behaviors Reports*, v. 18, p. 100484, 2023.

MARTIN, A. et al. Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *Journal of General Internal Medicine*, v. 21, n. 1, p. 45–51, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care*. 2. ed. Geneva: WHO, 2001.

VANFRANK, B. et al. E-cigarette use and symptoms of depression and anxiety among adolescents in the U.S., 2019–2021. *Preventing Chronic Disease*, v. 22, n. E30, 2025.

ANEXOS

Quadro 1 – Questionário CEU

QUESTIONÁRIO CEU (Cigarros Eletrônicos entre Universitários)	
Universidade de Origem	
1.( )	Universidade Federal de Minas Gerais
2.( )	Faculdade de Ciências Médicas
Data de Preenchimento _____/_____/_____	
Qual periodo esta cursando?	
1.( )	
QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	
1) Sexo:	
1.( )	Masculino
2.( )	Feminino
3.( )	Prefiro não responder
2) Idade:	
1.( )	_____Anos
2.( )	Prefiro não responder
3) Cor ou raça:	
1.( )	Branca
2.( )	Preta
3.( )	Amarela
4.( )	Parda
5. ( )	Índigena
6.( )	Não sei
7. ( )	Prefiro não responder
4) Estado conjugal:	
1.( )	Casado
2.( )	Solteiro
3.( )	Divorciado
4.( )	União Estável
5. ( )	Viúvo
6.( )	Viúvo com companheiro
5) Você tem filhos?	
1.( )	Sim
2.( )	Não
5.1) Se sim quantos	
1.( )	_____
6) Você já cursou outra graduação?	
1.( )	Sim
2.( )	Não - **Passe para a Questão 8**
7) Se sim, quantas?	
1.( )	_____
7.1) Quais cursos de graduação?	
1.( )	_____

8) Na semana anterior, (semana de referência), você trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em dinheiro?	
1.( )	Sim
2.( )	Não - passe para a **Questão 11**
3.( )	Prefiro não responder
9) Você normalmente trabalha(va) em ambientes	
1.( )	Fechados
2.( )	Abertos
3.( )	Ambos
4.( )	Não aplicável
10) Nos últimos 30 dias, alguém fumou no mesmo ambiente fechado onde você trabalhava (todos os trabalhos)	
1.( )	Sim
2.( )	Não
3.( )	Não aplicável
QUESTÕES SOCIOECONOMICAS	
ATENÇÃO! As questões 11 a 11.19 se referem ao seu domicílio	
11) Quantos banheiros com chuveiro existem no domicílio?	
1.( )	Nenhum(a)
2.( )	1
3.( )	2
4.( )	3
5. ( )	4 ou mais
11.1) Quantos empregados domésticos trabalham mensalmente?	
1.( )	Nenhum(a)
2.( )	1
3.( )	2
4.( )	3
5. ( )	4 ou mais
11.2) Quantos automóveis existem no domicílio?	
1.( )	Nenhum(a)
2.( )	1
3.( )	2
4.( )	3
5. ( )	4 ou mais
11.3) Quantas motocicletas existem no domicílio?	
1.( )	Nenhum(a)
2.( )	1
3.( )	2
4.( )	3
5. ( )	4 ou mais
11.4) Quantas geladeiras existem?	
1.( )	Nenhum(a)
2.( )	1
3.( )	2
4.( )	3

5. ( )	4 ou mais
11.5) Quantos freezers existem?	
1.( )	Nenhum(a)
2.( )	1
3.( )	2
4.( )	3
5. ( )	4 ou mais
11.6) Quantas máquinas de lavar roupa existem?	
1.( )	Nenhum(a)
2.( )	1
3.( )	2
4.( )	3
5. ( )	4 ou mais
11.7) Quantos fornos micro-ondas há?	
1.( )	Nenhum(a)
2.( )	1
3.( )	2
4.( )	3
5. ( )	4 ou mais
11.8) Quantos aparelhos de TV há?	
1.( )	Nenhum(a)
2.( )	1
3.( )	2
4.( )	3
5. ( )	4 ou mais
11.9) Quantos pontos de TV por assinatura há?	
1.( )	Nenhum(a)
2.( )	1
3.( )	2
4.( )	3
5. ( )	4 ou mais
11.10) Quantos computadores ou notebooks há?	
1.( )	Nenhum(a)
2.( )	1
3.( )	2
4.( )	3
5. ( )	4 ou mais
11.11) Quantos tablets existem?	
1.( )	Nenhum(a)
2.( )	1
3.( )	2
4.( )	3
5. ( )	4 ou mais
11.12) Quantos celulares existem no domicílio?	

1.( )	Nenhum(a)
2.( )	1
3.( )	2
4.( )	3
5. ( )	4 ou mais
11.13) Possui serviço de streaming?	
1.( )	Sim
2.( )	Não
11.14) Possui acesso à internet residencial?	
1.( )	Sim
2.( )	Não
11.15) Escolaridade do chefe do domicílio?	
1.( )	Analfabeto
2.( )	Ensino Fundamental
3.( )	Ensino Médio
4.( )	Superior Incompleto
5.( )	Superior Completo
11.16) Fonte principal de água?	
1.( )	Rede / Copasa
2.( )	Poço
3.( )	Pipa
4.( )	Outra
11.17) Forma de descarte do lixo.	
1.( )	Coleta
2.( )	Queima
3.( )	Enterra
4.( )	Joga fora
11.18) Qual o rendimento mensal do seu domicílio (ou seja, incluindo todas as pessoas que moram com você)?	
1.( )	Até 1 salário mínimo
2.( )	Mais de 1 até 2 salários mínimos
3.( )	Mais de 2 até 3 salários mínimos
4.( )	Mais de 3 até 5 salários mínimos
5.( )	Mais de 5 até 10 salários mínimos
6.( )	Mais de 10 salários mínimos
11.19) Quantas pessoas residem no seu domicílio? _____ pessoas	
QUESTÕES SOBRE SAÚDE E ANTROPOMETRIA	
12) Em geral, como você avalia a sua saúde?	
1.( )	Muito boa
2.( )	Boa
3.( )	Regular
4.( )	Ruim
5.( )	Muito ruim
6.( )	Não sei responder

