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

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

Gestão em saúde: inovação e políticas públicas

Belo Horizonte, 11 e 12 de Novembro de 2024

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

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

Gestão em saúde: inovação e políticas públicas

Belo Horizonte, 11 e 12 de Novembro de 2024
ISSN: 2764-3816

Apoio:

Realização:

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

Apresentação

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

Em sua quarta edição teve como tema "**Gestão em saúde: inovação e políticas públicas**". O evento online aconteceu nos dias 11 e 12 de novembro de 2024 na modalidade on-line.

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

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

Os Anais também estão disponíveis no link: https://www.even3.com.br/v-seminario-da-pos-graduacao-em-gestao-de-servicos-de-saude-463894/

ISSN 2764-3816

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

AN532 Anais do V Seminário da Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. Anais...Belo Horizonte (MG) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2024

Disponível em: https://www.even3.com.br/v-seminario-da-pos-graduacao-em-gestao-de-servicos-de-saude-463894/

ISBN: 978-65-272-0264-6

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

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

CDD - 370

COORDENAÇÃO GERAL
Mirela Castro Santos Camargos
Doane Martins da Silva

COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO
Mirela Castro Santos Camargos
Priscila Faria de Oliveira
Rafael de Jesus da Paz

COMISSÃO FOMENTO
Karla Rona da Silva
Patrícia Aguiar de Oliveira Soares
Priscila Faria de Oliveira

COMISSÃO CIENTÍFICA
Adriane Vieira
Maria Clara Rodrigues de Paula
Patrícia Lourdes Silva

COMISSÃO DE APOIO
Karla Rona da Silva
Ana Luiza Morais Miranda
Camilla Stephane Oliveira Silva
Driele Davi do Carmo
Fernanda Gonçalves de Souza
Isabela Oliveira Silva
Julia Matos Martins
Leidiane da Costa Faria
Natany de Oliveira Pazini
Paulo André Alves Nascimento
Shirlei Moreira da Costa Faria
Thaís Vieira e Silva
Vitória Moreira Gonçalves
Vitor Rocha da Silva
Victor Gutemberg Mendes Ferraz

Periodicidade da publicação
Anual
Idiomas
Português
Editor
Even3 - R. Sen. José Henrique, 231 - Sala 509 - Ilha do Leite, Recife - PE

Responsável

Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
Tel.: (31) 3409-9878
e-mail: colposgss@enf.ufmg.br

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

RELAÇÃO DE ARTIGOS POR EIXO TEMÁTICO

1ª SESSÃO – EIXO TEMÁTICO POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE – SALA 1
SEGUNDA - FEIRA – 11/11/2024 – 19 às 21

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE NO CICLO 2016-2020
2	PRINCIPAIS ERROS NO PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE: UM OLHAR DA AUDITORIA EM SAÚDE
3	A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE
4	COBERTURA VACINAL INFANTIL NO BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO, 2011 A 2022
5	POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL ENTRE 2013 E 2023: DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM SUA EXECUÇÃO

2ª SESSÃO - EIXO TEMÁTICO POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE – SALA 3
SEGUNDA -FEIRA – 11/11/2024 – 20h30 as 21h30

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DE BETIM (MG)
2	ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA
3	CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA
4	EQUIDADE EM SAÚDE: ABORDANDO AS BARREIRAS NO ACESSO À ASSISTÊNCIA PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
5	ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA COM BASE NOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE (MG)

1ª SESSÃO - EIXO TEMÁTICO TECNOLOGIAS GERENCIAIS EM SAÚDE – SALA 2
SEGUNDA-FEIRA – 11/11/2024 – 19 às 21

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	A INFLUÊNCIA DA TELEMEDICINA NO SEGMENTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: DESAFIOS E BENEFICIOS DA INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA
2	OS BENEFÍCIOS DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE PARA OS STAKEHOLDERS NA ATENÇÃO À SAÚDE
3	COMPREENSÃO DOS GESTORES DE SAÚDE SOBRE O CONSTRUTO DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS
4	FEEDBACKS EM AMBIENTES VIRTUAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIAS NO CURSO TÉCNICO DE FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DE COMBATE A ENDEMIAS DO PROJETO SAÚDE COM AGENTE
5	O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NA GESTÃO DE RESÍDUOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA
6	ANÁLISE DA APLICAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN HEALTHCARE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE: IMPACTOS PARA O SERVIÇO DE SAÚDE

RELAÇÃO DE RESUMOS EXPANDIDO POR EIXO TEMÁTICO E POR SALA

1ª SESSÃO - EIXO TEMÁTICO POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE – SALA 1
TERÇA-FEIRA – 12/11/2024 – 19 às 20h20

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	O COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO À MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL E SUA RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS
2	CONSULTA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA COM O USO DA FERRAMENTA ULTRASSONOGRÁFICA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE UMA PRÁTICA INOVADORA NA PERSPECTIVA DA PESSOA GESTANTE
3	GESTÃO DA INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES COM LESÕES POR PRESSÃO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS
4	PERFIL DE CONSUMO E CUSTOS DE CURATIVOS UTILIZADOS EM PACIENTES COM LESÕES POR PRESSÃO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS
5	DESAFIOS NA GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E POTENCIAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

2ª SESSÃO - EIXO TEMÁTICO POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE – SALA 2
TERÇA-FEIRA – 12/11/2024 – 19 às 20h20

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	ASSOCIAÇÃO DO RISCO SANITÁRIO COM A NATUREZA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS
2	TABAGISMO EM ADULTOS JOVENS BRASILEIROS
3	HOSPITAL DE CAMPANHA: ESTRUTURA EMERGENCIAL APLICADA NA EPIDEMIA DE ARBOVIROSES EM BELO HORIZONTE
4	EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL DE BELO HORIZONTE ENTRE 2019 E 2023
5	PERCURSO METODOLOGICO DA CONSTRUÇÃO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO 2024 – 2024 DE UM HOSPITAL UNIVERSITARIO MINEIRO

3ª SESSÃO - EIXO TEMÁTICO POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE – SALA 3
TERÇA-FEIRA – 12/11/2024 – 20h30 as 22h00

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	QUALIDADE DE VIDA E ESTRESSE NOS DOCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PRIVADA
2	ANÁLISE DE TRAUMAS EM SERVIÇO POLICIAL MILITAR NO ESTADO DE MINAS GERAIS: IMPORTÂNCIA DO MONITORAMENTO CONTÍNUO DE INDICADORES DE SAÚDE OCUPACIONAL
3	DESAFIOS DA DIVERSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE EXTENSÃO VINCULADAS AO “PROJETO CUIDAR”
4	AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM MINAS GERAIS SOB A PERSPECTIVA DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE

1ª SESSÃO – EIXO TEMÁTICO: TECNOLOGIAS GERENCIAIS EM SAÚDE – SALA 4
TERÇA-FEIRA – 12/11/2024 – 19 às 20h20

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	O USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA
2	SOFTWARE DE GEOLOCALIZAÇÃO EM CAMPANHAS DE VACINAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
3	USO DE DADOS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19
4	A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA MOBILE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA OTIMIZAÇÃO E EFICIÊNCIA NO FLUXO DE VIA RÁPIDA

2ª SESSÃO - EIXO TEMÁTICO: TECNOLOGIAS GERENCIAIS EM SAÚDE – SALA 5
TERÇA-FEIRA – 12/11/2024 – 19 às 20h20

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	EFEITOS DA CRIAÇÃO DO SETOR DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E DA UTILIZAÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS NOS NÍVEIS DE ADESÃO AOS TREINAMENTOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE EXTRA PORTE EM BELO HORIZONTE.
2	VIVÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE POR GRADUANDOS DE ENFERMAGEM E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA
3	A PESQUISA-AÇÃO INSTITUCIONAL COMO ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM ENFERMAGEM
4	ANÁLISE DE ENGAJAMENTO E DESEMPENHO EM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (EAD) USANDO INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: UM ESTUDO DE CASO
5	MONITORAMENTO ACADÊMICO NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: UMA ABORDAGEM CENTRADA NO ESTUDANTE

3ª SESSÃO - EIXO TEMÁTICO: TECNOLOGIAS GERENCIAIS EM SAÚDE – SALA 6
TERÇA-FEIRA – 12/11/2024 – 20h30 as 22h00

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E SEUS IMPACTOS EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS
2	IMPACTOS NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS COM A IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE BELO
3	RELATO DE EXPERIÊNCIA: CRIAÇÃO DO TIME DE PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA
4	CÍRCULOS DE CULTURA: POTENTE FERRAMENTA PARA A PADRONIZAÇÃO DO CUIDADO NA TERAPIA INTENSIVA
5	SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA PSIQUIATRIA: ANÁLISE INSTITUCIONAL DA PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

4ª SESSÃO - EIXO TEMÁTICO: TECNOLOGIAS GERENCIAIS EM SAÚDE – SALA 7
TERÇA-FEIRA – 12/11/2024 – 20h30 as 22h00

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	ATUAÇÃO GERENCIAL DE ENFERMAGEM EM UM AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO AO IDOSO COM ELEVADO NÍVEL DE ABSENTEÍSMO: RELATO DE EXPERIÊNCIA
2	IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CUSTOS EM HOSPITAIS DO ESTADO DE MINAS GERAIS VINCULADOS AO PROJETO OTIMIZASUS
3	GESTÃO DA TERCEIRIZAÇÃO ADMINISTRATIVA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: SUPERANDO DESAFIOS EM UNIDADES ASSISTENCIAIS
4	APLICABILDADE DA METODOLOGIA LEAN MANUFACTURING EM UMA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO CENTRALIZADA: RELATO DE EXPERIÊNCIA
5	DESAFIOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CENÁRIOS DE EPIDEMIAS E PANDEMIAS

5ª SESSÃO - EIXO TEMÁTICO: TECNOLOGIAS GERENCIAIS EM SAÚDE – SALA 8
TERÇA-FEIRA – 12/11/2024 – 20h30 as 22h00

Nº	TÍTULO DO TRABALHO
1	O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DE DENGUE: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE
2	CONSTRUINDO PRÁTICAS DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DE MINAS GERAIS.
3	REDE DE REABILITAÇÃO DO SUS DE BELO HORIZONTE: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A GESTÃO DO TRABALHO PARA A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO
4	A ESCOLHA PARA CURSAR O MESTRADO PROFISSIONAL: IMPLICAÇÕES DOS DISCENTES A PARTIR DA ANÁLISE INSTITUCIONAL
5	A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

ISBN: 978-65-99-6864-2-9

EIXO TEMÁTICO: POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (PPAS)

ISBN: 978-65-99-6864-2-9

Artigos

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Leticia de Oliveira Rocha; Mestrado em Gestão em Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Camilla Stephane Oliveira Silva; Discente de Enfermagem; 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

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

RESUMO: Introdução: A extensão universitária é um elo eficaz entre a comunidade e a universidade que reforça o papel social da universidade e do caráter formativo discente em prol do coletivo. **Objetivo:** identificar os papéis da extensão universitária na formação profissional e na promoção da saúde. **Método:** revisão integrativa da literatura composto por 8 artigos que atenderam aos critérios de elegibilidade. Os dados foram organizados em tabelas e quadros para síntese e análise. **Resultados:** a metodologia mais recorrente foi o relato de experiência, com ênfase na formação acadêmica e na integração entre ensino, pesquisa e comunidade, particularmente na interface academia-comunidade. **Discussão:** os programas de extensão na área da saúde e da educação pode gerar maior retenção da atenção e motivar o espectador, e alinha conhecimentos com os valores e prioridades das comunidades atendidas. **Conclusão:** a extensão universitária mostrou-se eficaz não apenas na promoção da saúde, mas também no desenvolvimento de profissionais com competências que transcendem a carreira, como a valorização dos saberes e vivências dos sujeitos, atendimento integral e conhecimento técnico-científico.

PALAVRAS-CHAVE: Extensão universitária; Promoção da saúde; Educação em saúde.

Agradecemos a Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde, como princípios doutrinários através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (Benevides *et al.*, 2023). Hodiernamente, algumas discussões e políticas relacionadas à saúde procuram reorientar o processo formativo dos profissionais vindouros, aproximando-os da Atenção Básica, da atuação interprofissional e conforme as necessidades do SUS (Rios, Caputo, 2019).

Nesse sentido, foi fomentado no início dos anos 2000, o Plano Nacional de Extensão Universitária, fomentado no início dos anos 2000, ampara o desenvolvimento das atividades de extensão nas diversas áreas de conhecimento e com estratégias variadas, caracterizando um dos eixos do ensino-pesquisa-extensão, possibilitando a aquisição de habilidades, competências e atitude crítica-reflexiva da comunidade acadêmica (discentes e docentes) para atuação junto à comunidade, e contribuem, inclusive para que o profissional adquira mais segurança para os atendimentos (Santana *et al.*, 2023; Bezerra *et al.*, 2023; Nunes, Melo, Xavier, 2021).

Extrapolar as metodologias puramente técnicas e a grade curricular clássica se torna meio essencial para a evolução dos discentes. Uma das formas de se obter isso consiste na

inserção destes em espaços que promovam a prática e reflexão crítica, pautados em diálogo contínuo com a realidade (Rios, Caputo, 2019).

A extensão universitária constitui um elo eficaz entre a comunidade e a universidade, a partir de cenários interativos entre sujeitos diferentes e diversos campos do saber. Para além disso, essa prática reforça o papel social da universidade e do caráter formativo discente em prol do coletivo (Resende *et al.* 2022; Bezerra *et al.*, 2023; Rios, Caputo, 2019).

No campo da saúde, o rol de atuação dos projetos de extensão devem abordar temas pertinentes e emergentes, cuja vivência universitária junto às problemáticas da comunidade proporcionando o aprimoramento do aprendizado pelos discentes e a promoção da saúde entre os atores (discentes, comunidade geral) e venha a afetar a subjetividade dos discentes, estimulando a adoção de estratégias de cuidado do outro e de si, bem como, incita a redescoberta da afetividade em meio a cura, além de propiciar a troca de experiências e fortalecimento dos vínculos, contribuindo de forma significativa com o processo formativo (Bezerra *et al.*, 2023; Chung *et al.*, 2020).

Outrossim, a Educação Interprofissional (EIP) inserida na formação em saúde permite que discentes de duas ou mais profissões se aperfeiçoam sobre e com os outros, e entre como meio de colaboração e aprimoram os resultados na saúde (Benevides *et al.*, 2023). A extensão universitária contribui para a formação profissional dos discentes como agentes transformadores sociais, possibilita reflexões críticas em torno das condições em que a população está inserida, experienciando a realidade e as demandas comunitárias locais (Costa, Peña, Nogueira, 2019; Chung *et al.*, 2020). Fatos que justificam o desenvolvimento deste trabalho.

Tendo como pergunta norteadora: há contribuições favoráveis acerca da implementação de ações de extensão universitária no processo de ensino-aprendizado e da promoção da saúde? Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo identificar as os objetivos da extensão universitária na formação profissional e na promoção da saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O SUS estimula a reorientação na formação e do trabalho em saúde por meio da "integração entre serviço, educação e planejamento da formação de recursos humanos para a saúde" (Benevides *et al.*, 2023, p. 906).

Entretanto, a intersetorialidade presentes no âmbito da saúde e educação são vivenciadas de maneira retrógrada, em modelos verticalizados e hierarquizados, como nos moldes sanitaristas campanhistas, nos dispositivos de saúde e instituições de ensino, desconsiderando aspectos sócio-histórico-culturais, gerando uma responsabilidade exclusiva dos sujeitos, de maneira individual, por sua saúde. Tal qual ocorre na educação, em que o aluno é sujeito passivo em relação ao seu ensino e aprendizagem (Costa, Peña, Nogueira, 2019).

Para tentar sanar essa lacuna, em 2001 instituiu-se as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) direcionadas aos cursos superiores da saúde no Plano Nacional de Educação, cujo objetivo consistiu em estruturar a formação discente, pautando a formação profissional voltada ao cuidado e a assistência firmados nos princípios e diretrizes do SUS (Benevides *et al.*, 2023; Bezerra *et al.*, 2023), reforçando a necessidade de uma formação generalista (Bezerra *et al.*, 2023).

Já em 2005, a Portaria Interministerial MS/MEC nº2.101 foi instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional por meio da integração do processo ensino-aprendizagem e do incentivo à prestação de serviços à comunidade (Bezerra *et al.*, 2023).

Então surge, a extensão universitária, a qual constitui um processo interdisciplinar, de formação educativa dinâmica com experiências reais, com valorização cultural, de cunho político e educativo que ocorre a partir do âmbito local para o mundial e baseia-se nos problemas oportunos. Atributos que proporcionam a fusão entre o ensino em sala de aula e a aquisição de conhecimento e valores por meio de vivências de um cotidiano social. Utiliza de estratégias de conscientização e das práticas pedagógicas adotadas de acordo com o objetivo esperado (Santana *et al.*, 2023; Resende *et al.* 2022; Chung *et al*., 2020; Rios, Caputo, 2019).

A interação e aproximação universidade-comunidade reduz as disparidades sociais ao passo que atua nos problemas sociais que não são amparados pelas políticas públicas em vigor. Essa aproximação objetiva o conhecimento acerca de valores e prioridades, possibilitando, portanto, alterações nos hábitos de vida e extrapolando questões sociais dentro da comunidade, pois saúde e educação são indissociáveis (Resende *et al.* 2022; Nunes, Melo, Xavier, 2021).

Ressalta-se, ainda, que a extensão universitária tem sua relevância reconhecida na promoção da saúde (Resende *et al.* 2022), pautada na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual parte do pressuposto da equidade, promover o bem-estar e os modos de viver de modo a reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde resultantes dos determinantes sociais, econômicos, políticos e ambientais. Assim, a Política tem como um dos eixos operacionais a formação e a educação em saúde (Costa, Peña, Nogueira, 2019).

Desta forma, as Instituições de Ensino Superior (IES) tentam quebrar esse paradigma, ao estimular a criação de ambientes de problematizações e reflexões, por meio de estratégias para o fortalecimento da articulação ensino-interdisciplinar, pesquisa e extensão. Para atingir essa finalidade, viabiliza-se as ações comunitárias, a fim de atender as necessidades reais e urgentes da comunidade inter e extrauniversitária e o fortalecimento da formação discente, fomentando discussões oriundas do espaço social (Bezerra *et al.*, 2023; Costa, Peña, Nogueira, 2019; Nunes, Melo, Xavier, 2021).

Nesse cenário, a inserção do discente no espaço comunitário possibilita um conhecimento mais amplo do processo saúde-doença a partir dos determinantes sociais, com ações realizadas com públicos diversos, de adolescentes a idosos, situações de hospitalização e acamamento domiciliar, além de constituir um instrumento na preparação de profissionais capazes de tomar decisões de maneira individualizada, para o grupo ou o público para qual a ação é direcionada (Rios, Caputo, 2019; Nunes, Melo, Xavier, 2021).

3 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; Silveira; 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 com 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 do PRISMA para identificação, seleção, elegibilidade e inclusão.

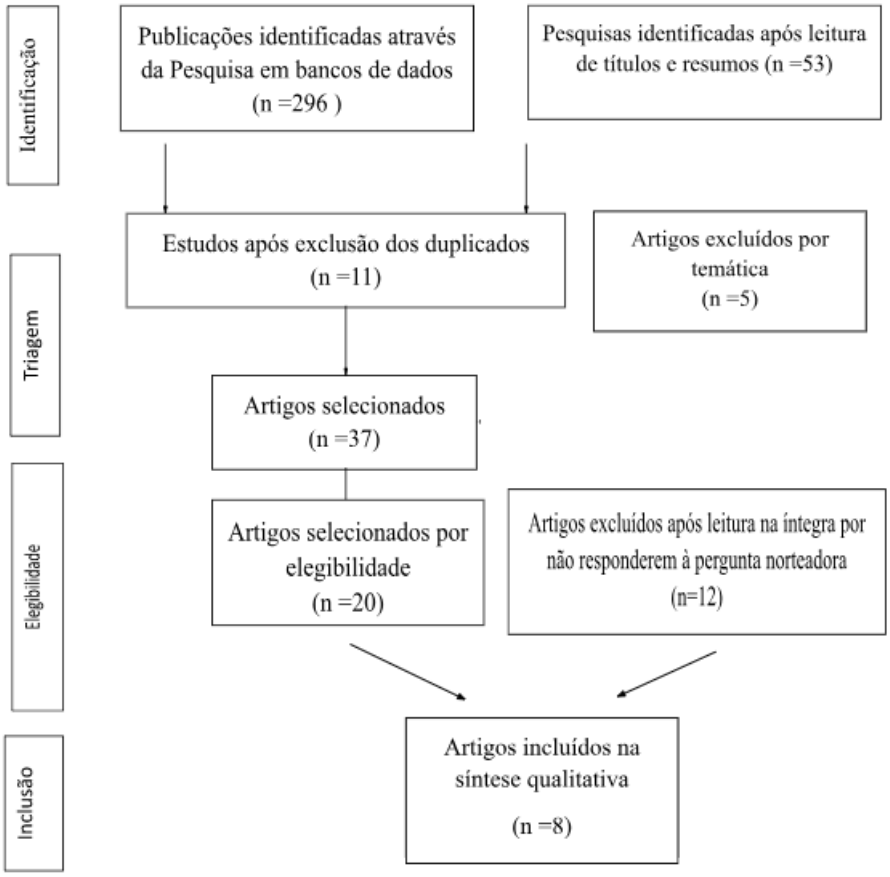
A coleta de dados foi conduzida utilizando-se as palavras-chaves nos idiomas em português: Extensão universitária, Promoção da Saúde, Educação em Saúde e inglês: *University extension, Health Promotion, Health Education.* Esses termos foram pesquisados nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), 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. Ressalta-se que a coleta de dados aconteceu na primeira quinzena do mês de julho de 2040. Para a organização dos dados e viabilização da análise, um quadro sinóptico (Quadro 1) foi elaborado utilizando-se o programa Microsoft Office Word 2010.

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 269 artigos, dos quais apenas 53 atenderam aos critérios de inclusão. Após a leitura dos resumos e realizando a exclusão de 11 artigos duplicados. Assim, 37 foram selecionados para leitura na íntegra, dos quais 20 não atenderam aos critérios de elegibilidade e foram, portanto, excluídos. Ao final, apenas 8 artigos foram considerados para análise e discussão, por sua relação próxima às questões norteadoras do estudo. Portanto, a amostra final foi composta por 8 estudos, conforme representado 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 selecionados conforme critérios de elegibilidade, Belo Horizonte/MG, 2024.Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2024.

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 janeiro a julho de 2024. Para a organização dos dados e viabilização da análise, um quadro sinóptico (Quadro 1) foi elaborado utilizando-se o programa Microsoft Office Word 2010.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a etapa de busca e análise dos artigos, apenas oito 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 qualitativa (1), os estudos de análise documental (1), relato de experiência (3), a revisão integrativa (2) e os artigos de análise de conteúdo (1). 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 na Tabela 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
2019	Para Além da Formação Tradicional em Saúde: Experiência de Educação Popular em Saúde na Formação Médica	David Ramos da Silva Rios; Maria Constantina Caputo	Análise de conteúdo e entrevistas semiestruturadas.	Apresentar e analisar os impactos de uma ação extensionista baseada na Educação Popular em Saúde, desenvolvida em um assentamento do interior da Bahia, na formação dos estudantes de Medicina participantes, segundo a percepção destes.	Os resultados indicam que o ensino tradicional da medicina por vezes negligencia o ser humano em toda a sua potencialidade, bem como seu contexto social, político e cultural; poucas são as possibilidades nos currículos de atuação real em comunidade; as atividades práticas se restringem muitas vezes ao âmbito hospitalar; poucas são as oportunidades de trocas e diálogos com discentes de outros cursos de graduação. Conclui-se que a extensão universitária pode favorecer importantes processos de mudanças no ensino médico ao possibilitar uma compreensão ampla dos indivíduos, de suas relações e de seus modos de viver no mundo.
2019	EDUCAÇÃO E SAÚDE: a extensão universitária como espaço para tencionar e pensar a educação em saúde	Acaahi Ceja de Paula da Costa; Thalia Ariadne Peña; Francisco Jander de Sousa Nogueira	Relato de experiência.	Relatar a experiência de um projeto de extensão universitário com graduandos de Psicologia visando oficinas com estudantes de uma escola municipal de ensino fundamental.	A extensão é o espaço para tencionarmos práticas intersetoriais que não ocorrem no cotidiano dos serviços, sendo também lugar para nos implicarmos no processo norteador da educação em saúde e educação na saúde, onde as práticas são direcionadas a partir da realidade e demandas sociais, emergindo do controle social.
2020	Desafios do Brincar com Idosos: Narrativas de Estudantes de Medicina do Programa Amigos do Sorriso.	Michele Cheh Hui Liang Chung *et al.*	Pesquisa qualitativa, desenvolvida a partir de 13 narrativas redigidas entre 2018 e 2019 por estudantes de Medicina que participaram das atividades lúdicas na	Descrever as vivências e compreender quais foram os aprendizados desenvolvidos pelos estudantes de Medicina nesse âmbito	As três categorias temáticas foram: o brincar com o idoso, construção artesanal da comunicação e partilha entre gerações sobre o envelhecer. Os extensionistas discutiram as diversas formas do brincar, sua relação com a promoção da saúde e as especificidades de desenvolver atividades lúdicas com o idoso. Utilizaram diversas formas de comunicação para

			Ilpi. Realizou-se análise temática de conteúdo dos materiais em diálogo com os referenciais teóricos e a literatura relacionada.		interação com os idosos, conversando, ouvindo e contando histórias e respeitando os silêncios, o que provocou encontros e desencontros, todos disparados pelo brincar. Discutiram sobre o processo de envelhecimento, a saúde do idoso, a velhice asilar e o próprio encontro de gerações por meio do qual puderam refletir sobre si mesmos.
2021	Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da Saúde	Regis Rodrigues Santana *et al*	Revisão integrativa da literatura	Realizar um levantamento das publicações nacionais que abordam as contribuições da ação de extensão universitária como estratégia para formação profissional e promoção da saúde	A extensão foi compreendida como estratégia para promover saúde e uma ferramenta factível para o desenvolvimento profissional.
2021	Competências para promoção da saúde na formação em enfermagem: Contribuições da extensão universitária.	Sabrina Freitas Nunes; Larissa Uchôa Melo; Samyra Paula Lustoza Xavier.	Revisão integrativa	Descrever as contribuições da extensão universitária para o desenvolvimento de competências de promoção da saúde na formação em Enfermagem.	Os estudos apontam que a extensão universitária favorece o desenvolvimento das competências: profissionalismo, protagonismo, cooperação, comunicação e humanização do cuidado prestado.
2022	As doenças crônicas não transmissíveis sob a ótica de um projeto de extensão universitária: um relato de experiência.	Beatriz El'Corab Resende, *et al.*	Relato de experiência.	Relatar a experiência de um projeto de extensão universitária que foi realizado com alunos do ensino fundamental, em duas escolas públicas do município de Juiz de Fora/ MG, nos anos de 2018 e 2019.	Os alunos obtiveram uma melhora significativa do desempenho não apenas no questionário, mas também no âmbito social, pois foi perceptível a troca de saberes entre alunos e acadêmicos, o que proporcionou um ambiente dinâmico e favorável para o aprendizado.
2023	Educação Interprofissional nos	Rebeca Benevides *et al*	Análise documental, dividida em três	Visto que a Educação Interprofissional tem sido	Todos os documentos dos cursos analisados referem-se ao trabalho em equipe como

	cursos da área da saúde de uma universidade pública		etapas: leitura exploratória, pré-análise e análise dos documentos	apontada para a reorientação da formação e do trabalho em saúde, objetivou-se analisar sua inserção nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de graduação em saúde de uma universidade pública.	competência importante para a formação, ainda que façam apenas algumas menções pontuais e específicas à interprofissionalidade. Os documentos não apresentam projetos para a implementação da Educação Interprofissional nos currículos regulares, apenas delegam a inserção da interprofissionalidade à extensão universitária. Assim, observou-se que os projetos pedagógicos inserem a Educação Interprofissional de forma restrita nos cursos da área da saúde
2023	A extensão universitária na promoção à saúde: projeto Saúde em Foco	Isaac Newton Machado Bezerra *et al.*	Estudo descritivo, tipo relato de experiência	Retratar as experiências de estudantes de graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) na construção de espaços de discussão acerca de temas relevantes na formação em saúde.	A construção de espaços ricos de troca de saberes foi extremamente importante no desenvolvimento crítico dos participantes, em que os conhecimentos técnicos e vivenciais puderam ser partilhados de forma a completar um ao outro, compreendendo sua importância nesse processo formativo de profissionais da saúde, que entendem a necessidade de se construir pontes colaborativas entre a academia e os serviços, e partilhar essas experiências.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Para além de contribuir para a formação profissional dos discentes como agentes transformadores sociais, a extensão universitária, por meio da intersetorialidade promovida nos eixos saúde e educação em saúde objetiva o desenvolvimento de reflexões críticas em torno das condições em que a população está inserida, experienciando a realidade e as demandas comunitárias locais (Costa, Peña, Nogueira, 2019; Chung *et al*., 2020). Para além disso, as ações extensionistas estimulam a geração de vínculos entre os atores envolvidos (universidade, comunidade, profissional e paciente, define a humanização do atendimento (Nunes, Melo, Xavier, 2021).

As principais ações desenvolvidas nas extensões universitárias consistem em atividades de promoção da saúde, principalmente de cunho voltado à educação em saúde, as quais ocorrem por meio de "visitas domiciliares, rodas de conversas e dinâmicas, entrevistas, oficinas, vivência no programa PET - rede de atenção psicossocial e atividades lúdicas e psicomotoras" (Nunes, Melo, Xavier, 2021).

Frisa-se que as ações educativas para a promoção de saúde e estímulo para adoção de comportamentos para uma vida mais saudável pode ser alcançada por meio de diversas metodologias disponíveis no campo da extensão universitária, sendo: os jogos, música, desenho, contação de histórias ou palhaçoterapia (Chung *et al*., 2020; Costa, Peña, Nogueira, 2019).

Na Conferência Internacional de Promoção da Saúde, conforme preposta a Declaração de Ottawa, a promoção da saúde consiste na capacitação individual e coletiva para a atuação, controle e transformação dos fatores condicionantes e determinantes de saúde, sendo os trabalhadores da saúde considerados como atores coadjuvantes nesse processo (Costa, Peña, Nogueira, 2019).

A introdução de programas de extensão voltados para a área da saúde e da educação pode gerar maior retenção da atenção e motivar o espectador, caso o conteúdo seja apresentado de forma didática, fácil de ser entendida, onde se utilize recursos materiais e tecnológicos (Resende *et al*., 2022). Torna-se pertinente, ainda, estabelecer uma comunicação ampla, desde as expressões da fala e facial, da postura corporal e pelo distanciamento com outras pessoas (Chung *et al*., 2020).

Há a necessidade de fortalecimento da Extensão Universitária como estratégia educativa para os alunos e a comunidade, bem como, formar facilitadores para a EIP através de estratégias que fomentem as discussões na academia, a inclusão de projetos baseados às necessidades da comunidade a ser abrangida, apoio e valorização dos docentes envolvidos (Benevides *et al.*, 2023; Santana *et* al., 2021).

No estudo de Rios, Caputo (2019) os discentes reportaram que a imersão na comunidade possibilitou a aquisição de competências que vão para além da carreira médica e são essenciais a todos os profissionais da saúde, como a "empatia, valorização dos saberes e vivências dos sujeitos, respeito, capacidade de escuta, atendimento integral,". Mas também estimulam o senso criativo e de liderança, a organização e planejamento, o desenvolvimento de uma clara comunicação e linguagem efetiva, o profissionalismo e o protagonismo (Nunes, Melo, Xavier, 2021).

Em um dado estudo, a introdução das oficinas educativas mediadas por discentes universitários estimularam maior envolvimento de crianças e adolescentes nas discussões sobre saúde, alimentação e atividade física e qualidade de vida (Resende *et al.,* 2022). Em outro, com idosos, os autores reportaram que, na maioria das vezes, a comunicação não-verbal foi mais atrativa para reter a atenção nesse público em detrimento da população jovem (Chung *et al*., 2020).

Alguns fatores elencados como desafios para a implementação da extensão universitária no país consistem em: fragilidades macropolíticas, as ações diárias, na baixa adesão e motivação dos discentes voluntários, normalmente por falta de conhecimento do

projeto e das metodologias envolvidas, pouco engajamento dos educadores ao se alocarem em projetos fora de sua área de atuação; a remuneração relacionada às monitorias e bolsas de pesquisa; baixo reconhecimento das ações extensionistas; escassez de atividades de extensão com foco na promoção da saúde e na divulgação dos projetos, tanto nas organizações estudantis quanto na comunidade, o que reflete em baixo número de atendimentos e efeitos nas ações, além da falta de constância nas horas extraclasse que deveriam ser dedicadas para planejar e implementar as atividades (Santana *et* al., 2021; Costa, Peña, Nogueira, 2019).

Apesar dos benefícios promovidos pelas ações extensionistas, o conhecimento acerca de seus impactos e sua importância no eixo ensino e pesquisa universitária, ainda há a necessidade de promover a "consolidação da curricularização e o incentivo à participação de todos os discentes, ao longo do seu curso de graduação, em atividades dessa natureza" (Rios, Caputo, 2019).

4.1 Limitações do estudo

Na literatura, observou-se uma escassez significativa de pesquisas que abordam as atividades de extensão universitária e seus efeitos na formação dos profissionais e na promoção da saúde, 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.

4.2 Contribuições para área da Saúde e Política Pública

Os resultados desta revisão integrativa poderão servir de subsídio para auxiliar o desenvolvimento de novas políticas públicas objetivando a valorização dos projetos de extensão universitária e de seus atores (docentes, discentes e comunidade), o maior engajamento dos profissionais da saúde, especialmente aqueles que desempenham funções como tomadores de decisão, a refletirem sobre a importância das melhores práticas no que tange essa temática.

Para a academia, os achados mostram a necessidade de ampliar as pesquisas no âmbito da gestão e das políticas públicas de saúde, em especial no tocante aos aspectos éticos, financeiros e de custos, principalmente para demonstrar que os baixos custos envolvidos nas ações de extensão universitária com foco no ensino-aprendizado dos discentes e nas ações de promoção da saúde, podem contribuir, consubstancialmente, com a redução de outros custos que poderiam onerar os cofres públicos.

5 CONCLUSÃO

A análise crítica dos artigos revisados evidenciou a relevância das experiências extensionistas, seus impactos, metodologias, e a importância para o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa na universidade. Com base nesses achados, percebe-se que a extensão universitária é uma ferramenta eficaz para a geração de conhecimento e disseminação de informações, especialmente na promoção da saúde, escuta ativa, e, sobretudo, na oferta de um atendimento mais humanizado. Também contribui para o desenvolvimento de competências e habilidades que transcendem o ambiente de sala de aula.