13) Em geral, como você avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)	
1.( )	Muito Boa
2.( )	Boa
3.( )	Regular
4.( )	Ruim
5.( )	Muito ruim
6.( )	Não sei responder
14) Você sabe seu peso?	
1.( )	Sim
2.( )	Não - passe para a **Questão 15**
3.( )	Prefiro não responder
14.1) Peso - Informado (em kg) (3 inteiros e 1 casa decimal)	
1.( )	Quilogramas _____
2.( )	Prefiro não responder
15) Você sabe sua altura? (mesmo que seja valor aproximado)	
1.( )	Sim
2.( )	Não - passe para a **Questão 16**
3.( )	Prefiro não responder
15.1) Altura - Informada (em cm) (3 inteiros)	
1.( )	Centimetros _____
2.( )	Não sei responder
3.( )	Prefiro não responder
16) Algum médico já deu a você o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)?	
1.( )	Sim
2.( )	Não - passe para a **Questão 20**
3.( )	Não sei responder
17) Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma outra doença crônica no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)?	
1.( )	Sim
2.( )	Não
3.( )	Não sei responder
4.( )	Não aplicável
18) Algum médico já lhe deu o diagnóstico de asma (ou bronquite asmática)?	
1.( )	Sim
2.( )	Não
3.( )	Não sei responder
4.( )	Não aplicável
19) Algum médico ou profissional de saúde (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de doença mental, como transtorno depressivo, transtorno de ansiedade, síndrome do pânico, esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) etc?	
1.( )	Sim
2.( )	Não
3.( )	Não sei responder
4.( )	Não aplicável

20) Nas últimas duas semanas, com que frequência você se sentiu incomodado(a) pelos seguintes problemas?	
20.1) Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	
1.( )	Nenhuma vez
2.( )	Vários dias
3.( )	Mais da metade dos dias
4.( )	Quase todos os dias
20.2) Sentir-se para baixo, deprimido ou sem esperança	
1.( )	Nenhuma vez
2.( )	Vários dias
3.( )	Mais da metade dos dias
4.( )	Quase todos os dias
20.3) Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir demais	
1.( )	Nenhuma vez
2.( )	Vários dias
3.( )	Mais da metade dos dias
4.( )	Quase todos os dias
20.4) Sentir-se cansado ou com pouca energia	
1.( )	Nenhuma vez
2.( )	Vários dias
3.( )	Mais da metade dos dias
4.( )	Quase todos os dias
20.5) Falta de apetite ou comer em excesso	
1.( )	Nenhuma vez
2.( )	Vários dias
3.( )	Mais da metade dos dias
4.( )	Quase todos os dias
20.6) Sentir-se mal consigo mesmo – ou que você é um fracasso ou que decepcionou sua família	
1.( )	Nenhuma vez
2.( )	Vários dias
3.( )	Mais da metade dos dias
4.( )	Quase todos os dias
20.7) Dificuldade de concentração em atividades do dia a dia, como ler jornal ou assistir televisão	
1.( )	Nenhuma vez
2.( )	Vários dias
3.( )	Mais da metade dos dias
4.( )	Quase todos os dias
20.8) Lentidão para se mover ou falar (observada por outros) ou agitação incomum	
1.( )	Nenhuma vez
2.( )	Vários dias
3.( )	Mais da metade dos dias
4.( )	Quase todos os dias
20.9) Pensamentos de que seria melhor estar morto ou de se machucar de alguma forma	

1.( )	Nenhuma vez
2.( )	Vários dias
3.( )	Mais da metade dos dias
4.( )	Quase todos os dias
QUESTÕES SOBRE INTERAÇÕES SOCIAIS	
21) Com quantos familiares ou parentes você pode contar em momentos bons ou ruins?	
1.( )	Nenhum(a)
2.( )	Um
3.( )	Dois
4.( )	Três ou mais
22) Com quantos amigos próximos você pode contar em momentos bons ou ruins (Sem considerar os familiares ou parentes?	
1.( )	Nenhum(a)
2.( )	Um
3.( )	Dois
4.( )	Três ou mais
5.( )	Não aplicável
23) Nos últimos doze meses, com que frequência você se reuniu com outras pessoas para prática de atividades esportivas, exercícios físicos, recreativos ou artísticos?	
1.( )	Mais de uma vez por semana
2.( )	Uma vez por semana
3.( )	De 2 a 3 vezes por mês
4.( )	Algumas vezes no ano
5.( )	Uma vez no ano
6.( )	Nenhuma vez
24) Nos últimos doze meses, com que frequência você participou de reuniões de grupos como associações de moradores ou funcionários, movimentos sociais/comunitários, centros acadêmicos ou similares?	
1.( )	Mais de uma vez por semana
2.( )	Uma vez por semana
3.( )	De 2 a 3 vezes por mês
4.( )	Algumas vezes no ano
5.( )	Uma vez no ano
6.( )	Nenhuma vez
7.( )	Não aplicável
25) Nos últimos 12 meses, com que frequência você fez trabalho voluntário não remunerado?	
1.( )	Mais de uma vez por semana
2.( )	Uma vez por semana
3.( )	De 2 a 3 vezes por mês
4.( )	Algumas vezes no ano
5.( )	Uma vez no ano
6.( )	Nenhuma vez
7.( )	Não aplicável
26) Nos últimos doze meses, com que frequência você compareceu a atividades coletivas da sua religião ou de outra religião sem contar com situações como casamento, batizado, ou enterro)?	