Os resultados obtidos destacam a necessidade de que organizações acadêmicas, instituições de saúde, gestores, profissionais de saúde, docentes e autoridades da área desenvolvam estratégias imersivas para fortalecer as ações extensionistas. Essas ações devem

promover um elo sólido no tripé academia-discente-comunidade, pautado em evidências científicas e na maximização dos recursos disponíveis para a elaboração de estratégias interventivas e educativas. Incentivar os discentes a uma formação abrangente, que produza conhecimentos essenciais tanto para a academia quanto para a compreensão dos determinantes sociais que afetam a saúde das comunidades, é igualmente fundamental.

Por fim, novos estudos são essenciais para contribuir com a capacitação de gestores e profissionais sobre a importância da extensão universitária. Esses estudos devem abordar questões relacionadas ao setor financeiro, economia de tempo, maximização dos resultados em saúde, maior humanização e a adoção de decisões mais assertivas em relação ao uso de recursos e medidas para a disseminação das estratégias adotadas. Além disso, é importante demonstrar a potencial redução de custos por meio da prevenção de agravos e doenças através de ações de promoção da saúde.

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

ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA COM BASE NOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE (MG)

Mariane Coimbra da Silva; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; UFMG

Mirela Castro Santos Camargos, Doutora e Mestre em Demografia; UFMG

RESUMO: O envelhecimento populacional, que tem ocorrido de forma intensa e rápida no Brasil, traz diversos desafios no campo das políticas públicas. Na área da Saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) pode ser considerada um passo importante na consolidação de direitos relativos à saúde da pessoa idosa e ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar do vasto arcabouço legal brasileiro de proteção aos idosos, alguns autores afirmam que o Brasil ainda apresenta grandes dificuldades para assumir o envelhecimento como uma prioridade na prática. Tendo em vista a necessidade de se compreender melhor como as políticas de atenção à saúde da pessoa idosa se concretizam na realidade do sistema público de saúde, o presente trabalho teve por objetivo realizar uma análise da implementação da PNSPI na gestão do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Para tal, realizou-se uma pesquisa documental, com levantamento e análise dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde de 2012 a 2021. Os resultados da pesquisa apontam que, apesar de haver um reconhecimento do envelhecimento populacional do município e uma preocupação da gestão com as implicações desse processo, na prática, as ações voltadas especificamente para a saúde das pessoas idosas ainda são bastante pontuais. A pesquisa também identificou a necessidade de criar mecanismos mais claros e assertivos para o acompanhamento e o monitoramento da saúde da pessoa idosa nos instrumentos de planejamento e gestão.

PALAVRAS-CHAVE: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Análise de Implementação de Políticas Públicas. Saúde do Idoso.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, processo que ocorre de maneiras diversificadas em função das desigualdades socioeconômicas e singularidades de cada lugar, é um desafio coletivo que traz implicações para o setor público, empresas, organizações sociais e indivíduos. À medida que a sociedade envelhece, todos os atores precisam estar implicados na garantia da longevidade com qualidade.

No Brasil, o fenômeno do envelhecimento tem sido acelerado e intenso. Em 1994, por exemplo, quando foi aprovada a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994), a proporção da população idosa era de aproximadamente 8%. De acordo com o Censo Demográfico 2022, o Brasil tem mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, totalizando 15,8% do total da população do país. O IBGE estima que, até 2070, quase 38% da população brasileira terá mais de 60 anos, o que exige planejamento do país e das famílias para lidar com os idosos.

Simultaneamente à transição demográfica, o país também vive mudanças no perfil epidemiológico da população com aumento da carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais (LIMA-COSTA *et al*., 2017). Ainda que as limitações físicas, cognitivas e sensoriais não sejam consequências inevitáveis do envelhecimento e a idade por si só não pressuponha incapacidade, a presença de alguma incapacidade representa maior necessidade de cuidados médicos e sociais a longo prazo, o que repercute diretamente nas demandas por atenção à saúde.

O Estado Brasileiro é pioneiro na criação de leis e políticas públicas que visam à proteção social das pessoas idosas (ROMERO et al., 2019). No campo da saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria nº 2.528 de 19 de outubro

de 2006, foi um passo importante na consolidação de direitos relativos à essa temática. Ela orienta as ações de saúde da pessoa idosa desenvolvidas no país e propõe diretrizes fundamentadas no cuidado longitudinal e na perspectiva do envelhecimento ativo, tendo como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos indivíduos idosos. A PNSPI direciona medidas coletivas e individuais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, destacando o papel de cada ente federativo na sua implementação e consolidação. No entanto, apesar do vasto arcabouço legal brasileiro de proteção a essas pessoas, Giacomin (2014) afirma que o Brasil ainda apresenta grandes dificuldades para assumir o envelhecimento como uma prioridade na prática.

Considerando o papel dos municípios na implementação da PNSPI, a presente pesquisa surgiu do interesse de compreender como a gestão de Belo Horizonte (BH), capital de Minas Gerais (MG), responde à política no nível municipal.

A gestão de serviços de saúde é uma atividade complexa por conta da abrangência desse campo e da necessidade de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos, nem sempre compatíveis. Com a descentralização do SUS, essa complexidade torna-se ainda mais evidente, pois as diretrizes do Ministério da Saúde - Nível Federal - dependem de um conjunto de ações e decisões para serem efetivadas nos outros níveis de gestão - Estadual e Municipal (DALFIOR *et al.*, 2016).

Tentando compreender as políticas públicas, Lima e D'Ascenzi (2013) separam-nas em três momentos: formulação, implementação e avaliação. Nesta pesquisa, destacou-se especificamente o processo de implementação de políticas públicas - momento em que os planos formulados se tornam realidade, ou seja, em que a política formulada no campo teórico é traduzida para a vida concreta da organização. É uma fase fortemente dependente da ação dos atores envolvidos (burocratas) e dos instrumentos de ação estatal (estruturas organizacionais) e sua análise é importante para apontar gargalos entre o que foi formulado e o que acontece na realidade (LOTTA, 2019).

Tendo como referência a própria PNSPI, pretendeu-se com este estudo investigar como as ações e diretrizes preconizadas na política traduzem-se no planejamento e gestão municipal. Se o envelhecimento é um fato, mais do que nunca é necessário abraçar uma cultura do cuidado, em que esse processo seja visto realmente como uma conquista social e não um fardo para o Estado, família e para os próprios idosos.

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em Belo Horizonte, por meio da investigação dos instrumentos de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Planejamento é o movimento que precede e direciona a ação, ou seja, é o momento em que se organiza e se define como, quando, onde e por que algo será executado. No contexto do SUS, o planejamento é imprescindível para a definição de recursos financeiros, estruturais e de pessoal que subsidiarão as atividades de saúde em uma determinada localidade (BRASIL, 2016).

> O planejamento não consiste apenas em um simples exercício de projeção de metas futuras, mas em uma ação estratégica da gestão pública que tem por objetivo reorientar os programas e os projetos governamentais de forma a ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde (BRASIL, 2016, p. 81).

Para que se possa garantir a legitimidade das ações e atender aos anseios das pessoas que utilizarão os serviços prestados, o processo de planejamento deve incluir a participação

comunitária, seja por meio do Conselho Municipal de Saúde ou outras modalidades de participação (REISDORFER *et al.* 2012).

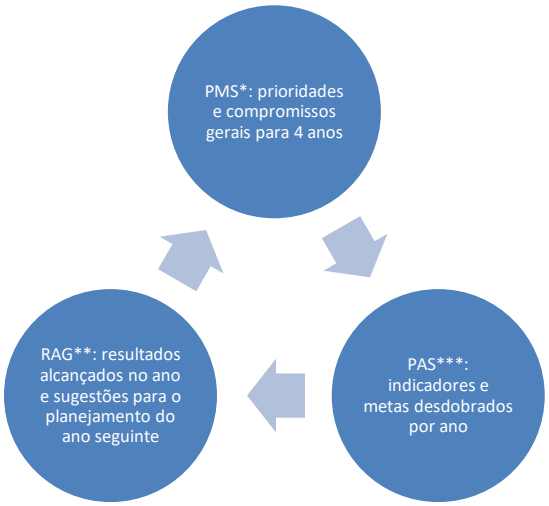
De acordo com a lei nº 8080 (BRASIL, 1990), os instrumentos para o planejamento e gestão no âmbito do SUS são o Plano de Saúde (PS) - que nos municípios é chamado de Plano Municipal de Saúde (PMS) - e as respectivas Programações Anuais (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). É recomendável que esses instrumentos sejam sequencialmente interligados, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, participativa e sistêmica do SUS. Eles devem ser de forma contínua e articulada, alinhados e compatibilizados com os instrumentos de planejamento e orçamento de governo a cada quatro anos, a saber: Plano Plurianual de Ação Governamental, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual (BRASIL, 2016).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) explicita as prioridades e compromissos do governo, baseado na análise situacional das necessidades da população e das peculiaridades próprias do município.

> O Plano Municipal de Saúde, além de constituir-se numa exigência legal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS, visto que, através dele, explicita-se o caminho a ser seguido pela Secretaria Municipal de Saúde para atingir a sua missão. Assim, o PMS apresenta a orientação política sobre o que fazer no conjunto das organizações de saúde durante o período de quatro anos, a partir da explicitação de diretrizes, objetivos, ações, indicadores e metas. (REISDORFER *et al.* 2012, p. 98).

A Programação Anual de Saúde (PAS) operacionaliza as intenções e atualiza anualmente as metas expressas no PMS. O Relatório Anual de Gestão (RAG) mostra os resultados alcançados com a execução da PAS, além de orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no PMS (Figura 1). Além desses instrumentos, também há necessidade de elaboração do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA).

Figura 1 - Ciclo de planejamento e execução da gestão do Sistema Único de Saúde



Onde: *PMS=Plano Municipal de Saúde, **RAG= Relatório Anual de Gestão e ***PAS=Programação Anual de Saúde

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O planejamento do SUS requer uma construção participativa, ascendente e intersetorial para ser utilizado como instrumento estratégico para a gestão, possibilitando o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços públicos de saúde. Esse conjunto de mecanismos serve para orientar, acompanhar e monitorar as práticas de saúde pública de forma ampla e integrada. No entanto, apesar da reconhecida relevância dos instrumentos de gestão para o planejamento em saúde, Fuginami *et al.* (2020) afirmam:

> [...] observa-se que há muitos entraves à sua efetivação enquanto base das ações em saúde, destacando-se a pouca compreensão dos conceitos básicos de sua construção e utilização, com consequentes falhas na sua elaboração, dificuldade na integração desses instrumentos entre si, e destes com o Plano Plurianual (PPA) do governo, e fragilidade das práticas de articulação, integração e planejamento ascendente (FUGINAMI *et al.* 2020, p. 858).

A legislação federal busca induzir os gestores das três esferas de governo (União, Estados e Municípios) para que as ações de planejamento sejam integradas ao monitoramento e avaliação. Neste sentido,

> as principais normas relacionadas ao planejamento no SUS ressaltam que a avaliação deve apreciar em que medida as políticas, programas, ações e serviços de saúde implementados no período considerado promoveram a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2016, p. 82).

Em Belo Horizonte, os PMS são formulados por um grupo de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde com base nas demandas coletivas levantadas nas Conferências Municipais de Saúde. Contudo, as diretrizes da PNSPI implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações que requerem o compartilhamento de responsabilidades entre diversos setores e níveis de governo. Estudar os instrumentos de planejamento e gestão em saúde é uma forma de compreender e analisar o direcionamento do Estado para garantir a efetivação dessa política pública.

3 METODOLOGIA

O estudo dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde permite compreender como se dá o ciclo de planejamento e execução da política de saúde. Os dados para essa investigação foram coletados nos documentos disponíveis no Portal da PBH, na área da Secretaria de Saúde, na aba de Planejamento em Saúde. Nesse repositório, ficam disponíveis os Planos Municipais de Saúde (PMS), as Programações anuais de Saúde (PAS), os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA). Esses últimos não foram empregados no presente estudo para evitar duplicidade de dados. Assim, optou-se pela priorização dos RAG que também trazem informações sobre os resultados das metas pactuadas nas PAS.

Como complemento da análise, também foram consultados os Relatórios Financeiros disponíveis no Portal da PBH, na aba Planejamento em Saúde/Prestação de Contas. O Relatório Financeiro é o instrumento de elaboração anual que apresenta a prestação de contas da aplicação de recursos em ações e serviços públicos em saúde pelo Fundo Municipal de Saúde. Ele é uma parte constituinte do RAG, que demonstra, de forma detalhada, os ingressos e os dispêndios executados em cada exercício, seu formato espelha a proposta orçamentária global do Plano

Municipal de Saúde e considera as Resoluções CMS/BH n° 011/96, de 11 de fevereiro de 1996, e n° 085/02, de 14 de março de 2002.

Para esta pesquisa, foram selecionados 30 documentos descritos no Quadro 1, todos de acesso público no Portal da PBH.

Quadro 1 – Documentos disponíveis no Portal da Prefeitura de Belo Horizonte selecionados para análise

Título do documento	Anos
Plano Municipal de Saúde (PMS)	2010-2013, 2014-2017, 2018-2021.
Programação Anual de Saúde (PAS)	2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.
Relatório Anual de Gestão (RAG)	2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.
Relatório Financeiro (RF)	2012, 2013,2014,2015,2016,2017,2018.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

As PAS e RAG de 2010, 2011 e 2012 não foram encontradas, assim como os Relatórios Financeiros de 2010,2011, 2019, 2020 e 2021.

Inicialmente, o objetivo da pesquisa era incluir também o PMS 2005-2008, considerando a publicação da PNSPI em 2006. No entanto, por esse documento não estar disponível no Portal da PBH e não possuir os documentos complementares PAS, RDQA e RAG, optou-se por não o incluir na análise. Contudo, cabe citar que o PMS 2005-2008 já apontava o envelhecimento populacional em Belo Horizonte em função da queda de natalidade e aumento da expectativa de vida. Além disso, havia indicadores relativos à população idosa, como: “Implantar a Linha de Cuidado do Idoso”, “Promover a capacitação das equipes de saúde da família para o atendimento global ao idoso” e “Realizar acompanhamento das Instituições de Longa Permanência (ILP) do Idoso” (PMS 2005-2008).

Cabe mencionar que os instrumentos de planejamento e gestão em saúde, analisados no presente trabalho, não são desenhados especificamente para a atenção à saúde do público idoso. Porém a escolha por tais instrumentos se justifica, porque esses indicam, de forma geral, quais são as prioridades e interesses de atuação do município em um determinado período. Desse modo, a análise realizada poderá servir para sinalizar o que o município de Belo Horizonte tem planejado em relação à saúde da população idosa.

Segundo Andrade *et al.* (2018, p.2), a análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros. Essa técnica foi escolhida para investigar quais os aspectos relacionados à Saúde da Pessoa Idosa aparecem nos textos institucionais e como são abordados, no intuito de verificar se há coerência entre o que é preconizado na PNSPI e o que é realizado na prática.

4 RESULTADOS

Todos os três PMS analisados contêm uma caracterização do município de Belo Horizonte, abarcando a situação sociodemográfica e o perfil epidemiológico, antes de apresentar os eixos de programação com os objetivos, diretrizes e metas para os quatro anos. Nessa contextualização, fica evidente, em todos eles, o reconhecimento do envelhecimento populacional por parte da gestão.

> A população de Belo Horizonte vem passando por um processo intensificado de envelhecimento desde 1991. A proporção de idosos com 60 anos ou mais de idade na população total aumentou significativamente nesse período, como resultado da diminuição das taxas de mortalidade e natalidade no município nos últimos anos (PMS 2010-2013, p. 54).
>
> A tabela 2 demonstra o processo intensificado de envelhecimento pelo qual vem passando a população de Belo Horizonte, nas faixas etárias a partir de 60 anos, comparando os censos de 2000 e 2010 (PMS 2014-2017, p. 20).
>
> A promoção do envelhecimento saudável e o atendimento aos idosos, especialmente os frágeis ou em situação de fragilidade, são grandes desafios para a Saúde Pública (PMS 2014-2017, p. 42).
>
> A redução da taxa bruta de natalidade e fecundidade, além do aumento da taxa de envelhecimento refletem essas transformações na estrutura etária de Belo Horizonte e resultam no aumento da expectativa de vida da população (PMS 2018-2021, p. 18).
>
> A estrutura demográfica de Belo Horizonte teve uma mudança evidente (...) a esperança de vida ao nascer dos indivíduos do município, passou de 68,64 anos em 1991 para 76,37 anos em 2010, significando um aumento considerável em 19 anos (PMS 2018-2021, p. 19).

No entanto, apesar desse reconhecimento sobre o envelhecimento populacional, foram identificados poucos objetivos, metas e indicadores relacionados especificamente ao público idoso quando comparados aos outros grupos etários.

A Portaria nº 2669, de 03 de novembro de 2009, um dos documentos orientadores na construção do PMS 2010-2013, estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde para o biênio 2010–2011. Ao consultar a Portaria, é possível identificar que a primeira prioridade estabelecida nessa portaria é a Atenção à Saúde do Idoso (art. 1º). Ela define que um dos objetivos é promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa e coloca, como meta, a redução em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur. No entanto, no PMS 2010-2013, não há nenhum objetivo, meta ou indicador relacionado à redução dessa taxa.

O Pacto pela Saúde, um dos orientadores do PMS 2014-2017, estabeleceu 51 indicadores de saúde que avaliam a qualidade da assistência, a estrutura do SUS-BH, o controle social e a Ouvidoria do SUS. Apesar de o próprio texto do PMS 2014-2017 fazer referência ao envelhecimento populacional (p. 20), analisando os indicadores do Pacto ligados a ciclos de vida, observa-se que há diversos indicadores relacionados à saúde materno-infantil - como "Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal", "Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas", "Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência", dentre outros, mas nenhum específico relacionado à população idosa.

O PMS 2018-2021 também traz, como cenário, o envelhecimento populacional e reforça os impactos desse processo nas demandas em Saúde. No entanto, segue a tendência dos planos anteriores com priorização de outros ciclos de vida em detrimento da população idosa na definição das metas e indicadores. No eixo "Atenção Primária: Saúde da Família e Comunidade" encontram-se 10 metas relacionadas à saúde da mulher, criança e adolescente e apenas uma meta relacionada à saúde das pessoas idosas: "Qualificar a política de saúde do idoso no município".

1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve por objetivo investigar como o município de Belo Horizonte tem respondido à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) por meio da análise dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde. A análise desses documentos é uma forma de acompanhamento e avaliação de políticas públicas, e essa opção foi escolhida pelo entendimento de que esses, especificamente, são instrumentos oficiais e concretos da direção adotada pela gestão.

O texto da PNSPI é bastante genérico e dá diretrizes pouco claras para a concretização das ações, afinal não há na política a definição de metas e/ou indicadores, nem de metodologia de acompanhamento da atenção à saúde das pessoas idosas. A PNSPI propõe uma mudança de concepção acerca da velhice e aponta possíveis caminhos para as políticas públicas, mas não fornece instrumentos e técnicas que permitam tangibilizar isso na prática.

Os materiais estudados apontam uma preocupação da gestão com o envelhecimento populacional, mostrando que a transição demográfica já é um fato relevante no município. Foi possível perceber que há um discurso de valorização da pessoa idosa e um reconhecimento da importância dessa população na sociedade, inclusive atentando para os impactos do envelhecimento populacional para o sistema de saúde.

Considerando que os instrumentos de planejamento e gestão operacionalizam os desejos e intenções da gestão, é importante que os indicadores e metas sejam claros e que mostrem os impactos concretos na saúde da população. Quanto aos objetivos, metas e indicadores analisados, foi possível perceber uma grande dificuldade na integração das informações, inclusive com dados diferentes de um ano para outro, o que pode prejudicar o acompanhamento e monitoramento.

Entende-se que o ciclo de planejamento é dinâmico e que as pactuações feitas na elaboração dos PMS podem ser alteradas nas PAS, por exemplo. Entretanto, seria interessante se as mudanças fossem contextualizadas e explicadas para melhor acompanhamento do público leitor. Apesar da significativa melhoria na qualidade das metas e indicadores, mais alinhados a uma qualificação da atenção a partir da PAS, ainda é difícil acompanhar quais - e como - as diretrizes estão sendo cumpridas. Em alguns momentos, observou-se descontinuidade de ações sem justificativa.

Tendo em vista que são documentos de acesso público e servem para orientar, monitorar e avaliar as ações do Estado, é importante que sejam claros para os leitores que não fazem parte da estrutura pública. Falta um documento que integre os RAG dos 4 anos e faça um fechamento do ciclo de PMS. Isso ajudaria no acompanhamento e novos planejamentos. O que não é medido é mais difícil de ser gerenciado, e a dificuldade de gerenciamento pode acabar trazendo desperdício de tempo, de recursos e oportunidades que poderiam concretamente melhorar os serviços de saúde.

Os instrumentos de planejamento e gestão em saúde orientam as ações de forma macro, e não necessariamente traduzem tudo que acontece no dia a dia do SUS-BH. Dessa forma, entende-se que o estudo pode não ter sido capaz de identificar iniciativas locais relacionadas à saúde da pessoa idosa, como atendimentos e grupos do NASF-AB, Centros de Reabilitação, dentre outros. Outra limitação é que outros documentos relevantes que poderiam contribuir para a análise não foram contemplados, como o Orçamento Temático do Idoso, por exemplo.

Para novos estudos, sugere-se que sejam realizadas entrevistas com os formuladores dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde, especialmente dos PMS, entrevistas ou grupos focais com gestores locais e das Diretorias Regionais, além de análise mais aprofundada do Orçamento Temático do Idoso para compreender como os recursos são gerenciados e aplicados na atenção a esse público.

Por fim, é importante reconhecer que o município tem empreendido esforços para garantir a atenção à saúde da pessoa idosa. Para que a caminhada seja fortalecida e as ações ampliadas, deseja-se que os instrumentos de planejamento e gestão possam traduzir as

necessidades reais e sejam capazes de acompanhar e mensurar as melhorias concretas na vida dessa população que cresce a cada dia e gera desafios para o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. R *et al.* Análise Documental nas teses de enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2018.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Plano Municipal de Saúde 2005 a 2008**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2005. Disponível em: < http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/planomunicipaldesaude20052008.pdf > Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Plano Municipal de Saúde 2010 a 2013**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2010. Disponível em: < https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Plano Municipal de Saúde 2014 a 2017**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2014a. Disponível em: < https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2018a. Disponível em: < https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude> Acesso em: 29 jul. 2022.

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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento do SUS. Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 23 out. 2022.

DALFIOR, E. T.; *et al.* Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 128-139, 2016.

FUGINAMI, C. N.; *et al.* Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 857-870, 2020.

GIACOMIN, K. C. Contradições do Estado brasileiro ante o envelhecimento do seu povo. **Revista Argumentum**, v. 6, n.1, p. 22-33, 2014.

LIMA-COSTA, M. F.; *et al.* Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>. Acesso em: 23 out. 2022.

LOTTA, G. S. **Teorias e Análises sobre Implementação de Políticas Públicas no Brasil**, Brasília: Enap, 2019.

REISDORFER, E.; *et al*. Plano municipal de saúde: um instrumento de transformação social. **Saúde & Transformação Social**/Health & Social Change, v. 3, n. 4, p. 97-102, 2012.

ROMERO, D. E.; *et al*. Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 1, 2019. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1569/2252. Acesso em 23 out. 2022.

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE NO CICLO 2016-2020

Isaque Junio de Jesus Costa; Mestre; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Márcio Augusto Gonçalves; Doutor; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Adriane Vieira; Doutora; 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, 2018; 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.

COBERTURA VACINAL INFANTIL NO BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO, 2011 A 2022

Alessandra Magela dos Santos Vieira; Mestre; UFMG

Mirela Castro Santos Camargos; Doutora; UFMG

Mery Natali Silva Abreu; Doutora; UFMG

Joana Motta Araújo Roesberg; Graduanda em Enfermagem; UFMG

RESUMO: **Objetivo**: Estimar a cobertura em menores de 5 anos, de 2011 a 2022, para as vacinas: BCG, Hepatite B, Meningite C, Rotavírus, Pentavalente, Pneumocócica10, Poliomielite, Hepatite A e comparar a cobertura vacinal entre as Unidades Federativas em 2019. **Fundamentação Teórica**: A vacinação é uma estratégia eficaz no enfrentamento de doenças transmissíveis. **Método**: Estudo ecológico utilizando-se os dados do Programa Nacional de Imunizações. **Resultados**: Houve maior redução nas taxas de cobertura a partir de 2016 e, desde 2019 nenhuma vacina alcançou a meta, com agravamento em 2020 e 2021. As vacinas de 1º e 2º reforços, e da Hepatite B, nunca atingiram a meta de cobertura no período. Os estados com pior cobertura de Rotavírus, Pentavalente, Pneumocócica 10 e Pneumocócica 1º reforço em 2019 foram: Rio de Janeiro, Pará e Amapá. Nesse ano não houve o alcance da meta desses imunobiológicos no país. **Conclusão**: Os anos de 2016, 2020 e 2021 tiveram piores taxas de cobertura vacinal, coincidindo com a crise política do país e a pandemia da COVID-19. O conhecimento da cobertura é essencial para a implementação de políticas públicas eficazes para a promoção da vacinação.

PALAVRAS-CHAVE: Cobertura vacinal; Crianças;Brasil.

1 INTRODUÇÃO

A vacinação é considerada uma estratégia eficaz no enfrentamento de muitas doenças infecciosas transmissíveis, possibilitando, entre outros efeitos, a promoção do bem-estar na saúde geral da população. O sucesso da vacinação se revela pelo número decrescente de casos de muitas doenças inunopreveníveis como sarampo e difteria, com consequente aumento da expectativa de vida e redução da morbimortalidade (Fernandes et al., 2021).

O Brasil é um dos países que oferece o maior número de vacinas de forma gratuita à sua população. A vacinação atrelada às melhorias nas condições de vida da população, tais como o aperfeiçoamento das condições sanitárias do país, o acesso à água potável e aos serviços de saúde, propiciam a diminuição da taxa de mortalidade infantil (Domingues et al., 2020).

O relatório intitulado "Situação Mundial da Infância 2023: para cada criança, vacinação" alerta para a queda na cobertura vacinal em 52 dos 55 países analisados, resultando na não imunização de 67 milhões crianças nos últimos três anos. No Brasil, quase 26% das crianças não receberam nenhuma vacina em 2021, com um declínio na confiança na vacinação, que caiu de quase 100% para 89%, com crianças em áreas rurais, urbanas pobres e zonas de conflito sendo as mais afetadas. A falta de vacinação provoca sérios impactos sociais, afetando a aprendizagem e a renda das famílias, e doenças preveníveis podem ressurgir com consequências graves (Organização das Nações Unidas, 2023).

As coberturas das vacinas de rotina do Calendário Nacional de Imunizações do PNI vêm apresentando queda e não alcançaram a meta preconizada pelo Ministério da Saúde que era alcançar coberturas vacinais de 90% para as vacinas BCG e Rotavírus e 95% para as demais vacinas. A imunização no país, sempre reconhecida por sua grande aceitação popular, relevância e reconhecimento mundial como um dos maiores programas públicos de vacinação, tem agora o desafio de retomar os altos índices de cobertura vacinal (Barbieri; Martins; Pamplona, 2021).

A pandemia da COVID-19 foi apontada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e

pela UNICEF como relevante fator do grande retrocesso na vacinação infantil. Assim, vários surtos de doenças se tornaram prejudiciais para as comunidades e os sistemas de saúde, pois não houve expressiva procura pelos serviços de vacinação de rotina durante a pandemia. Faz-se necessário, portanto, investir fortemente na vacinação infantil e garantir o alcance da cobertura vacinal para todas as crianças (Fundo das Nações Unidas Para a Infância, 2021).

Assim, o objetivo deste estudo foi estimar a cobertura vacinal em menores de cinco anos de idade, no período de 2011 a 2022, para as seguintes vacinas, isoladamente: BCG, Hepatite B, Meningite C, Rotavírus, Pentavalente, Pneumocócica 10, Vacina Inativada da Poliomielite (VIP), Hepatite A, Vacina Oral Poliomielite (VOP). Além disso, comparou-se a cobertura vacinal entre as Unidades da Federação para imunobiológicos específicos (Rotavírus, Penumocócica 10, Pneumocócica 10 1º reforço e Pentavalente), considerando o ano de 2019.

2 REFERNCIAL TEÓRICO

As vacinas são substâncias preparadas e aplicadas na infância e em outras idades, para proteger contra doenças graves e, muitas vezes, fatais. A poliomielite, por exemplo, pode causar paralisia, o sarampo pode causar edema cerebral e cegueira e, o tétano, pode causar contrações musculares dolorosas, dificuldade para comer, respirar e morte, especialmente, em recém-nascidos. As vacinas provocam uma resposta imunológica do corpo a doenças específicas. É quase improvável, que uma criança seja prejudicada por uma doença evitável por vacina do que, propriamente, por ela. Vacinas contra o sarampo evitaram mais de 21 milhões de mortes entre 2000 e 2017. Em 2020, o Brasil registrou mais de 8.400 casos, não só em crianças (Organização das Nações Unidas, 2021).

A vacinação infantil é o principal meio para manter o organismo das crianças protegido contra vírus e bactérias e suas consequências. Mantendo uma quantidade suficiente de pessoas imunizadas contra determinada doença, alcança-se a imunidade coletiva ou “efeito rebanho”. Faz-se necessário, portanto, seguir o cronograma de vacinas recomendado, que varia de acordo com o país. O Brasil tem o maior programa de vacinação pública do mundo, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) (Organização Pan-americana da Saúde, 2021).

A cobertura vacinal (CV) é um dos indicadores em imunização mais utilizados pelo PNI. Ela estima a proporção da população-alvo vacinada e, supostamente, protegida para determinadas doenças A cobertura vacinal é calculada com a utilização no numerador, do total daquelas doses que completam o esquema vacinal e, no denominador, da estimativa da população-alvo, multiplicando por 100. Em menores de um ano de idade e em um ano de idade, o denominador é extraído do SINASC. Para as demais idades, o denominador é extraído do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como referência às estimativas populacionais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE [CONASEMS], 2021).

O monitoramento e avaliação das CV se iniciam no estabelecimento de saúde, aonde são gerados os dados das doses de vacinas aplicadas até a produção de indicadores que direcionam as ações de vacinação nos demais âmbitos do Sistema Único de Saúde (SUS): municipal, estadual e nacional.

Cada esfera de governo é responsável pela vigilância das CV que devem ser realizadas de forma articulada e complementar. Os gestores direcionam suas ações na informação gerada pelo registro adequado da vacina administrada (BRASIL, 2022). Pode-se verificar os aspectos históricos referentes ao registro de vacinação no PNI (Quadro 1).

Quadro 1- Evolução histórica do registro de vacinação no Programa Nacional de Imunização do Sistema Único de Saúde

1975	Obrigatoriedade e sistematização dos registros de vacinas a partir do Boletim Mensal de Imunizações (Modelo SIS-F19) da Fundação Serviços de Saúde Pública.
1991	Criação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATA SUS).
1994	Início da informatização dos dados agregados de vacinação em âmbito nacional, por meio dos sistemas eletrônicos: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-API), Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SI-EAPV), Sistema de Informação de Estoque e Distribuição de Imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações (SI-EDI), Sistema de Apuração dos Imunobiológicos Utilizados (SI-AIU) e SI-Pais do Programa Nacional de Imunizações.
2008	Introduzido o Vacinômetro, instrumento gráfico em formato de seringa de aplicação de vacina, para acompanhamento das coberturas vacinais pelos trabalhadores de saúde e público em geral durante as campanhas de vacinação.
2010	Início do registro de dados individualizados das doses de vacinas aplicadas nas atividades de vacinação de rotina, por meio do Sistema de Informação do PNI (SI-PNI).
2011	Implantação do módulo Monitoramento Rápido de Coberturas Vacinais (MRC), com a avaliação da situação vacinal pós-campanha de seguimento com a vacina tríplice viral do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo.
2015	Início do processo de integração das bases de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab/e-SUS AB) com o SI-PNI, referentes aos registros de vacinação, por meio do processo *Extract Transform Load* (ETL).
2019	Início da reformulação do SI-PNI disponibilizando a caderneta eletrônica de vacinação e o certificado nacional de vacinação, conforme as novas estratégiasde Governo Eletrônico (gov.br) e as orientações da Organização Mundial da Saúde para o Registro Nominal de Vacinação Eletrônico (RNVe).
2020	Desativado o módulo de coleta de dados agregados (APIWEB) nas atividades de vacinação de rotina, registrando-se, a partir de então, somente dados individuais identificados nominalmente por local de aplicação da vacina e local de residência do vacinado

Fonte: Brasil (2022).

O monitoramento desses resultados da vacinação pode ser feito por diferentes métodos de avaliação. O método administrativo ou método indireto disponibiliza dados da rotina de forma mais barata e oportuna. Entre os métodos diretos, têm-se: o Monitoramento Rápido de Coberturas Vacinais (MRC); o Censo Vacinal; a Varredura ou Operação Limpeza; e os Inquéritos Domiciliares. Nesse sentido, os governos federal, estadual e municipal, com a participação ativa da sociedade, têm responsabilidade coletiva pelo alcance e a manutenção das metas de CV. O monitoramento e a avaliação da situação vacinal são uma ferramenta importante para o resgate das elevadas coberturas vacinais no País (BRASIL, 2022).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico e analítico, de corte transversal com abordagem quantitativa, que analisou uma série temporal e a distribuição espacial da cobertura vacinal do PNI no Brasil, em menores de cinco anos, no período de 2011 a 2022. Avaliou-se também as

possíveis diferenças de cobertura vacinal nas Unidades Federativas para imunobiológicos específicos em 2019.

Foram extraídos dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por meio do TABNET - DATASUS, entre os anos de 2011 a 2022, para o Brasil. Este estudo incluiu dados referentes à taxa de cobertura vacinal dos diferentes tipos de vacinas disponíveis na rede, para cada ano, destinadas ao público de crianças menores de cinco anos, conforme o Quadro 2, a seguir. A escolha por essa faixa etária justifica-se pelo fato de que, no mundo, a maioria das mortes de crianças ocorre nos primeiros cinco anos de vida (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2018).

Quadro 2– Esquema vacinal no Brasil por idade e tipo de imunobiológico

Idade	Vacina
Ao nascer	BCG e Hepatite B.
2 meses	Rotavírus, Pneumocócica 10, Poliomielite Inativada (Vip), Pentavalente (Difteria, Tétano, Coqueluche, Haemophilus Influenza B, Hepatite B).
3 meses	Meningite C.
4 meses	Rotavírus, Pneumocócica 10, Poliomielite Inativada (Vip), Pentavalente (Difteria, Tétano, Coqueluche, Haemophilus B, Hepatite B).
5 meses	Meningite C.
6 meses	Poliomielite Inativada (Vip), Pentavalente (Difteria, Tétano, Coqueluche,Haemophilus B, Hepatite B).
9 meses	Febre Amarela.
12 meses	Meningite C, Pneumocócica 10, Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola).
15 meses	Hepatite A, Tríplice Bacteriana (Difteria, Tétano, Coqueluche), Poliomielite oral, Varicela, Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola).
4 anos	Varicela, Febre Amarela, Tríplice Bacteriana (Difteria, Tétano, Coqueluche), Poliomielite oral.