1.( )	Mais de uma vez por semana
2.( )	Uma vez por semana
3.( )	De 2 a 3 vezes por mês
4.( )	Algumas vezes no ano
5.( )	Uma vez no ano
6.( )	Nenhuma vez
7.( )	Não aplicável
QUESTÕES SOBRE HÁBITOS DE VIDA	
27) Com que frequência você costuma consumir alguma bebida alcoólica?	
1.( )	Nunca - passe para a **questão 36**
2.( )	Mensalmente ou menos
3.( )	De 2 a 4 vezes por mês
4.( )	De 2 a 3 vezes por semana
5.( )	4 ou mais vezes por semana
28) Quantas doses de bebida alcoólica você costuma consumir em um dia típico em que bebe?	
1.( )	1 ou 2
2.( )	3 ou 4
3.( )	5 ou 6
4.( )	7, 8 ou 9
5.( )	10 ou mais
29) Com que frequência você consome 6 ou mais doses em uma única ocasião?	
1.( )	Nunca
2.( )	Menos de uma vez por mês
3.( )	Mensalmente
4.( )	Semanalmente
5.( )	Diariamente ou quase diariamente
30) Com que frequência, no último ano, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?	
1.( )	Nunca
2.( )	Menos de uma vez por mês
3.( )	Mensalmente
4.( )	Semanalmente
5.( )	Diariamente ou quase diariamente
31) Com que frequência, no último ano, você não conseguiu fazer o que era normalmente esperado de você por causa da bebida?	
1.( )	Nunca
2.( )	Menos de uma vez por mês
3.( )	Mensalmente
4.( )	Semanalmente
5.( )	Diariamente ou quase diariamente
32) Com que frequência, no último ano, você precisou de uma primeira dose de bebida pela manhã para se sentir bem após uma noite de consumo?	
1.( )	Nunca
2.( )	Menos de uma vez por mês
3.( )	Mensalmente
4.( )	Semanalmente

5.( )	Diariamente ou quase diariamente
33) Com que frequência, no último ano, você se sentiu culpado ou com remorso após beber?	
1.( )	Nunca
2.( )	Menos de uma vez por mês
3.( )	Mensalmente
4.( )	Semanalmente
5.( )	Diariamente ou quase diariamente
34) Com que frequência, no último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	
1.( )	Nunca
2.( )	Menos de uma vez por mês
3.( )	Mensalmente
4.( )	Semanalmente
5.( )	Diariamente ou quase diariamente
35) Você ou outra pessoa já se machucou por causa do seu consumo de bebida alcoólica?	
1.( )	Não
2.( )	Sim, mas não no último ano
3.( )	Sim, no último ano
35) Algum parente, amigo, médico ou profissional de saúde já demonstrou preocupação com seu consumo de álcool e sugeriu que você parasse?	
1.( )	Não
2.( )	Sim, mas não no último ano
3.( )	Sim, no último ano
36) Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?	
1.( )	Nunca
2.( )	Menos de uma vez por mês
3.( )	Mensalmente
4.( )	Semanalmente
5.( )	Diariamente ou quase diariamente
37) Com que frequência alguém fuma dentro do seu domicílio?	
1.( )	Diariamente
2.( )	Semanalmente
3.( )	Mensalmente
4.( )	Menos que mensalmente
5.( )	Nunca
6.( )	Prefiro não responder
QUESTÕES SOBRE HÁBITOS DE VIDA - TABAGISMO	
38) Você já ouviu falar em cigarros eletrônicos ou e-cigarros ou vaping?	
1.( )	Sim
2.( )	Não - passe para a **questão 40**
3.( )	Prefiro não responder
39) Onde ouviu falar / viu pela primeira vez o cigarro eletrônico? (marque apenas uma opção)	
1.( )	Baladas, festas, bares

2.( )	Internet, redes sociais (instagram, facebook, twitter etc), aplicativos de mensagens instantâneas (whatsapp, telegram etc)
3.( )	Por meio de amigos, familiares, Cônjuge / companheiro(a)
4.( )	TV
5. ( )	Nunca ouvi falar
6.( )	Outros (especifique):_____
7.( )	Não aplicável
40) Você acredita que cigarros eletrônicos são mais perigosos, igualmente perigosos ou menos perigosos para a saúde do que cigarros convencionais?	
1.( )	mais perigosos
2.( )	igualmente perigosos
3.( )	menos perigosos
4.( )	Não sei responder
41) Como você classifica o seu nível de conhecimento sobre o cigarro eletrônico?	
1.( )	Não conheço nada
2.( )	Baixo
3.( )	Médio
4.( )	Alto
42) Responda verdadeiro ou falso	
42.1) É permitido usar cigarros eletrônicos onde o cigarro convencional é proibido.	
1.( )	Verdadeiro
2.( )	Falso
3.( )	Não sei responder
42.2) O uso de cigarros eletrônicos pode ajudar as pessoas a pararem de fumar cigarros convencionais.	
1.( )	Verdadeiro
2.( )	Falso
3.( )	Não sei responder
42.3) Cigarros eletrônicos têm sabores agradáveis	
1.( )	Verdadeiro
2.( )	Falso
3.( )	Não sei responder
42.4) Cigarros eletrônicos não geram fumo passivo.	
1.( )	Verdadeiro
2.( )	Falso
3.( )	Não sei responder
42.5) Cigarros eletrônicos são mais baratos que cigarros convencionais?	
1.( )	Verdadeiro
2.( )	Falso
3.( )	Não sei responder
42.6) Cigarros eletrônicos não possuem substâncias cancerígenas na sua composição?	
1.( )	Verdadeiro
2.( )	Falso
3.( )	Não sei responder
42.7) Cigarros eletrônicos podem conter nicotina?	

1.( )	Verdadeiro
2.( )	Falso
3.( )	Não sei responder
43) Alguém já te ofereceu cigarro eletrônico?	
1.( )	Sim Se sim, quantas vezes? _____
2.( )	Não
3.( )	Prefiro não responder
44) Você conhece alguém que usou ou usa cigarro eletrônico?	
1.( )	Sim
2.( )	Não - passe para a **questão 45**
3.( )	Prefiro não responder
44.1) Se sim, quem?	
1.( )	Outro, especifique: _____
2.( )	Colega do curso de graduação
3.( )	Sim
4.( )	Não
5. ( )	Familiar
6.( )	Amigo de longa data
7.( )	Amigo recente ou colega fora da faculdade
8.( )	Vizinho
9.( )	Cônjuge / companheiro(a)
45) Você já usou um cigarro eletrônico alguma vez?	
1.( )	Sim
2.( )	Não - passe para a **questão 48**
3.( )	Prefiro não responder
46) Nos últimos 6 meses, você usou ou experimentou cigarro eletrônico?	
1.( )	Sim
2.( )	Não
3.( )	Prefiro não responder
47) Quando experimentou pela primeira vez o cigarro eletrônico?	
1.( )	Há _____ anos (para mais de 12 meses)
2.( )	Há _____ meses (para mais de 30 dias e menos que 12 meses)
3.( )	Há _____ dias (para menos de 30 dias)
4. ( )	Nunca experimentei
48) Atualmente, você fuma algum produto do tabaco?	
1.( )	Sim, diariamente - passe para a **questão 50**
2.( )	Sim, menos que diariamente - passe para a **questão 50**
3.( )	Não fumo atualmente
4.( )	Prefiro não responder
49) E no passado, você fumou algum produto do tabaco?	
1.( )	Sim, diariamente
2.( )	Sim, menos que diariamente
3.( )	Não, nunca fumei - **finalize o questionário**
4.( )	Prefiro não responder
50) Se sim, quantos anos você tinha quando começou a fumar, mesmo que ocasionalmente?	

1.( )	___ anos
2.( )	Prefiro não responder
3.( )	Não aplicável
51) Em média, quantos dos seguintes produtos você fuma por dia atualmente?	
51.1) Cigaros industrializados (não incluir cigarros de cravo ou Bali e cigarros indicados ou bidis)?	
1.( )	Quantos cigarros por dia _____
2.( )	Menos que 1 por dia, mas mais que 0 (zero) por semana ou mês
3.( )	Nenhum
4.( )	Não sei responder
51.2) Cigarros de palha ou cigarros enrolados a mão?	
1.( )	Quantos cigarros por dia _____
2.( )	Menos que 1 por dia, mas mais que 0 (zero) por semana ou mês
3.( )	Nenhum
4.( )	Não sei responder
51.3) Cigarros de cravo ou de Bali?	
1.( )	Quantos cigarros por dia _____
2.( )	Menos que 1 por dia, mas mais que 0 (zero) por semana ou mês
3.( )	Nenhum
4.( )	Não sei responder
51.4) Bidis ou cigarros indianos?	
1.( )	Quantos cigarros por dia _____
2.( )	Menos que 1 por dia, mas mais que 0 (zero) por semana ou mês
3.( )	Nenhum
4.( )	Não sei responder
51.5) Cachimbos (considere cachimbos cheios)?	
1.( )	Quantos cigarros por dia _____
2.( )	Menos que 1 por dia, mas mais que 0 (zero) por semana ou mês
3.( )	Nenhum
4.( )	Não sei responder
51.6) Charutos ou cigarrilhas?	
1.( )	Quantos cigarros por dia _____
2.( )	Menos que 1 por dia, mas mais que 0 (zero) por semana ou mês
3.( )	Nenhum
4.( )	Não sei responder
51.7) Cigarros eletrônicos?	
1.( )	Quantos (Puffs, tragadas ou baforadas) por dia _____
2.( )	Quantos (Puffs, tragadas ou baforadas) por Semana _____
3.( )	Menos que 1 por semana, mas mais que 0 (zero) mês
4.( )	Nenhum
5.( )	Não sei responder
51.8) Outros dispositivos eletrônicos para fumar?	
1.( )	Quantos (Puffs, tragadas ou baforadas) por dia _____
2.( )	Quantos (Puffs, tragadas ou baforadas) por Semana _____
3.( )	Menos que 1 por semana, mas mais que 0 (zero) mês
4.( )	Nenhum

5.( )	Não sei responder

RESILIÊNCIA ORGANIZACIONAL PERIFÉRICA NO SUS: HISTÓRIA ORAL, MEMÓRIA INSTITUCIONAL E INOVAÇÃO SITUADA NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA DE MINAS GERAIS

Maria Carolina Fóscolo Gomes; Graduanda em História; Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Beatriz Alemão Monteiro; Graduanda em Ciências Sociais; Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: A história recente da saúde pública brasileira tem sido marcada por crises sanitárias recorrentes, em que o Sistema Único de Saúde (SUS) se colocou como principal estrutura de enfrentamento. Nesse contexto, hospitais periféricos adquiriram protagonismo silencioso ao absorver demandas emergenciais, reinventando-se frente à precariedade e produzindo práticas inovadoras. O Hospital Eduardo de Menezes (HEM), localizado em Belo Horizonte e referência em infectologia em Minas Gerais, constitui exemplo singular dessa trajetória. Criado em meados do século XX, o HEM se consolidou, entre 1980 e 2020, como instituição fundamental no enfrentamento de epidemias e crises sanitárias, desde a chegada do HIV/AIDS até a pandemia de COVID-19. A análise de sua trajetória é relevante para os estudos em Política, Planejamento e Avaliação em Saúde porque ilumina as formas pelas quais a resiliência organizacional se constrói em contextos periféricos, ampliando o debate sobre o fortalecimento do SUS e revelando práticas frequentemente invisibilizadas pelas abordagens tradicionais de gestão hospitalar. **Objetivo:** O estudo tem como objetivo principal compreender os processos de construção da resiliência organizacional periférica do HEM ao longo de quatro décadas de enfrentamento de epidemias. De forma específica, buscou-se: a) identificar como práticas cotidianas e improvisos diante de restrições estruturais foram convertidos em rotinas organizacionais; b) analisar a relação entre memória institucional e inovação situada no hospital; c) avaliar o papel do HEM como ator estratégico no planejamento e resposta a crises sanitárias em Minas Gerais; d) discutir como tais experiências oferecem subsídios para a avaliação e o fortalecimento do SUS em contextos de vulnerabilidade. **Referencial:** A pesquisa se ancora em referenciais interdisciplinares que articulam estudos organizacionais, história da saúde pública e epistemologias da memória. Michel de Certeau (1994) fornece a chave para compreender as táticas do cotidiano como astúcias criadas em