Fonte: Adaptado do Calendário Nacional de 2022 do Ministério da Saúde.

Nota: as vacinas Triviral, Febre amarela e DPT não foram incluídas neste estudo por não serem exclusivas para menores de cinco anos.

Para o estudo da cobertura vacinal de imunobiológicos específicos (Rotavírus, Pentavalente, Pneumocócica 10 e Pneumocócica 10 1º reforço) foram consideradas as 27 Unidades Federativas e o ano de 2019. A escolha por esse ano foi baseada por ser um marco temporal anterior à pandemia da COVID-19, o que poderia contribuir para uma menor variabilidade dos dados pesquisados. Além disso, a seleção desses imunobiológicos para o estudo diz respeito principalmente à magnitude da importância dessas vacinas no combate às doenças imunopreveníveis e na mortalidade infantil.

Cabe mencionar que, para a análise da cobertura vacinal de cada imunizante no país, no período de 2011 a 2022 e para a análise da cobertura de imunobiológicos específicos no Brasil em 2019, utilizou-se como referência o parâmetro de cobertura estabelecido pelo Ministério da Saúde, em 2021. Conforme tal parâmetro, a meta é atingir 90% de cobertura para as vacinas BCG e Rotavírus e 95% para as demais vacinas do estudo em questão (Brasil, 2021).

Os dados coletados na plataforma DATASUS foram tabulados e analisados no software

Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 19.0.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Cobertura vacinal infantil no Brasil: um panorama de 2011 a 2022

A análise da cobertura vacinal no país no período de 2011 a 2022 contemplou as seguintes vacinas: BCG, Hepatite B em crianças com até 30 dias de vida, Rotavírus, Pentavalente, Pneumocócica 10, Poliomielite, Meningite C e Hepatite A (Tabela 1).

Tabela 1 – Coberturas vacinais por ano segundo Imunobiológico no Brasil, 2011 a 2022

Ano	Idade											
	Nascer		2 °- 4° Mês				3° - 5° Mês	12° Mês		15° Mês		4 anos
	Vacina											
	BCG	Hepatite B em crianças com até 30 dias	Rotavírus Humano	Penta	Pneumocócica 10	Poliomielite	Meningococo C	Pneumocócica (1° reforço)	Meningococo (1° reforço)	Hepatite A	Poliomielite (1° reforço)	Poliomielite 4 anos
2011	107,9	-	87,1	-	81,7	101,3	105,7	-	-	-	-	-
2012	105,7	-	86,4	24,9	88,4	96,6	96,2	-	-	-	-	-
2013	107,4	-	93,5	95,9	93,6	100,7	99,7	93,1	92,4	-	92,9	-
2014	107,3	88,5	93,4	94,9	93,5	96,8	96,4	88,0	88,6	60,1	86,3	-
2015	105,1	90,9	95,4	96,3	94,2	98,3	98,2	88,4	87,9	97,1	84,5	-
2016	95,6	81,8	89,0	89,3	95,0	84,4	91,7	84,1	93,9	71,6	74,4	-
2017	98,0	85,9	85,1	84,2	92,2	84,7	87,4	76,3	78,6	78,9	73,6	62,3
2018	99,7	88,4	91,3	88,5	95,3	89,5	88,5	82,0	80,2	82,7	72,8	63,6
2019	86,7	78,6	85,4	70,8	89,1	84,2	87,4	83,5	85,8	85,0	74,6	68,5
2020	77,1	65,8	77,9	77,9	82,0	76,8	79,2	72,1	76,6	75,9	69,3	67,6
2021	75,0	67,0	71,8	71,5	74,8	71,0	72,2	66,1	68,7	67,5	60,5	54,6
2022	88,8	81,0	76,3	76,9	81,2	76,9	78,3	71,3	75,2	72,9	67,6	67,5

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Notas: 1) Valores em vermelho referem-se à cobertura vacinal abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde.

2) Os anos não explícitos na tabela, refere-se a um período de ausência de dados no sistema de informação ou a um período em que a vacina não fazia parte do Calendário.

3) Ano de introdução das vacinas no Calendário Nacional: BCG: 1977; Heptatite B: 2004; Pneumocócica 10: 2010; Pentavalente: 2012; Rotavírus: 2006; Poliomielite oral: 1977; Vacina inativada da Poliomielite (VIP) 1ª e 2ª dose no esquema sequencial VIP/VOP (inativada/oral): 2012; Vacina inativada da Poliomielite (VIP) 3ª dose noesquema sequencial VIP/VOP (inativada/oral): 2016; Meningocócica C conjugada:2010; Hepatite A: 2014.

De uma forma geral, a evolução da cobertura vacinal no país apresentou no período de análise (2011 a 2022) um decréscimo importante em todos os imunobiológicos. A maior redução nas taxas de cobertura vacinal no país pode ser observada a partir de 2016, sendo que desde 2019 nenhuma vacina conseguiu alcançar a meta de cobertura recomendada. Além disso, verificou-se um acentuado declínio na cobertura vacinal em 2020, seguida por uma redução ainda mais significativa em 2021.

Em 2021, foram identificadas as piores taxas de vacinação no país, sobretudo para as três vacinas com as maiores reduções na cobertura: Poliomielite 1º reforço (60,5%), Poliomielite 2º reforço (54,6%) e Pneumocócica 1º reforço (66,1 %). Em 2022, notou-se uma pequena recuperação nas taxas de vacinação infantil no país, entretanto, ainda insatisfatórias para o alcance da meta de cobertura esperada.

Interessante observar também que, as vacinas da Hepatite B em crianças com até 30 dias de vida e as vacinas de primeiro reforço da Pneumonia, Meningite e as da Poliomielite 1º e 2º reforços nunca atingiram o alcance da meta de cobertura vacinal em todo o período avaliado (2011 a 2022).

4.2 Cobertura vacinal de Rotavírus, Pneumocócica 10 e Pentavalente nas Unidades Federativas em 2019

Na tabela 2 tem-se a cobertura vacinal média de imunobiológicos específicos em 2019. Nesse ano, a cobertura vacinal média no país, para os imunobiológicos específicos (Rotavírus, Pentavalente, Pneumocócica e Pneumocócica 1º reforço) foi a seguinte: 85,6%, 71,7%, 90,4% e 84,6%, respectivamente. Em 2019, a vacina Pneumocócica alcançou a maior média de cobertura registrada com 90,4%. Por outro lado, a vacina Pentavalente apresentou a menor média de cobertura, com apenas 71,7%.

Tabela 2 – Cobertura vacinal média de imunobiológicos, Brasil 2019

Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	Percentil		
				25	50	75
Cobertura vacinal						
Rotavírus	85,6	6,0	75,1	95,5	82,1	85,8	88,9
Penta	71,7	8,7	52,7	89,7	66,5	72,0	78,1
Pneumo	90,4	5,9	78,4	102,4	86,8	90,2	93,6
Penumo 1° reforço	84,6	7,1	72,6	97,7	79,1	86,4	89,7

Fonte: Elaborado pelas autoras

Na Tabela 3, comparam-se as coberturas vacinais para imunobiológicos específicos (Rotavírus, Pneumocócica10 e Pentavalente) nas Unidades Federativas no ano de 2019. Os estados com a maior cobertura vacinal, em 2019, foram: Paraíba para a vacina Rotavírus e Rondônia para as demais vacinas. Já os estados com a pior cobertura vacinal no ano analisado foram: Rio de Janeiro para as vacinas contra Rotavírus e Pneumonia; Amapá para a vacina Pentavalente e Roraima para a Pneumocócica 1º reforço.

Tabela 3 – Cobertura vacinal de Rotavírus, Pneumocócica 10, Pneumocócica 1º reforçoe Pentavalente no Brasil e nas Unidades Federativas, 2019

Unidade da Federação	Rotavírus Humano	Penta	Pneumocócica	Pneumocócica (1º ref)	Total
Total	85,4	70,76	89,07	83,47	82,17
Rondônia	88,92	89,66	102,44	97,68	94,68
Acre	84,5	76,42	91,53	78,82	82,82
Amazonas	82,55	78,58	92,51	86,41	85,01
Roraima	78,95	64,39	90,26	72,63	76,56
Pará	76,03	62,38	82,14	73,55	73,53
Amapá	78,73	52,67	84,9	76,09	73,1
Tocantins	88,73	76,38	94,02	90,44	87,39
Maranhão	77,52	58,46	84,13	75,08	73,8
Piauí	82,4	68,15	86,74	81,79	79,77
Ceará	94,96	80,05	98,85	89,82	90,92
Rio Grande doNorte	84,56	68,87	89,32	87,32	82,52
Paraíba	95,51	82,19	99,9	90,12	91,93
Pernambuco	86,73	73,69	90,14	86,37	84,23
Alagoas	88,83	79,12	94,73	89,52	88,05
Sergipe	82,03	76,81	84,73	84,39	81,99
Bahia	75,23	66,89	79,56	73,59	73,82
Minas Gerais	90,4	74,36	91,88	87,1	85,94
Espírito Santo	88,7	66,36	91,76	88,41	83,81
Rio de Janeiro	75,05	55,15	78,4	73,48	70,52
São Paulo	87,17	72,1	89,81	82,85	82,98

Paraná	90,8	79,03	92,38	88,42	87,66
Santa Catarina	95,35	71,98	97,88	93,59	89,7
Rio Grande do Sul	86,94	71,77	89,64	86,9	83,81
Mato Grosso doSul	94,82	85,7	98,17	96,63	93,83
Mato Grosso	86,18	72,52	90,58	90,44	84,93
Goiás	83,98	6 4	86,99	84,87	79,96
Distrito Federal	85,38	69,95	88,06	79,87	80,82

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Nota: valores em vermelho referem-se à cobertura vacinal abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde.

4.3 Discussão sobre a queda na cobertura vacinal

Os resultados desta análise apontaram a queda da cobertura vacinal no período compreendido entre 2011 e 2022. O financiamento inadequado e o aumento da hesitação vacinal têm sido apontados como alguns dos principais fatores para a queda na cobertura vacinal, que se tornou ainda mais evidente no período da pandemia da COVID-19, deixando as crianças mais susceptíveis às doenças devido à falta de implementação e manutenção eficazes da cobertura vacinal de rotina. Atualmente, o risco de surtos de doenças imunopreveníveis está em seu ponto mais crítico nos últimos 30 anos, quando se avalia a vacinação nas Américas. Em 2021, mais de 2,7 milhões de crianças menores de 1 ano não receberam todas as doses de vacina contra difteria, tétano e coqueluche. E dois países, Brasil e México, responderam por mais de 50% das crianças que nunca receberam uma vacina na região (Organização Pan-americana da Saúde, 2023a, 2023b).

Um dos principais motivos para a queda na cobertura vacinal, conforme estudo de Verjovsky et al. (2023), foi a disseminação de informações falsas (fake news) e teorias de conspiração sobre vacinas. Os autores pesquisaram sobre as narrativas pró e antivacina que circularam no Twitter no período de 9/12/21 a 9/02/2022, e identificaram-se dois grupos: um a favor das vacinas e outro contra. A disseminação de informações falsas (fake news) nas redes sociais e em outros meios de comunicação levaram muitas pessoas a duvidarem da segurança e eficácia das vacinas, o que resultou em uma hesitação crescente em vacinar suas crianças.

O estudo de Silveira et al. (2021), em Pelotas, analisou a cobertura vacinal entre 1982 e 2015. Houve um declínio na cobertura ao longo de quatro décadas, com uma reversão em 2005, quando a cobertura caiu, especialmente entre famílias ricas. O declínio recente na cobertura pode ser devido à complexidade crescente do cronograma de vacinação e à falta de financiamento no setor de saúde, enquanto a queda entre famílias ricas está ligada à hesitação vacinal.

É importante destacar que as vacinas que empregam esquemas de doses sequenciais, como o primeiro e o segundo reforços da Poliomielite, o primeiro reforço da Meningite e da Pneumonia, nunca atingiram as metas de cobertura estabelecidas no período avaliado de 2011 a 2022. A vacina da Poliomielite (2º reforço) apresentou a pior taxa de cobertura vacinal do país. Tais evidências ressaltam os desafios enfrentados na adesão aos esquemas vacinais completos, o que compromete a obtenção da cobertura vacinal desejada e aumenta a

vulnerabilidade das crianças a doenças evitáveis por vacinas.

No presente estudo, também foi avaliada a média de cobertura vacinal para Imunobiológicos Específicos (Rotavírus, Pentavalente, Pneumocócica 10 e primeiro reforço) no Brasil em 2019 e constatou-se que não houve o alcance da meta esperada no país, com a pior média registrada para a vacina Pentavalente. De acordo com Homma et al. (2020), as estimativas de cobertura vacinal para a terceira dose da Pentavalente e a primeira dose da vacina do Sarampo em países apoiados pela GAVI oferecem um indicador confiável da proporção de crianças com acesso aos serviços básicos de vacinação.

A cobertura vacinal é uma preocupação global. A colaboração internacional, como destacaram Malhame et al. (2019), impulsionou o uso de vacinas combinadas, aumentando a cobertura global em cerca de 3%. Portanto, tal tipo de cooperação entre os países ajuda a melhorar o acesso e custos relacionados à vacina.

Os problemas de acesso à vacinação no país são fundamentais para a garantia da vacinação das crianças. Pode haver problemas de acesso às vacinas devido à falta de imunobiológicos, horário de funcionamento das unidades básicas, acessibilidade geográfica, hábitos e crenças, medo da dor, notícias falsas veiculadas em mídias e redes sociais, entre outros fatores (Lacerda; Bezerra, 2019).

Os dados desta pesquisa revelaram uma tendência preocupante de queda nas taxas de cobertura vacinal infantil no Brasil ao longo dos anos, o que requer medidas urgentes para garantir que as crianças recebam as vacinas necessárias para a sua proteção

5 CONCLUSÃO

O Brasil enfrenta a ameaça real da reintrodução de doenças que já haviam sido controladas ou erradicadas por meio da vacinação, como por exemplo, a poliomielite. Esse cenário é agravado pela dificuldade em se atingir as metas de cobertura vacinal estabelecidas para diversas vacinas, incluindo aquelas que requerem doses sequenciais. A falta de adesão aos esquemas vacinais completos expõe as crianças a doenças evitáveis, evidenciando a vulnerabilidade da população.

A heterogeneidade na cobertura vacinal entre as Unidades Federativas do Brasil é uma preocupação adicional, destacando a necessidade de ações direcionadas para regiões com taxas mais deficientes de cobertura com implementação de estratégias de saúde sensíveis às necessidades específicas de cada região e ainda uma colaboração coletiva para melhorar o acesso aos serviços de saúde, especialmente em áreas menos favorecidas.

A pandemia da COVID-19 teve um impacto significativo na cobertura vacinal, uma vez que a atenção da população se encontrava direcionada para o combate ao coronavírus, muitas vezes em detrimento das vacinas imunopreveníveis. Desafios logísticos e de acesso à saúde podem explicar parte da queda na cobertura vacinal e a vulnerabilidade do sistema de saúde em momentos de crise. No entanto, a queda persistente da cobertura vacinal em anos anteriores sugere problemas crônicos na vacinação.

A disseminação de desinformação, incluindo as fake news, também contribuiu para a hesitação vacinal, minando a confiança do público nas vacinas, sendo essencial abordar essa questão e investir em campanhas de conscientização para combater a propagação de informações inverídicas.

Os anos de 2016, 2020 e 2021 foram particularmente desafiadores, com taxas de cobertura vacinal defasadas, coincidindo com eventos críticos na política e na economia do país. O ano de 2021 se revelou como o mais incipiente em termos de queda na cobertura vacinal, representando um desafio importante para a saúde pública no país. Em 2022, houve indícios de uma incipiente recuperação nas taxas de cobertura vacinal, mas ainda longe de atingir os níveis desejados.

REFERÊNCIAS

BARBIERI, C. L. A.; MARTINS, l. C.; PAMPLONA, Y. A.P. **Imunização e cobertura vacinal**: passado, presente e futuro. Santos: Universitária Leopoldianum, 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade infantil no Brasil **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 52, n. 37, p. 1-15, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Instrução normativa- Calendário Nacional de Vacinação 2022.** https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-aaz/c/calendario-nacional-de-vacinação/calendario-vacinal-2022/instrução-normativa-calendario-nacional-de-vacinação-2022/view.Acessado em 8 de Agosto de 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS. **Curso de aperfeiçoamento fortalecimento das ações de imunização nos territórios municipais.** Dia a dia na sala de vacina e planejamento e avaliação dos resultadosdas ações em imunização: aula 30 planejamento e avalição dos resultados das ações de imunização - parte II. Campinas: Faculdade São Leopoldo Mandic, 2021. (Modulo 5).

DOMINGUES, C. M. A. S. *et al*. The brazilian national immunization program: 46 years of achievements and challenges. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 1-17, out. 2020.

FERNANDES, J. *et al*. **Vacinas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **A cada cinco segundos, morre no mundo uma criança com menos de 15 anos**. Rio de Janeiro: UNICEF, 2018. Disponível em: https://www.unicef.org/angola/comunicados-de-imprensa/cada-cinco-segundos-morre-no-mundo-uma-crian%C3%A7a-com-menos-de-15-anos. Acesso em: 18 jun. 2022.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **A pandemia de Covid-19 leva a um grande retrocesso na vacinação infantil, mostram novos dados da OMS e do UNICEF**. Rio de Janeiro: UNICEF, 2021. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/pandemia-de-covid-19-leva-a-um- grande-retrocesso-na-vacinacao-infantil . Acesso em: 18 jun. 2022.

HOMMA, A. *et al*. **Vacinas e vacinação no Brasil**: horizontes para os próximos 20 anos. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2020.

LACERDA, A. A. de; BEZERRA, N. O. **Acesso às vacinas de doenças imunopreveníveis no Brasil, por meio do Sistema ùnico de Saúde (SUS).** Anais dos Seminários de Iniciação Científica, n. 23, 2019. Disponível em: https://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/6469/5099

MALHAME, M. *et al*. Shaping markets to benefit global health: 15-year history and lessons learned from the pentavalent vaccine market. **Vaccine: X**, Londres, v. 2, p. 100033, jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Unicef aponta queda de cobertura vacinal no Brasil e em Angola**. Brasília, DF: ONU Brasil, 2023. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2023/04/1813142. Acesso em: 30 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Imunização**. 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/imunizacao https://www.paho.org/pt/topicos/imunizacao. Acesso em: 18 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Imunização infantil inicia recuperação após retrocesso da COVID-19**. Washington: OPAS, 2023a. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/18-7-2023-imunização-infantil-inicia-recuperação-apos-retrocesso-da-covid-19. Acesso em: 08 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **Risco de surto de doenças preveníveis por vacinação é o mais alto em 30 anos, diz diretor da OPAS**. Washington: OPAS, 2023b. Disponível em: https://www.paho.org/pt/notícias/20-04-2023-risco-surto-doencas-preveniveis-por-vacinacao-e-mais-alto-em-30-anos-diz-diretor. Acesso em: 08 ago. 2023.

SILVEIRA, M. M. *et al.* Effect of COVID-19 on Vaccination Coverage in Brazil. **Journal of Medical Microbiology**, Londres, v. 70, n. 11, p. 1-5, nov. 2021.

VERJOVSKY, M. *et al.* Political quarrel overshadows vaccination advocacy: how the vaccine debate ou brazilian twiter was framed bu anti-vaxxers during bolsonaro administration. **Vaccine**, Amsterdã, v. 41, n. 39, p. 5715-5721, set. 2023.

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Luanne Fernandes Soares Monteiro ; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Vanessa de Almeida; Professora Associada do Departamento de Gestão em Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Keli Bahia Felicíssimo Zocratto; Professora Adjunta do Departamento de Gestão em Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: As condições de saúde das pessoas privadas de liberdade, no Brasil, são um desafio para a saúde pública, considerando o contexto sanitário e estrutural do sistema prisional. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura para descrever as condições de saúde dessas pessoas, no cenário prisional brasileiro. O estudo seguiu etapas de seleção, categorização, análise crítica, interpretação e apresentação dos resultados. Realizaram-se buscas na Biblioteca Virtual em Saúde, usando as bases Lilacs e Medline, com os descritores "prisioneiros" e "doença" ou "saúde", considerando publicações acadêmicas em português de 2017 a 2022. Foram selecionadas 15 produções acadêmicas relevantes, destacando doenças como infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida, tuberculose e depressão. Insalubridade, violência, sexo desprotegido, compartilhamento de agulhas, uso de drogas, desnutrição, má ventilação, falta de medicamentos e profissionais foram associados a esses agravos. Os desafios do sistema prisional e do sistema de saúde dificultam avanços para que a saúde alcance essa população. Neste sentido, é essencial promover ações coordenadas e articuladas entre segurança, justiça e saúde para melhorar a situação.

PALAVRAS-CHAVE: prisioneiros; doença; saúde

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, diversos estatutos legais regem os direitos e a proteção da pessoa privada de liberdade, tais como: Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, além de legislações específicas, como a Lei de Execução Penal. Na área legislativa, o estatuto executivo penal brasileiro é considerado um dos mais democráticos existentes, pois parte do princípio da humanidade. Neste sentido, qualquer penalidade desnecessária, cruel e degradante fere os princípios da lei. Contudo, na prática, vivencia-se uma constante violação dos direitos das pessoas privadas de liberdade (ASSIS, 2007).

Problemas provenientes do grande número da população carcerária, no Brasil, juntamente aos fenômenos da institucionalização e preconceitos sofridos pelo preso e ex-preso, centrado na pena de reclusão em regime fechado, torna-se uma das mais cruéis violências praticadas com aval institucional (SOARES FILHO; BUENO, 2016). Desse modo, Assis (2007) reforça a ideia de que o sistema prisional brasileiro fortalece a dupla penalização do condenado: a pena de reclusão propriamente dita e o deplorável estado de saúde que ele adquire durante a sua permanência no cárcere.

A superpopulação no sistema prisional brasileiro, sua precariedade e insalubridade tornam a cadeia um ambiente propício às mais diversas doenças. Esses fatores, associados a uma alimentação inadequada, sedentarismo, uso de drogas, condições de higienes precárias e todo o mal que o aprisionamento traz, colocam a saúde do presidiário em estado de vulnerabilidade (SOARES FILHO & BUENO, 2016). Dessa forma, os agravos de saúde da população carcerária tornam-se um desafio para os órgãos públicos e para o respeito aos direitos fundamentais, sendo um tema relevante para o debate no campo da saúde pública e da justiça

social. Nesse sentido, o presente estudo apresenta uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de descrever sobre as condições de saúde vivenciadas pelos sujeitos privados de liberdade no Brasil, visando contribuir com a consolidação de informações sobre o tema e ser subsídio às ações de reformulação de políticas públicas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Sistema prisional brasileiro

O sistema prisional brasileiro tem sido marcado historicamente por momentos que revelam e apontam a negligência em relação à efetivação das políticas públicas no campo penal, bem como os modelos de construção que se tornaram irrealizáveis quanto sua aplicação (MACHADO et al., 2013). As primeiras ideias sobre estabelecimentos prisionais, surgiu por volta do século XVIII, sendo que até 1830, não existia um Código Penal (CP) próprio brasileiro, pelo fato do Brasil colonial se submeter à ordem e normas de Portugal. As ordenações portuguesas traziam nos seus livros as instruções com o rol de crimes e penas a serem aplicados aos transgressores da lei. Entre as penas, destacam-se: penas de morte, penas corporais altamente severas, confisco de bens, multa e penas de humilhação pública do réu (BORDALO, 2017).

Somente a partir do século XIX que surgem, no Brasil, as prisões com celas individuais e oficinas de trabalho, além de uma arquitetura própria para a prisão. Após a instituição do Código Penal de 1890, permitiu-se estabelecer novas formas de prisão, levando em conta que não haveria mais prisões perpétuas ou coletivas, sendo limitada à penas restritivas de liberdade com pena máxima de trinta anos, bem como prisão celular, reclusão, prisão com trabalho obrigatório e disciplinar (MACHADO et al., 2013).

Atualmente, é no Código Penal Brasileiro (CPB) de 1940, ainda em vigor, e que sofreu, ao longo do tempo, diversas alterações que, majoritariamente, estão contidas as formas de sanções e suas características, além das modalidades de condutas e penas a serem aplicadas no Brasil. Após a reforma do CPB, através da Lei 7.209/84, passou a existir no Brasil somente as modalidades de penas aplicáveis que se caracterizam em: privativas de liberdade, restritivas de direito e penas de multa (art. 32, CP/40).

No que se refere às penas privativas de liberdade, o Brasil adota três modalidades: regime fechado, semiaberto e aberto. O artigo 33 do CP considera regime fechado, a execução da pena em estabelecimento de segurança máxima ou média; regime semiaberto, a execução da pena em colônia agrícola, industrial ou estabelecimento similar; e regime aberto, a execução da pena fora de estabelecimento penal (ESTRELLA et al., 2021).

A população privada de liberdade no Brasil, apresenta um perfil demográfico que é reflexo da desigualdade social e racial no país. A falta de políticas públicas inclusivas, baixa escolaridade, poucas oportunidades de emprego e a cultura da violência são fatores que favorecem o aumento da criminalidade e, por consequência, o aumento da população carcerária. A demografia dos privados de liberdade reflete o perfil do preso brasileiro que se mantém há anos entre jovens, negros e de baixa escolaridade: 75% têm entre 18 a 34 anos de idade; 67% possuem ensino fundamental incompleto; 67% são compostos por negros (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

Encontra-se, no Brasil, umas das maiores populações privadas de liberdade na atualidade. De acordo com Batista et al. (2019), o Brasil apresenta a terceira população carcerária do mundo, com 726.712 pessoas privadas de liberdade, ficando atrás da China (2º) e dos Estados Unidos da América (1º). O aumento expressivo da população dos privados de

liberdade agrava ainda mais o cenário em que há um déficit de 358.663 vagas no sistema prisional brasileiro. Esse quadro evidencia a precariedade das condições para abrigar o quantitativo de homens e mulheres que o sistema de encarceramento em massa tem produzido. Em 2023, segundo dados da Secretaria Nacional de Políticas Penais, o Brasil apresenta uma população prisional de 642.491 detentos e uma capacidade de 487.208 indivíduos, considerando as celas físicas, o que reforça o déficit existente (RELIPEN, 2024).

No fenômeno do encarceramento, o sistema prisional e o sistema de justiça criminal se retroalimentam: de um lado, os juízes facilitam o encarceramento em massa e, de outro, o Poder Executivo, por meio das unidades prisionais, não tem condições de manter física e financeiramente o mínimo exigido pela legislação vigente, o que viola os direitos humanos. O resultado dessa dualidade é um baixo número de vagas no sistema prisional, cuja superlotação dificulta o funcionamento e ações das políticas públicas existentes, gerando desigualdade e deixando as populações carcerárias vulneráveis (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

Esse cenário favorece a permanência de uma crise complexa no sistema prisional brasileiro. Além da violência dentro nos presídios, há outros desafios como: o preconceito social contra homens e mulheres que cometeram crimes; superlotação dos presídios por insuficiência de vagas; falta de infraestrutura e recursos humanos especializados; a não garantia dos direitos humanos e sociais dos infratores; além da lentidão nos processos judiciais relacionados às execuções criminais. Todos esses fatores agravam a situação. As ações implementadas pelo governo não têm sido efetivas na solução do problema que, por vezes, se limitam à construção de novos presídios, o que inevitavelmente reduz a escassez de vagas, mas não promove uma mudança na realidade para combater a criminalidade e sua reincidência (BATISTA et al., 2019).

No que tange a dignidade mínima primordial da população e seus direitos fundamentais, Soares Filho e Bueno (2016) afirmam que aos presos são eximidos toda a sua honra, já que a eles não são garantidos os seus direitos, haja vista que a ineficiência e incapacidade jurídica dos poderes públicos não conseguem implementação do nível "mínimo de existência" para a convivência que atendam às suas necessidades básicas.

2.2 A saúde no sistema prisional

A Constituição Brasileira de 1988 garante aos indivíduos privados da liberdade, os direitos básicos humanos e sociais. Contudo, ganha força na sociedade a ideia de que é aceitável a retirada desses direitos, incluído o direito à saúde. Ao negar esses direitos, a sociedade naturaliza a dupla condenação pelo crime cometido, ou seja, a perda da liberdade com todas as suas consequências e estigmas com um estado de saúde vulnerável durante o cumprimento da pena (BATISTA et al., 2019).

Ferreira et al. (2020) reforçam a ideia de que a saúde é um direito constitucional e deve ser assegurada universalmente e integralmente. A discriminação e a violência voltadas às pessoas privadas de liberdade são fatores determinantes de agravos à sua saúde, o que evidencia a necessidade de acentuar os esforços do setor saúde na premissa da humanização da atenção.

O ambiente das unidades prisionais, somado aos baixos números de agentes penitenciários e a indisponibilidade de transporte apropriado para atendimento de saúde fora da unidade, como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou rede hospitalares, são exemplos de barreiras que dificultam as ações de saúde (BATISTA et al., 2019).

Soares Filho e Bueno (2016) salientam a necessidade de uma atenção sanitária em relação ao baixo número de consultas médicas. Como se observa nos pequenos municípios do interior e nas áreas voltadas a grupos específicos da população, tais como os indígenas e ribeirinhos, também existe um grande déficit de médicos no sistema prisional, visto que há o

estigma relacionado à população carcerária, baixo salário e as circunstâncias de trabalho (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

No que se diz respeito à mortalidade dentro do sistema prisional, as informações conhecidas são as emitidas pela mídia e sociedade civil ou informadas pelo Departamento Penitenciários Nacional por meio de dados fornecidos pelos estados da federação. Estas informações apresentam grande limitação, uma vez que são dados coletados semestralmente através de um formulário padrão, cuja precisão não é assegurada e as causas de óbitos não seguem a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Dessa forma, não é possível identificar a real causa de óbitos por doenças, o que dificulta mensurar a qualidade da assistência e a reformular as ações de políticas de saúde prisional. De acordo com Sánchez et al. (2021), há mais de 700.000 pessoas privadas de liberdade em condições desumanas atualmente nas prisões brasileiras, em celas coletivas, mal ventiladas, superlotadas, com higiene precária, agravadas inclusive pelo restrito acesso à água. Essas condições de encarceramento, aliadas às deficiências do sistema de saúde prisional, são responsáveis por expressivos números de mortes relacionadas às doenças infectocontagiosas.

2.3 Políticas de saúde no sistema prisional

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988, na Seção II, afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, tendo este o dever de reduzir os riscos de doenças e outros agravos por meio políticas públicas, bem como oferecer acesso universal. Assim, faz-se desse dispositivo constitucional um importante subsídio do direito à saúde aos indivíduos privados de liberdade (FERREIRA *et al.*, 2020). Nesse sentido, em 2003, foi criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), por meio da Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, instituído com o intuito de tornar mais adequada a legislação penal e o Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando maiores direitos aos privados de liberdade no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Conforme afirma Soares Filho e Bueno (2016), no Brasil, todos os estados e o Distrito Federal encontram-se qualificados ao PNSSP, o que representa 271 equipes de saúde no sistema penitenciário, habilitadas e ativas, em 239 unidades básicas de saúde prisional, em penitenciárias de 154 municípios.

Em 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde, integrando as unidades de saúde prisional no âmbito da atenção básica à Rede de Atenção à Saúde, foi criada, no Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), mediante a Portaria Interministerial nº 1 (BATISTA *et al.*, 2019). Com essa política, toda unidade prisional habilitada pelo SUS passou a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ofertando ações de atenção básica para toda população privada de liberdade em todo o itinerário carcerário, que vai desde presos provisórios em delegacias de polícia e centros de detenção provisória a presos condenados em penitenciárias estaduais e federais (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

A PNAISP visa garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado integral no SUS, tendo como princípios a integralidade da atenção à saúde, a intersetorialidade e a territorialidade, com a conexão das redes de atenção básica, especializadas, hospitalar e urgência/emergência fora do cárcere. Contudo, em 2021, a implementação dessa política estava em fase inicial em diferentes estados da federação, sendo em muitos locais a administração prisional a principal responsável pela atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade (SÁNCHEZ *et al.*, 2021).

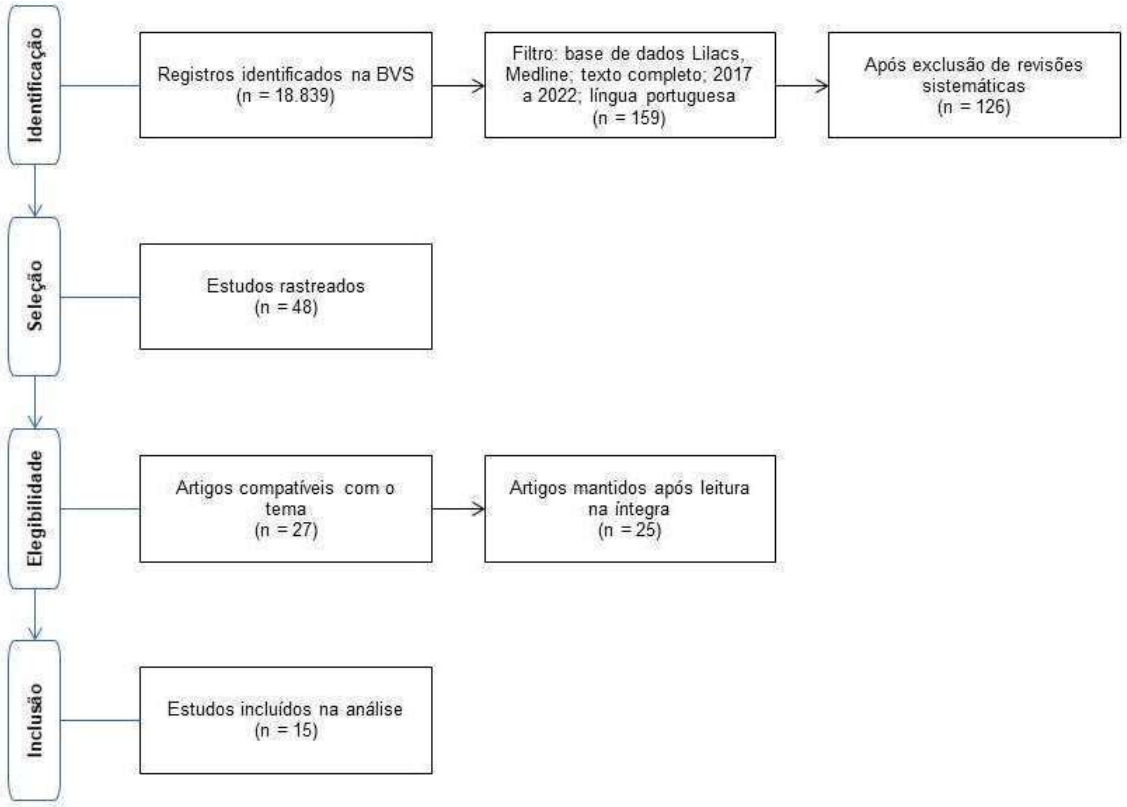
No campo da saúde pública, as prisões são um grande desafio sanitário, mas a maioria dos gestores da saúde ainda não os vê como um local de intervenção, mesmo após as

regulamentações sanitárias penitenciárias de 2003 e 2014, que vincularam o SUS ao sistema prisional. O controle sanitário das doenças na população privada de liberdade deve passar principalmente por ações de atenção primária, levando em consideração o perfil dos jovens em idade produtiva e teoricamente saudáveis, buscando assim solucionar a maioria de seus problemas de saúde. Ao controlar os agravos dos reclusos, controla-se também os agravos dos cidadãos que entram regularmente nas prisões para visitas familiares ou íntimas às pessoas privadas de liberdade. No entanto, o manejo tardio dessas doenças afeta todo o sistema de saúde local ao considerar a sua disseminação entre a população livre e a carcerária. Dessa forma, verifica-se que a vulnerabilidade da população privada de liberdade também torna o município vulnerável, justificando, portanto, a priorização das ações de vigilância epidemiológica e sanitária direcionadas para a prevenção e controle (SOARES FILHO; BUENO, 2016)

3 METODOLOGIA

Revisão integrativa de literatura seguindo as etapas sugeridas por Mendes, Silveira e Galvão (2008). Realizou-se uma seleção de estudos sobre o tema proposto através das buscas bibliográficas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio dos descritores “prisioneiros” (and) “doença” (or) “saúde”. Inicialmente, foram identificados 18.839 estudos contendo os descritores citados. Após aplicação dos critérios de inclusão, sendo eles: produções acadêmicas (artigos, teses/dissertações) com textos completos, base de dados Lilacs e Medline, período de 2017 a 2022, disponíveis gratuitamente e publicados na língua portuguesa, restaram 159 trabalhos elegíveis. Após filtrar todos os estudos e excluir os artigos de revisão de literatura, restaram 126 estudos a serem identificados.