meio a restrições, que permitem às instituições subverter a lógica da falta em direção à invenção. A noção foucaultiana de biopolítica (Foucault, 2008) e o conceito de necropolítica de Mbembe (2018) ajudam a interpretar como o hospital atuou em um cenário de disputas sobre a gestão da vida e da morte em crises sanitárias. A memória institucional é abordada a partir de Halbwachs (2006) e Connerton (1993), que destacam a importância das lembranças coletivas e dos hábitos incorporados na construção da continuidade institucional. Por fim, o conceito de gestão ordinária (Carrieri et al., 2014) contribui para analisar como práticas aparentemente menores e improvisadas se consolidam como estratégias legítimas de organização e cuidado. A articulação desses referenciais permite conceituar a "resiliência organizacional periférica" como resultado da interação entre improviso, memória prática e cuidado em saúde, desafiando a visão que associa inovação apenas a recursos tecnológicos e estabilidade institucional. **Metodologia?** O estudo adota uma abordagem qualitativa de base interpretativa, fundamentada na história oral e na análise documental. Foram realizadas 50 entrevistas narrativas com profissionais de diferentes áreas do HEM (gestores, médicos, enfermeiros, técnicos e funcionários administrativos), no período de maio de 2023 a abril de 2024. Os participantes foram selecionados por amostragem intencional e teórica, buscando diversidade de trajetórias e perspectivas. As entrevistas, com duração média de 50 minutos, foram gravadas, transcritas e organizadas em um corpus de 719 laudas. Além disso, foram analisados documentos oficiais do hospital, reportagens da imprensa e registros de políticas públicas relacionadas às epidemias. O procedimento analítico consistiu em leitura exaustiva, categorização temática e interpretação à luz do referencial teórico. Inspirados em Certeau, tratamos as narrativas como espaços de produção de sentido, em que a memória se articula às práticas institucionais. A triangulação entre fontes orais e documentais garantiu robustez interpretativa. A trajetória do HEM evidencia quatro momentos críticos que estruturaram sua resiliência organizacional. **Resultados:** O primeiro corresponde à epidemia de HIV/AIDS, na década de 1980, quando o hospital se consolidou como espaço de cuidado especializado, acolhendo pacientes marginalizados e enfrentando estigmas sociais. Nesse período, a ausência de protocolos formais e a escassez de recursos levaram os profissionais a criar soluções improvisadas, como a adaptação de leitos, a incorporação de práticas de cuidado paliativo e a formação de redes informais de apoio comunitário. Essas astúcias configuraram a base de uma memória prática que orientaria respostas posteriores. O segundo momento, a pandemia de H1N1 em 2009, representou a inauguração de uma dinâmica de resposta rápida a emergências. O hospital foi chamado pela Secretaria Estadual de Saúde para assumir a linha de frente, e sua atuação revelou a capacidade de transformar improvisos em protocolos

institucionais. Práticas emergenciais, como fluxos diferenciados de atendimento e ampliação provisória de leitos, foram internalizadas e reaplicadas em crises subsequentes. O terceiro momento, o surto de febre amarela entre 2017 e 2018, reafirmou o papel do HEM como referência estadual, exigindo a rearticulação das redes de cuidado e testando novamente sua capacidade de adaptação. Nesse contexto, a memória institucional acumulada desde o HIV/AIDS e a H1N1 permitiu respostas mais céleres e articuladas. O quarto e mais desafiador momento foi a pandemia de COVID-19, em que o hospital se destacou na linha de frente contra a maior crise sanitária recente. A experiência acumulada em crises anteriores permitiu ao HEM responder com agilidade, reorganizando fluxos, ampliando parcerias e desenvolvendo práticas inovadoras de cuidado. A análise das narrativas evidencia que a resiliência não derivou da estabilidade de recursos, mas da capacidade de reinvenção frente à precariedade. Os profissionais destacaram que improvisos criados em situações de urgência se transformaram em rotinas consolidadas, constituindo uma memória prática institucional. Essa memória orientou ações futuras, permitindo que o hospital antecipasse demandas, planejasse respostas mais eficazes e articulasse redes de cooperação com outros serviços de saúde. A inovação situada no HEM não se expressou por tecnologias sofisticadas, mas pela criatividade cotidiana na gestão de recursos escassos, pela solidariedade entre equipes e pelo compromisso ético com o cuidado. Do ponto de vista do planejamento e da avaliação em saúde, o caso do HEM mostra que práticas invisibilizadas pela gestão tradicional podem constituir elementos centrais para a sustentabilidade do SUS. Avaliar políticas públicas sem considerar tais dimensões históricas e institucionais significa perder de vista a complexidade real do funcionamento dos serviços de saúde. **Considerações finais:** O estudo demonstra que a resiliência organizacional periférica do HEM resulta da articulação entre improviso, memória e cuidado. Essa combinação permitiu que o hospital transformasse experiências dolorosas em acúmulo institucional, respondendo de forma criativa a crises sucessivas. Do ponto de vista teórico, a pesquisa contribui para os Estudos Organizacionais e para a historiografia da saúde pública ao evidenciar que inovação não é privilégio de centros hegemônicos, mas também se constrói em instituições periféricas por meio de práticas cotidianas. Do ponto de vista prático, oferece pistas concretas para o fortalecimento do SUS: valorizar a memória institucional, legitimar as táticas cotidianas dos trabalhadores e incorporar a inovação situada no planejamento e avaliação das políticas de saúde. Ao iluminar o caso do HEM, este estudo contribui para ampliar a compreensão sobre como hospitais periféricos podem ser atores estratégicos na construção de sistemas de saúde mais resilientes e inclusivos. Agradecemos ao Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico (CNPq) pelo financiamento a pesquisa e

a Universidade Federal de Minas Gerais por toda estrutura e suporte que possibilitaram a execução do projeto. Ao Hospital Eduardo de Menezes, ao Sistema Único de Saúde e a Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG) pela participação com seus entrevistados e abertura a nossa pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas de saúde; Planejamento em saúde; Resiliência organizacional; História oral

REFERÊNCIAS

CARRIERI, A. de P. et al. Gestão ordinária: práticas cotidianas e produção de sentido. Revista de Administração de Empresas, v. 54, n. 2, p. 129-141, 2014.
CERTEAU, M. de. A invenção do cotidiano: artes de fazer. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
CONNERTON, P. Como as sociedades recordam. Lisboa: Celta, 1993.
FOUCAULT, M. O nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
HALBWACHS, M. A memória coletiva. São Paulo: Centauro, 2006.
MBEMBE, A. Necropolítica. São Paulo: n-1 edições, 2018.