Figura 1. Etapas de categorização



Fonte: elaborado pelo autor, adaptado de COSTA *et al.*, 2022.

A seguir, foram detectados e descartados os artigos duplicados e aqueles que não respondiam à pergunta do estudo, restando 48 trabalhos para leitura. Após uma avaliação criteriosa, foram eliminados os estudos que se concentravam exclusivamente na saúde de mulheres privadas de liberdade, aqueles que abordavam temas relacionados ao processo de trabalho e questões ligadas aos profissionais de saúde, bem como os estudos que não tratavam de forma abrangente da saúde da população privada de liberdade. Com isso, foram selecionados 15 estudos elegíveis para subsidiar a presente revisão integrativa.

Em seguida, categorizaram-se as produções, com o objetivo de organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, agrupando-os por temáticas afins, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo para análise criteriosa, de maneira crítica, com a posterior interpretação e discussão dos principais resultados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os Quadros de 1 a 3 apresentam uma síntese das produções acadêmicas analisadas, identificados pelo título e autor, ordenados pelo ano de publicação e agrupados em três eixos por similaridade de temas: política e legislação; teóricos; e estudos de casos/análises pragmáticas.

Quadro 1. Síntese das produções acadêmicas segundo eixo política e legislação (n =2)

EIXO 1: POLÍTICA E LEGISLAÇÃO		
TÍTULO	**AUTOR (ANO)**	**RESUMO**
Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade	BARBOSA *et al.* (2022)	Os participantes eram em sua maioria jovens, oriundos do Estado da Paraíba, casados, católicos, com média de um a três filhos, recebiam a visita de familiares, possuíam ensino fundamental incompleto, renda familiar inferior a um salário-mínimo, encontravam-se em regime fechado e eram reincidentes. Após a análise das falas, conformaram-se as categorias: Assistência à saúde e Estrutura física. Os desafios para garantia da integralidade no cuidado às PPL no contexto brasileiro remetem às carências estruturais das políticas públicas de saúde, acentuadas no contexto prisional pela desarticulação entre os processos de trabalho da saúde e da justiça, assim como pela fragilidade formativa dos atores envolvidos na assistência a esta clientela.
Acesso ao direito à saúde no cárcere: entre o prescrito e o real	CAÇADOR *et al.* (2021)	Apesar do direito à saúde ser uma prerrogativa constitucional a ser garantida a todo cidadão, inclusive aos privados de liberdade, existem barreiras no cárcere que impedem esse acesso, como dependência do agente penitenciário por meio de comunicação mediante bilhete, ausência de profissionais de saúde em tempo integral e falta de medicações, necessitando que a família atue como rede de cuidado.

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 2. Síntese das produções acadêmicas segundo eixo teóricos (n =5)

EIXO 2: TEÓRICOS		
TÍTULO	**AUTOR (ANO)**	**RESUMO**
A Saúde e o Psicotrópico no Sistema Prisional	FREITAS; CALIMAN (2017)	As práticas de saúde podem fortalecer estratégias de controle e produzir mortificação, como podem escapar dos investimentos biopolíticos e produzir resistência. Afirma-se que as condições de confinamento são paupérrimas e contribuem para a prevalência de doenças infectocontagiosas. Saúde nas prisões é um assunto que se encontra no limiar entre o direito de cuidado do próprio corpo e práticas de medicalização autoritárias.
Vulnerabilidade de pessoas privadas de Liberdade ao vírus da imunodeficiência humana	ARAÚJO *et al.* (2018)	Pessoas privadas de liberdade compõem um grupo vulnerável à infecção pelo vírus e evidenciam a necessidade de ações públicas, incluindo estratégias, que contemplem a demanda de saúde dos internos do sistema prisional do Estado.
Fatores associados à cura e ao abandono do tratamento da tuberculose na população privada de liberdade	ALVES *et al.* (2020)	Os desfechos de cura e abandono na população privada de liberdade estão associados principalmente com a realização ou não da baciloscopia de acompanhamento e com a síndrome da imunodeficiência adquirida.

Coinfecção tuberculose- HIV em unidades prisionais: análise dos fatores associados ao desfecho dos casos	SAITA (2020)	Analisou as ações de saúde ofertadas às pessoas privadas de liberdade com coinfecção tuberculose-HIV, bem como os fatores associados ao desfecho do tratamento da tuberculose no estado de São Paulo. Estudo transversal (2016-2018). Identificou deficiência de recursos humanos, baixa realização de ações para diagnóstico e acompanhamento dos casos.
Coordenação do cuidado às pessoas que vivem com HIV no sistema prisional	CADAMURO *et al.* (2020)	O desempenho das unidades prisionais não difere em relação à grande parte dos indicadores de coordenação estudados, indicando que todas precisam melhorar o desempenho no que diz respeito ao desenvolvimento de ações de monitoramento do uso da TARV, informar e discutir resultados dos exames com os detentos e levar para atendimento fora da unidade prisional.

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 3. Síntese produções acadêmicas segundo eixo estudo de casos e análises pragmáticas (n =8)

EIXO 3:ESTUDO DE CASOS E ANÁLISES PRAGMÁTICAS		
TÍTULO	**AUTOR (ANO)**	**RESUMO**
Fatores associados à prevalência do vírus da imunodeficiência humana em população privada de liberdade	SOUSA *et al.* (2017)	Estudo epidemiológico, transversal desenvolvido com presidiários. Realizou- se entrevista com uso de formulário e testes rápidos para o diagnóstico. Utilizou- se de testes de hipóteses bivariados e multivariados, com regressão logística simples (Odds ratio não ajustado) e múltipla (Odds ratio ajustado). O nível de significância foi fixado em p≤0,05. O enfrentamento da infecção pelo HIV representa desafio significativo para as autoridades penitenciárias e sanitárias, considerando-se que questões relacionadas ao contexto do vírus da imunodeficiência humana dentro e fora de ambientes prisionais estão interligadas e, portanto, demandam ação coordenada.
Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade	VALIM *et al.* (2018)	Estudo qualitativo para verificar a realização de consulta e orientação sobre serviço de saúde no momento do ingresso em uma penitenciária de Minas Gerais, Brasil. Foram entrevistadas 21 pessoas nessa situação, e a maioria referiu ausência de consulta no ingresso, inexistência de orientação sobre funcionamento da unidade de saúde prisional, bem como situações nas quais são encaminhadas para atendimento extramuros. Ainda foram relatadas dificuldade para atendimento, insatisfação com conduta terapêutica e preocupação com transmissão intrainstitucional de doenças. Considerando que a falta de consulta e orientação nesse momento podem gerar danos irreparáveis, buscou- se, com base na

		bioética, refletir sobre a negligência do Estado para com o custodiado em situação de vulnerabilidade
Perfil epidemiológico dos detentos: patologias notificáveis	CORDEIRO *et al.* (2018)	Foi possível detectar que, em relação ao perfil epidemiológico dos detentos, verificou-se que 66,73 % têm de 18 a 31 anos, 8,85 % convivem com o vírus do HIV/Aids, e 13,27 % possuem transtorno mental. O cenário do sistema prisional é de condições subumanas, que fere com os direitos humanos básicos de cidadania. Nessa situação, a vulnerabilidade aumenta, e a emergência para a atuação de políticas, estratégias e ações que intervenham nesses locais são evidentes. São necessárias intervenções educativas com os detentos, maior número de profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, capacitados e sensibilizados para atuar nessa realidade, a fim de garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.
Fatores associados à depressão em homens e mulheres presos	SANTOS et al. (2019)	A prevalência de depressão em mulheres foi de 33,3% (30,3 – 36,5) e em homens de 12,9% (11,1 – 15,0). Entre homens, foram associados a depressão falta disciplinar no presídio, histórico infracional na adolescência, ter companheira e problemas de saúde. Associados a outros transtornos: histórico infracional na adolescência e reincidência. Entre mulheres, as associações com depressão foram: problemas de saúde, crime de drogas e violência, estar presa em penitenciaria e reincidência. Outros transtornos foram com problemas de saúde, reincidência, histórico infracional e crime violento.
Perfil da tuberculose em populações vulneráveis: pessoas privadas de liberdade e em situação de rua	AGUIAR et al. (2021)	Observaram-se 43 casos de tuberculose em pessoas privadas de liberdade e 188 na população em situação de rua, sendo a maioria do sexo masculino, raça preta ou parda e com idade média de 38 e 40 anos, respectivamente. Nos dois públicos, a escolaridade foi inferior a 12 anos e a maioria não era beneficiária de auxílio financeiro. Como comorbidades, destaca- se a coinfecção HIV/TB, o alcoolismo e o tabagismo. A ocorrência de tuberculose multidroga-resistente foi de 5% entre os privados de liberdade. Destaca-se a baixa realização do teste rápido molecular.
Rastreio radiológico para tuberculose em uma penitenciária do sul do Brasil	SCHUH *et al.* (2022)	Os indivíduos privados de liberdade apresentaram alta prevalência de alterações radiológicas com aspecto sugestivo de doença granulomatosa. Estes achados permitem inferir que na Penitenciária Modulada de Osório há elevada prevalência de tuberculose, provavelmente em níveis semelhantes a outras casas prisionais do Brasil.

Testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites crônicas na população carcerária em um complexo penitenciário de Salvador (BA), Brasil	LEITE *et al.* (2022)	Das pessoas privadas de liberdade, 581 (9,4%) obtiveram resultado reagente para uma ou mais IST, sendo sífilis a mais prevalente (80%). As variáveis idade maior de 25 anos [RP = 1,37 IC95% (1,17-1,61)] e nível de escolaridade sem presença de ensino superior [RP = 2,16 IC95% (1,04 - 4,49)] se mostraram associadas à maior taxa de positividade nos testes, enquanto o não compartilhamento de drogas em algum momento da vida mostrou ser fator protetor à positividade nos testes [RP = 1,28 IC95% (1,07-1,53)]. Conclui-se que existiu uma baixa prevalência das IST na amostra estudada, sendo sífilis a mais prevalente.
Análise do cuidado em saúde no sistema prisional do Pará, Brasil	LÔBO *et al.* (2022)	População de maioria jovem, negra e parda, de baixa escolaridade e do sexo masculino. Constatou-se um aumento, em números absolutos, de profissionais de saúde, mas sem acompanhar proporcionalmente o aumento da população carcerária. O número de consultas médicas, odontológicas e psicológicas variou de forma aleatória e fora dos limites quando inseridos em gráficos de controle estatístico. O potencial de cobertura das equipes de saúde prisional vinculadas aos SUS foi de no máximo 45,77%. Mutirões de saúde não aumentaram o número o total d e consultas . A incidência de tuberculose mostrou-se muito superior à média para população do estado e sua notificação mostrou-se adequada.

Fonte: elaborado pelo autor.

A saúde da população privada de liberdade (PPL) no Brasil é de extrema relevância, uma vez que envolve diversos aspectos, abrangendo desde a implementação das leis até as condições intrínsecas ao ambiente carcerário. Embora as bases legais reiterem o direito à saúde da PPL, observam-se progressos escassos em relação ao efetivo acesso aos serviços de saúde para essa parcela da população. As falhas na comunicação e a falta de integração entre os sistemas de saúde e as instituições de segurança pública representam desafios importantes na aplicação das leis.

No que tange às políticas públicas para os direitos de saúde da população privada de liberdade, desde 1984, a Lei de Execução Penal (LEP) reitera a importância do direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade, abrangendo a assistência preventiva e curativa por meio de serviços médicos, farmacêuticos e odontológicos. No entanto, o Estado não progrediu na efetiva implementação de cuidados de saúde específicos para essa população, que continua sujeita às intervenções inadequadas, fragmentadas e descoordenadas (BARBOSA *et al.*,2022).

Nas unidades prisionais, os Núcleos de Atendimento à Saúde (NAS) desempenham o papel de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), servindo como a entrada principal para as Redes de Atenção à Saúde (RAS). A falta de profissionais médicos na Equipe de Saúde Prisional (ESP) e a ausência de prontuários eletrônicos em grande parte do sistema carcerário dificulta a comunicação entre as diferentes redes de atenção à saúde. Nesse cenário, os agentes penitenciários assumem o papel de intermediários das informações, enquanto a coordenação com outros pontos de atenção requer o deslocamento dos detentos para fora da unidade prisional, envolvendo a mobilização de agentes penitenciários, viaturas e escoltas policiais, tornando-se mais um desafio para concretização da garantia constitucional (CAÇADOR *et al.*, 2021).

A provisão de cuidados de saúde nas unidades prisionais resulta da colaboração entre vários intervenientes, visando a coordenação e continuidade do cuidado por meio da comunicação entre as equipes de saúde e as equipes de justiça/segurança. Contudo, observam-se fragilidades na integração dessas equipes, comprometendo a integralidade e eficácia dos cuidados prestados, em conformidade com as necessidades e demandas de saúde das pessoas privadas de liberdade (CADAMURO *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) de 2014 corrigiu algumas lacunas ao associar as unidades prisionais ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Entretanto, a habilitação é facultativa em alguns estados, o que contribui para divergência entre ao acesso à saúde das PPL em diferentes unidades prisionais, tornando um cenário desafiador, pois contempla formas de organizações diversas no atendimento das demandas em saúde dos reclusos, inclusive dentro da mesma unidade federativa.

A atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade ainda ocupa uma posição discreta na pauta do SUS, pois somente nos últimos anos o tema deixou de ser exclusivamente de interesse e responsabilidade das políticas de segurança pública, passando a ser objeto de cooperação conjunta com as políticas sociais e de saúde (LÔBO *et al.*, 2022).

A prestação de serviços de saúde nas prisões é altamente precária, sendo considerado um dos direitos mais significativos entre a população carcerária devido à sua condição crítica e inadequada. Há controvérsias se as aplicações das políticas em saúde estão sendo de fato benéficas para as PPL, como sugerem Freitas e Caliman (2017). Ainda que as políticas em saúde visem resguardar os direitos dessa população, os estudos apontaram que dentro dos cárceres algumas ações de saúde coletivas, tais como vacinação e tratamentos medicamentosos, se dão através de imposição, não havendo possibilidade de escolha. Sendo assim, há uma fundamental diferença entre o usuário de saúde livre que tem o direito de recusar, participar e decidir sobre os planos terapêuticos e aquele cuja vida já foi capturada e está sobre o encarceramento.

Barbosa *et al.* (2022) concordam que existe uma concepção arraigada no senso comum de que aqueles que cometem delitos devem sofrer, inclusive fisicamente, e serem privados de seus direitos fundamentais básicos, incluindo o acesso à assistência à saúde. Essa perspectiva, quando combinada com a realidade brasileira marcada pelo racismo estrutural e pela ineficácia de políticas públicas inclusivas, intensifica as fragilidades no fornecimento de cuidados de saúde para pessoas privadas de liberdade, tanto dentro quanto fora dos muros das instituições penitenciárias. É crucial destacar que a maioria dos indivíduos encarcerados consiste em homens e mulheres, predominantemente negros e com baixa escolaridade, o que reflete as profundas desigualdades sociais e raciais presentes no Brasil (BARBOSA *et al.*, 2022).

A literatura revela que a população privada de liberdade se encontra exposta às situações que a tornam suscetível a diversas doenças infectocontagiosas e agravos à saúde. Essas condições abrangem a precariedade da infraestrutura carcerária, a insalubridade do ambiente prisional, a falta de acesso a informações sobre cuidados em saúde, a exposição à violência, a escassez de medicamentos, deficiências nutricionais e as complexidades burocráticas inerentes ao próprio sistema penitenciário. Caçador *et al.* (2021) reforçam que o acesso ao direito à saúde no contexto prisional é permeado por desafios, tais como a carência de profissionais de saúde em regime integral, a superlotação das celas e a dependência dos detentos em relação aos agentes penitenciários para atenderem as suas demandas. Esses obstáculos concorrem para que o acesso à saúde no ambiente carcerário se transforme mais em uma expectativa teórica de direito do que em uma garantia efetiva.