ROTEIRO OBJETIVO DE INSPEÇÃO (ROI) SERVIÇO DE VACINAÇÃO: ANÁLISE DE USOS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Cristiane Carla Correia Nogueira; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Doane Martins da Silva; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Wanessa Debôrtoli de Miranda; Doutora; Departamento de Gestão em Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: Os programas de imunização têm desempenhado papel importante no controle, erradicação e redução da morbimortalidade ao longo do tempo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece os programas de imunização como uma prioridade da Agenda Global de Imunização 2030, estabelecendo como metas, dentre outras, o alcance de, no mínimo, 90% de cobertura vacinal para todas as vacinas essenciais administradas na infância e adolescência, bem como a redução em 50% do número de crianças com esquemas vacinais incompletos até o ano de 2030 (WHO, 2021). No Brasil, o Programa Nacional de Imunização (PNI) é considerado, mundialmente, como uma intervenção relevante e de forte impacto na redução, eliminação e erradicação de doenças imunopreveníveis (Pércio, 2023). A sala de vacinação é classificada como uma área semicrítica, demandando o aprimoramento contínuo das condições estruturais e da gestão dos serviços de saúde oferecidos à população (Teixeira *et al*., 2021). Um estudo identificou que, em grande parte dos municípios da macrorregião de saúde Oeste do estado de Minas Gerais, algumas atividades e parâmetros definidos pelo PNI não estavam em conformidade com as normas estabelecidas. Foram observadas deficiências como a ausência ou insuficiência de geradores de energia elétrica, câmaras refrigeradas sem baterias em condições de uso para situações de falta de energia, bem como a inexistência de equipamentos adequados para o armazenamento seguro de imunobiológicos (Amaral et al., 2021). Para tentar superar tais desafios, 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 o preenchimento do ROI Serviço de Vacinação de acordo com as Unidades Regionais de Saúde (URS) do estado e o percentual de conformidade dos indicadores em 2023, no primeiro ano de implantação da ferramenta. **Referencial Teórico:** O sucesso do processo de vacinação necessita da observância das condições de fabricação, transporte, armazenamento, preparo, administração correta, capacitação dos profissionais, registro das doses, descarte correto dos resíduos, dentre outros (Teixeira *et al.*, 2021; Amaral *et al*., 2021). A preocupação com os riscos inerentes das salas de vacinação faz parte do cotidiano das gestões nacional, estadual e local. 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 MS 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, a Anvisa, desde 2019, por meio do Projeto Nacional de Harmonização das Ações de Inspeção

Sanitária em Serviços de Saúde e de Interesse para a Saúde, vem implementado ferramentas com a utilização do Modelo de Avaliação de Risco Potencial (MARP®), cujo objetivo é 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). Em dezembro de 2022, Anvisa harmonizou um ROI para o Serviço de Vacinação, utilizando o MARP® (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021a), constituído por indicadores classificados como críticos e não-críticos, a depender da gravidade e do risco associado. Além disso, é formulado a partir da legislação sanitária (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021b). **Método:** Trata-se de um recorte dos dados produzidos no contexto de estudo avaliativo de análise da implantação de intervenção em saúde em que foi utilizado como referencial teórico a análise de implantação tipo 1a, proposta por Champagne *et al*. (2011), e como referencial metodológico o estudo de caso (Yin, 2015), realizado entre janeiro de 2023 e abril de 2024. Explorou-se informações do Power BI da Anvisa avaliando-se a taxa de preenchimento do ROI Serviço de Vacinação de acordo com as Unidades Regionais de Saúde (URS) do estado e o percentual de conformidade dos indicadores em 2023, o primeiro ano de implantação da ferramenta. A Vigilância Sanitária do Estado está estruturada em uma Superintendência de Vigilância Sanitária sendo parte integrante da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). A SES-MG conta com nove GRS e dezenove Superintendências Regionais de Saúde (SRS), totalizando 28 URS. A análise a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) permiti identificar 4622 salas de vacinação, distribuídas nas diferentes URS do estado de MG, que conta com um total de aproximadamente de 1508 fiscais sanitários, porém o número de fiscais que inspecionam apenas sala de vacinação é desconhecido. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Minas Gerais. **Resultados e discussão**: O estado de MG teve no primeiro ano (de janeiro de 2023 a dezembro de 2023) de implantação da intervenção um preenchimento de 1.297 ROI Serviço de vacinação. Um marco importante representando 96% dos ROI Serviço de Vacinação aplicados em todo território nacional. Houve preenchimento em todas as 28 regionais de saúde do estado, com significativas variações regionais, com percentuais que variaram de 1,00% a 14,00% de ROI preenchidos. A análise do ROI indicou que 55,46% das salas de vacinação fiscalizadas foram classificadas como risco tolerável, 24,47% como risco aceitável e 20,07% como risco inaceitável. Dos 11 indicadores de estrutura presentes no ROI, 5 são classificados como críticos. Dentre os indicadores com melhor desempenho estão a presença de profissional legalmente habilitado para vacinação, disponibilidade e uso de equipamentos de proteção individual e aviso do calendário de vacinação, com 94,99%, 87,96% e 85,67% de conformidade, respectivamente. Já os indicadores com pior desempenho foram a presença de alvará sanitário, com 32,53%, presença de Projeto Básico de Arquitetura, com 41,01%, e presença de Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, com 54,86% de conformidade. Quanto aos 12 indicadores de processo, 6 são classificados como críticos. Os indicadores com maiores percentuais de conformidade foram: registro de informações no cartão de vacinação, registros em prontuários e notificação de eventos adversos ou erros de vacinação com investigação, com 97,30%, 95,75% e 91,37% de conformidade, respectivamente. Com pior desempenho, estão os seguintes indicadores: Núcleo de Segurança do Paciente com 22,83% e manutenção da estrutura física, com 31,10% de conformidade. **Conclusão:** O estudo revelou que MG obteve uma experiência exitosa, destacando-se no cenário nacional como a unidade federativa com o maior número de ROI Salas de Vacinação preenchidos ao longo do ano de 2023. Outro ponto de destaque nos achados do estudo refere-se à evidência de uma articulação eficaz entre as regionais de saúde do estado de MG, que atuaram de forma coordenada na implementação do ROI. Embora tenham sido observadas variações relevantes quanto à frequência de utilização da ferramenta entre as distintas regionais, constatou-se que todas a incorporaram em suas práticas, o que denota um

esforço conjunto em prol da consolidação do instrumento. Os resultados também reforçam a necessidade premente de adequação dos serviços de vacinação às normativas sanitárias vigentes, evidenciando a importância da adoção de medidas que assegurem a segurança e a qualidade do processo vacinal. Entre os pontos críticos identificados, destacam-se a ausência do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), deficiências na manutenção da estrutura física e a inexistência de alvará sanitário específico para a atividade de vacinação. A identificação dessas fragilidades representa um subsídio valioso para a tomada de decisão por parte do poder público, uma vez que possibilita a racionalização dos processos de trabalho da Vigilância Sanitária e orienta a realização de intervenções mais precisas e efetivas.

PALAVRAS-CHAVE: Programas de imunização; Vacinação; Vigilância sanitária; Serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Guia para aplicação do Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI) em serviços de Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI Adulto)** – Guia nº 45/2021. Brasília, DF: ANVISA, 2021a.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025**. Brasília, DF: ANVISA, 2021b.

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 Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 3, p. 1-10, mar. 2021.

CHAMPAGNE, A. *et al*. A Análise de Implantação. *In*: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. (org.) **Avaliação em** saúde: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 217-238.

PÉRCIO, J. *et al*.. 50 years of the Brazilian National Immunization Program and the Immunization Agenda 2030. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 32, n. 3, p. 1-4, mar. 2023.

TEIXEIRA, T. B. C. *et al.* Assessment of patient safety in vaccination rooms. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, n. 1, p. 1-14, jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementing the Immunization Agenda 2030**: a framework for action through coordinated planning, monitoring & evaluation, ownership & accountability, and communications & advocacy *[Internet]*. [Geneva]: World Health Organization, 2021. 32 p. Disponível em: https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030. Acesso em: 18 set. 2025.

YIN, R. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2015.

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: AÇÕES DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE MINAS GERAIS

Cintia da Silva Marcelino Nunes; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais.

Maria Odete Pereira; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: O trabalho é um determinante social do processo saúde-doença. Assim, para o cuidado integral à saúde mental, os riscos psicossociais relacionados ao trabalho precisam ser considerados. O trabalho como fator contributivo para os problemas de saúde mental, se dá a partir de vários aspectos: exposição a determinados agentes tóxicos, como manganês, mercúrio, chumbo, solventes orgânicos; sequela de acidente de trabalho com traumatismo cranioencefálico; gestão organizacional; características das relações sociais no trabalho; interação pessoa-tarefa; assédio moral, sexual e psicológico; jornada de trabalho; conteúdo das tarefas de trabalho; condições do ambiente de trabalho; desemprego (Brasil, 2024c). A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) enquanto política pública do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece que sejam consideradas nas ações em saúde, em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), as circunstâncias nas quais as atividades de trabalho são realizadas e as possíveis relações com o processo de adoecimento (BRASIL, 2012). O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) é um serviço da atenção especializada, atua como centro articulador e organizador das ações em saúde do trabalhador na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (RENASTT) e consiste na estratégia prioritária para a implementação da PNSTT(BRASIL, 2009). **Objetivo:** O objetivo geral deste estudo foi descrever as ações em saúde mental e trabalho implementadas pelos CERESTs de Minas Gerais, e analisar se atendem aos objetivos da PNSTT. **Referencial teórico:** Para a compreensão dos problemas de saúde mental, considerando que eles têm múltiplas causas, é importante uma visão ampliada do processo saúde-doença, o que implica reconhecer que são resultantes da complexa relação entre os fatores biológicos, sociais e subjetivos (CFP, 2022). Neste sentido, o que se coloca aqui não é considerar a relação trabalho-adoecimento mental em uma relação de causalidade linear, apesar de poder, sim, ocorrer em alguns casos. Mas, considerar principalmente a etiologia múltipla dos adoecimentos mentais e, entre as causas, incluir o trabalho. O Ministério da Saúde (MS) reconhece 32 transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho incluídos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). A LDRT serve como fundamento teórico para facilitar a investigação diagnóstica da relação entre o adoecimento e o trabalho e assim, criar projetos terapêuticos que promovam a saúde. Tem também o potencial de orientar as ações de vigilância em saúde do trabalhador, indicando o perfil epidemiológico da morbimortalidade relacionada ao trabalho e assim, promovendo a saúde da coletividade (Brasil, 2023a). Para o cuidado à saúde mental dos trabalhadores, é indicado que os empregadores adotem estratégias como: promover oportunidade de diálogo que permita aos trabalhadores falarem acerca das suas percepções e sentimento em relação ao trabalho; estabelecer estratégias para identificar sinais e sintomas de ansiedade, depressão, uso abusivo de substâncias psicoativas, álcool e outras drogas; combater a discriminação e o assédio moral e sexual; ofertar assistência por meio de suporte psicológico e outras práticas integrativas complementares. Mas isso não exclui a

necessidade do empregador de realizar as intervenções no ambiente de trabalho para a promoção de uma área profissional saudável. **Método:** Consistiu em uma pesquisa de abordagem qualitativa, com finalidade exploratória e o método utilizado foi o de estudo de casos múltiplos. As unidades de análises foram 18 CERESTs e o estudo contou com 21 participantes. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas (mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE), online e gravadas pela plataforma Google Meet. A transcrição foi realizada pela ferramenta FireFlies e o software MAXQDA® foi utilizado para auxiliar na análise dos dados. Para a interpretação dos dados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos. **Resultados e discussão:** Destacam-se os seguintes resultados: a) os CERESTs oferecem assistência psicológica direta aos trabalhadores, no entanto a pesquisa revela divergências no entendimento do papel do serviço no cuidado assistencial em saúde mental; b) os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se apresentam insuficientes na oferta de atendimento aos sofrimentos emocionais e adoecimentos mentais relacionados ao trabalho; c) a vigilância epidemiológica dos sofrimentos emocionais e transtornos mentais relacionados ao trabalho é uma rotina implementada pelos CERESTs; d) a Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho (VAPT) para avaliar os riscos psicossociais é desafiadora devido à invisibilidade dos fatores e condições de risco, tornando difícil identificá-los durante a inspeção in loco, e pela falta de capacitação da equipe técnica; e) existe a necessidade de aumentar a integração entre os profissionais do CEREST, incluindo as(os) psicólogas(os) nas atividades de VAPT. **Conclusões:** A análise dos resultados mostra que os objetivos da pesquisa foram alcançados. Foi possível identificar quais são e como são realizadas, pelos CERESTs de Minas Gerais, as ações de VISAT, de assistência psicológica e de apoio técnico- pedagógico, frente às demandas de saúde mental e trabalho. A atuação dos CERESTs de Minas Gerais alinha-se com a PNSTT e fortalece o papel do SUS na execução das ações de saúde do trabalhador. Os CERESTs atuam como retaguarda para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), porém identifica-se a necessidade de fortalecer a integração das ações de saúde do trabalhador na atenção primária, por meio da ampliação das ações de apoio matricial e educação permanente. A ausência de uma diretriz nacional específica sobre como devem ser as ações em saúde mental e trabalho no CEREST resulta em práticas variadas e disparidades no cuidado ao(à) trabalhador(a). O estudo revelou a indefinição do papel do CEREST na assistência direta ao(à) trabalhador(a), o que gera insegurança para a(os) psicólogas(os) e variação nos modelos de atendimento. Enquanto alguns profissionais veem sentido em realizar atendimentos clínicos mais prolongados, outros os consideram incompatíveis com a lógica de vigilância. Ademais, as(os) psicólogas(os) dos CERESTs precisam lidar com questões éticas e manter o tratamento de casos que apresentam maior gravidade. Assim, espera-se que os resultados desta pesquisa subsidiem o Ministério da Saúde na discussão e formulação de diretrizes a respeito da prática assistencial nos CERESTs, apontando os limites e as possibilidades. A PNSTT estabelece que os CERESTs devem desenvolver práticas de educação permanente em saúde do trabalhador para fortalecer a capacidade da rede SUS em identificar, notificar e intervir nos agravos e doenças relacionados ao trabalho. A pesquisa mostrou que existem boas práticas sendo realizadas pelos CERESTs de Minas Gerais, mas, em relação à temática SMT, ainda são pontuais e sem regularidade. A pesquisa reiterou o papel dos CERESTs na efetivação da PNSTT. Por isso, é indispensável a habilitação de novos CERESTs em Minas Gerais, pela gestão nacional da RENASTT, para ampliar a cobertura de municípios com CEREST Regional. Minas Gerais precisa ter 71 novos CERESTs para ter um por microrregião de saúde, conforme propõe o Conselho Nacional de Saúde. Diante da complexidade que reside de dar respostas às necessidades de saúde mental dos(as) trabalhadores(as), a atuação do CEREST Estadual como apoio estratégico, promovendo a integração entre os CERESTs de MG, é fundamental, tanto para ampliar a atuação destes

serviços, como para diminuir as disparidades entre eles. O estudo indicou algumas questões que precisam ser discutidas junto à Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, como: a inclusão o termo sofrimento emocional, na ficha de notificação de TMRT no SINAN e na portaria que regulamenta a notificação; a inclusão de um campo para sinalizar a classificação de Schilling (I, II ou III) para registrar qual o tipo de relação entre o trabalho e o sofrimento/adoecimento; elaboração, em parceria com o Conselho Federal de Psicologia, de uma nota técnica orientadora para a realização de notificação no SINAN; promoção de um espaço para discutir acerca do papel do CEREST Regional e Municipal na assistência ao trabalhador. Por fim, a pesquisa aponta que atuação dos CERESTs de Minas Gerais é heterogênea, mas converge para objetivos comuns, que incluem: oferecer ações de suporte em saúde mental aos(as) trabalhadores(as); atuar na perspectiva da vigilância em saúde do trabalhador e desenvolver ações junto aos trabalhadores da saúde para integrar as ações de saúde do trabalhador na Rede de Atenção à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental; sistema único de saúde; vigilância em saúde do trabalhador; doenças profissionais.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*: seção 1. Brasília, DF, ano, n. 148, 165, p. 46-51, 24 ago. 2012.

BRASIL. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 216, p. 76- 78, 12 nov. 2009b.

BRASIL. Portaria GM/MS, nº 1.999, de 27 de novembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017 para atualizar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). *Diário Oficial da União*: seção 1.

Brasília, DF, ano 161, n. 226, p. 99-127, 29 nov. 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância em saúde.* 6. ed. v. 3 Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências Técnicas para a atuação de psicólogas (os) no CAPS*. Brasília: CFP, 2022a. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/07/crepop_CAPS_web.pdf. Acesso em: 28 jun. 2024.