Vários estudos mencionam que práticas comuns no ambiente carcerário, como o compartilhamento de seringas para o uso de drogas e relações sexuais desprotegidas estão correlacionadas com o aumento das taxas de infecção pelo vírus HIV. Além disso, associa-se à

disseminação acentuada da tuberculose (TB), especialmente em indivíduos imunossuprimidos, onde a infecção encontra condições favoráveis para se propagar. O encarceramento em massa, a falta de ventilação e luz solar, diabete mellitus, uso de álcool e outras drogas, violência sexual, compartilhamento de materiais para fazer tatuagem, abandono do tratamento e falta de informação são fatores que predispõe os indivíduos privados de liberdade à coinfecção tuberculose-HIV (SAITA, 2020). O diagnóstico precoce é uma das abordagens mais eficazes no controle da coinfecção de tuberculose e HIV em pessoas privadas de liberdade. A instituição do diagnóstico precoce promove melhoras significativas nas condições clínicas dos apenados, devido a supressão viral através do uso da terapia antirretroviral (TARV) e vinculação ao plano terapêutico (CADAMURO *et al.,* 2020). O rastreamento radiológico emerge como uma ferramenta diagnóstica excelente para tuberculose, enquanto os testes rápidos para o HIV desempenham um papel crucial nesse processo. Em seguida, Araujo *et al.* (2018), corroborando com essa ideia, destacam também a importância de ações educativas, como oficinas de educação e formação de multiplicadores como estratégias para o controle do HIV no ambiente prisional. Na complexidade deste cenário, o abandono do tratamento da tuberculose tem sido uma das principais razões para o surgimento da tuberculose multidrogarresistente, representando um desafio significativo no tratamento. Isso se deve ao fato de que os regimes de tratamento para essa forma resistente são prolongados, aumentando a probabilidade de toxicidade e resultando em prognósticos menos favoráveis (AGUIAR *et al.*, 2021).

Outro desafio significativo para a saúde na população privada de liberdade é a alta prevalência de depressão, que está associada a diversos fatores, tais como a falta disciplinar no presídio, histórico infracional na adolescência, problemas de saúde, envolvimento em crimes relacionados a drogas e violência, além da reincidência no sistema prisional. Esses elementos contribuem para tornar os indivíduos afetados mais propensos à agressividade e suscetíveis ao desenvolvimento de doenças psicossomáticas (SANTOS *et al.*, 2019).

Nesse contexto, o uso de psicotrópicos, álcool e outras substâncias no ambiente carcerário se estabelece como uma medida adotada por esses indivíduos como uma forma de escapar de uma realidade marcada pelo sofrimento, estigmatização e negligência. A concepção de saúde entre as pessoas privadas de liberdade difere do paradigma médico tradicional, que frequentemente se concentra na doença e orienta as práticas de saúde tanto dentro quanto fora das prisões. Na perspectiva de alguns indivíduos privados de liberdade, a promoção da saúde exige uma consideração cuidadosa do que cada pessoa valoriza como aspectos saudáveis ou prejudiciais (FREITAS; CALIMAN, 2017).

De fato, todas essas questões não se limitam ao âmbito prisional, mas ecoam questões mais abrangentes de justiça social e acesso igualitário aos serviços de saúde. Assim, esses desafios requerem uma abordagem holística que englobe melhorias legislativas, investimentos em infraestrutura e políticas que garantam que a população privada de liberdade tenha acesso à assistência médica adequada e a um ambiente propício à reabilitação e reintegração social, pois percebe-se a discrepância no atendimento à saúde dessa parcela da população que se encontra sobre a tutela do estado.

5 CONCLUSÃO

As condições de saúde vivenciadas pela PPL, no Brasil, refletem o cenário do sistema penitenciário carente de estrutura física e organizacional que se apresenta dissonante com os direitos assegurados na Constituição Federal de 1988. Essa parcela da população encontra-se suscetível a diversas doenças infectocontagiosas, tais como HIV e tuberculose que, não raro, se apresentam numa coinfecção. Além destas, outras doenças infectocontagiosas relacionadas à prática sexual desprotegida, uso de drogas e compartilhamento de seringas merecem destaque, assim como a elevada prevalência de depressão entre os detentos.

A unidade prisional, como porta de entrada para Redes de Atenção à Saúde, necessita de ações em consonância com as outras redes de atenção a fim de atender as demandas de saúde da população privada de liberdade. Em se tratando das doenças infectos contagiosas e agravos em saúde que mais acometem as PPL, as ações de educação, prevenção e diagnóstico precoce são essenciais no controle dessas doenças.

O perfil da PPL reflete as desigualdades raciais e sociais do Brasil. O direito à saúde é um direito fundamental e, para que a PPL tenha os seus direitos resguardados, é importante preservar a autonomia ao permitir a participação efetiva no tratamento e projeto terapêutico, considerando as particularidades de cada indivíduo. Esse cenário evidencia a importância de ações coordenadas e articuladas no sistema prisional, que só é possível através da colaboração de diversos atores, em especial os setores da segurança, justiça e saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. H. S.; DE SALES CALHAU, G.; FERREIRA LACHTIM, S. A.; DA COSTA PINHEIRO,

P. N.; ARCÊNCIO, R. A.; LIMA DE FREITAS, G. Perfil da

tuberculose em populações vulneráveis: pessoas privadas de liberdade e em situação de rua.

Revista de Ciências Médicas e Biológicas, Salvador, v. 20, n. 2,

p. 253-258, mai-ago. 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/ view/43513>. Acesso em: 2 out.2023.

ALVES, K. K. A. F.; BORRALHO, L. M.; ARAÚJO, A. J. de; BERNARDINO, Í. de M.;

FIGUEIREDO, T. M. R. M. de. Fatores associados à cura e ao abandono do tratamento da tuberculose na população privada de liberdade. **Revista Brasileira deEpidemiologia**, v. 23, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/sDf6r7PBppJnJVPk9Wwz5Lm/?lang=pt#>. Acessoem: 2 out. 2023.

ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de; DIAS, Samya Raquel Soares; SOUSA,Karinna Alves Amorim de; SILVA, Andréia Alves de Sena. Vulnerabilidade de pessoas privadas de liberdade ao vírus da imunodeficiência humana. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 34, n. 4, 2019. Disponível em:

<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1571>. Acesso em: 2 out.2023.

ASSIS, Rafael Damaceno de. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro.

Revista CEJ, Brasília, n. 39, p. 74-78, out-dez. 2007. Disponível em:

<https://revistacej.cjf.jus.br/cej/index.php/revcej/article/view/949>. Acesso em: 2 out. 2023.

BARBOSA, M. L.; CELINO, S. D. de M.; OLIVEIRA, L. V.; COSTA, G. M. C. Política

nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade.

Cadernos Saúde Coletiva, v. 30, p. 517-524, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/NbFdnvfx5vk9Sd4cXn7Kwgp/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 2 out. 2023.

BATISTA, Mignum de Andrade; ARAÚJO, Janieiry Lima de; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do. Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 2,

p. 71-80, mai-ago. 2019. Disponível em:

<https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/6125/3770>. Acessoem: 2 out. 2023.

BORDALO, Tayana de Souza. **A execução da pena de prisão no Brasil e em Portugal** (Análise do Regime Disciplinar Diferenciado no Brasil). Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2017. Disponível em:

<http://hdl.handle.net/10316/83997>. Acesso em: 2 out. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 2 out. 2023.

- . **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília: Presidência da República, 1940. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 2 out.

2023.

- . **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília: Presidência da República, 1984. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>. Acesso em: 2 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003**. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 2003. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri1777_09_09_2003.html>. Acesso em: 2 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). Brasília, 2014. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acesso em: 2 out. 2023.

CAÇADOR, Beatriz Santana; SILVA, Laylla Veridiana Castória; AMARO, Júlia Torres; PINTO, Lucas Borges Gomes Ferreira; SOUZA E SILVA, Thuany Caroline; CARAM, Carolina da Silva. Acesso ao direito à saúde no cárcere: entre o prescrito eo real. **Revista Nursing**, São Paulo, p. 6290-6298, 2021. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1343961>. Acesso em: 2 out.2023.

CADAMURO, A. C. G. A.; ANDRADE, R. L. de P.; LOPES, L. M.; NEVES, L. A. de

S.; CATOIA, E. A.; MONROE, A. A. Coordenação do cuidado às pessoas que vivemcom HIV no sistema prisional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/x9wtcH8RQTf 8s6j3zcWS3fn/#>.Acesso em: 2 out. 2023.

CORDEIRO, Eliana Lessa; DA SILVA, Tânia Maria; RODRIGUES DA SILVA, Liniker Scolfild; DE ARAÚJO PEREIRA, Carlos Eduardo; DE BARROS PATRICIO, Fernanda; MENDES DA SILVA,

Camila. Perfil epidemiológico dos detentos: patologias notificáveis. **Avances en Enfermería**, v. 36, n. 2, p. 170-178, ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002018000200170&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 2 out. 2023.

COSTA, Marta Cossetin; MANTOVANI, Maria de Fátima; MIRANDA, Fernanda Moura D'Almeida; PAES, Robson Giovani; SOUZA, Thiago Nunes de. Política de saúde prisional brasileira: uma revisão integrativa. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 11, n. 4, p. 103-125, 2022. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/936/921>. Acesso em: 2 out. 2023.

ESTRELLA, R. D.; DUARTE, F. dos S.; NOGUEIRA, J. M. M.; MORAES, L. E. M.;

LAGO, C.; QUEVEDO, D. S. de. Prisão e pena no Brasil. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 976–982, fev.

2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i2.935>. Acesso em: 2 out. 2023.

FERREIRA, A. P.; SILVA, P. M. C. A.; GODINHO, M. R.; NICHELE, C. da S. T.

Análise do sistema prisional brasileiro: revisão sistemática da situação de saúde na população privada de liberdade. **Interfaces Científicas – Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 8, n. 3, p. 365–385, 2020. Disponível em:

<https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/7038>. Acesso em: 2 out. 2023.

FREITAS, Mariana Moulin Brunow; CALIMAN, Luciana Vieira. A Saúde e o Psicotrópico no Sistema Prisional. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 61- 83, dez. 2017. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 out. 2023.

LEITE, Alice Gramosa da Silva; DAMASCENO, Luanna Mota; CONCEIÇÃO, Suzana Coelho; MOTTA, Pedro Flávio Costa. Testes rápidos de HIV, síf ilis e hepatites crônicas na população carcerária em um complexo penitenciário de Salvador (BA), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 4467-4474, 2022. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/csc/2022.v27n12/4467-4474/pt/#>. Acesso em: 2 out. 2023.

LÔBO, Nancy Meriane de Nóvoa; PORTELA, Margareth Crisóstomo; SANCHEZ, Alexandra Augusta Margarida Maria Roma. Análise do cuidado em saúde no sistemaprisional do Pará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 4423-4423, dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413- 812320222712.10212022>. Acesso em: 2 out. 2023.

MACHADO, Ana Elise Bernal; SOUZA, Ana Paula dos Reis; SOUZA, Mariani Cristina de. Sistema penitenciário brasileiro: origem, atualidade e exemplos funcionais. **Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito**, v. 10, n. 10, p. 2176-1094, 2013. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.15603/2176- 1094/rcd.v10n10p201-212>. Acesso em: 2 out. 2023.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, p. 758-764, out-dez.

2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt >.Acesso em: 2 out. 2023.

RELIPEN. Relatório de Informações Penais. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Penais, 2024.

SAITA, Nanci Michele. **Coinfecção tuberculose-HIV em unidades prisionais**: análise dos fatores associados ao desfecho dos casos. 2020. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-18032021-093949/pt- br.php>. Acesso em: 2 out. 2023.

SÁNCHEZ, Alexandra; TOLEDO, Celina Roma Sánchez de; CAMACHO, Luiz Antônio Bastos; LAROUZE, Bernard. Mortalidade e causas de óbitos nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 37, jan.

2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio - 1345632>.

Acesso em: 2 out. 2023.

SANTOS, Maíra Mendes dos; BARROS, Claudia Renata dos Santos; ANDREOLI, Sérgio Baxter. Fatores associados à depressão em homens e mulheres presos.

Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 22, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/bWsfrQZjdSHt3qSJs5PmHf R/>. Acesso em: 2 out. 2023.

SCHUH, G. J.; UNIS, G.; TREVISAN, D. J.; JARCZESWSKI, C. A.; DOTTA

PANICHI, R. M.; SCHUH, S. J. Rastreio radiológico para tuberculose em uma penitenciária do sul do Brasil. **Clinical and Biomedical Research**, v. 42, n. 1, 2022. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br//hcpa/article/view/107458>. Acesso em: 2 out. 2023.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21,

p. 1999-2010, jun. 2016. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>. Acesso em: 2 out. 2023.

SOUSA, Karinna Alves Amorim de; ARAÚJO, T. M. E. de; TELES, S. A.; RANGEL,

E. M. L.; NERY, I. S. Fatores associados à prevalência do vírus da imunodeficiência humana em população privada de liberdade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/zVg4scLKN4QPcFY6hmGQxWR/?lang=pt#>. Acesso em: 2 out. 2023.

VALIM, Edna Maria Alves; DAIBEM, Ana Maria Lombardi; HOSSNE, William Saad. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 282-290, abr- jun. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/5G6c83nPsNS8jxHv5KJGMrf/#>. Acesso em: 2 out. 2023.

CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DE BETIM (MG)

Andreia Devislanne Ribeiro, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, Prefeitura de Belo Horizonte.

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

RESUMO: Objetivo: Conhecer a percepção dos cuidadores informais sobre o cuidado aos idosos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) do município de Betim (MG). **Fundamentação Teórica**: O cuidador informal é a pessoa responsável por coordenar, assistir e prover os recursos necessários à pessoa cuidada, ou seja, quem assume o cuidado de uma pessoa que necessita de assistência (Bauab e Emmel, 2014). **Método:** Estudo de natureza exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, que foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 cuidadores inseridos no PID do município de Betim (MG). **Resultados e Discussão:** As entrevistas com os cuidadores informais de idosos atendidos pelo PID deixaram emergir seus sentimentos em relação ao ato de cuidar como: gratidão, afeto, admiração e amor. Observou-se que o sentimento de afeto sustentava os vínculos e o cuidado no dia-a-dia, mas misturava-se com os sentimentos como medo, tristeza, cansaço. **Conclusão:** Os cuidadores informais eram pessoas direcionadas pelo amor, que dedicavam atenção e prestavam assistência a pessoas que necessitavam de cuidados para realizar as tarefas básicas da vida diária.

PALAVRAS-CHAVE: cuidador; atenção domiciliar; cuidado.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, como a maioria dos países em desenvolvimento, assistiu simultaneamente à queda nos níveis de dois importantes determinantes da sua estrutura populacional: a fecundidade e a mortalidade. A combinação desses dois processos e a rapidez com que isso ocorreu acarretaram, por um lado, o envelhecimento da população, entendida como sujeito coletivo, e, por outro, uma maior longevidade, quando considerados os indivíduos (Wong; Carvalho, 2006). O prolongamento da vida, decorrente do declínio da mortalidade, associado ao aumento do percentual de pessoas que atingem idades avançadas, devido à queda da fecundidade, provocam uma alteração radical no perfil de mortalidade e morbidade de uma população (Ramos e Saad, 1990; Lini *et al.*; 2016).

O envelhecimento e o aumento da longevidade vieram acompanhadas da mudança do perfil das causas de mortalidade e morbidade da população. Sendo o predomínio das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). As DCNT são uma das principais causas de causas de mortes e incapacidades, independentemente do contexto econômico e do grau de desenvolvimento desses países. Este novo perfil de enfermidade demanda maior investimento financeiro das famílias, diminuem a autonomia da pessoa nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), ligadas ao autocuidado, e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

Desde 2011, o governo brasileiro reconheceu as DCNT como um problema de saúde pública, por acometer a população mais pobres e os elegíveis como vulneráveis (idosas pessoas com baixa escolaridade e baixa renda). Entres as estratégias criadas pelo Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, 2011-2022, visando fortalecer os serviços de saúde por meio do desenvolvimento e implementação de ações integradas e efetivas de políticas públicas (Brasil, 2011; Alwan *et al.*, 2010; WHO, 2011).

O MS elencou neste plano os quatro principais grupos de DCNT (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e definiu diretrizes e ações em três eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; e c) cuidado integral (Brasil, 2011).

Na construção da presente pesquisa, focou-se nas ações voltadas ao eixo Cuidado Integral com destaque para a Atenção Domiciliar (AD), implementada no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria nº 2029 de 2011 (Brasil, 2011) e redefinida pela Portaria nº 825 de 2016 (Brasil, 2016). Intitulado como Melhor em Casa, essa modalidade de atenção tem como meta ampliar e qualificar o cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, a fim de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e/ou o período de permanência de usuários internados, promover a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos indivíduos. Desse modo, a AD se propõe a ser uma alternativa ou complemento aos serviços de saúde hospitalar (baixa e média complexidade) e aos cuidados ofertados nas portas de Urgência e Emergência com incorporação de tecnologias (Brasil, 2016).

Diante da importância da AD no atendimento e acompanhamentos das DCNT, é fundamental conhecer a estrutura desse programa quanto ao atendimento à população, possíveis entraves percebidos pela população usuária e seus familiares e o que poderia ser pensado em termos de melhoria. A atenção domiciliar traz uma particularidade que a diferencia de todas as políticas de Saúde Brasileira que é a necessidade de ter um cuidador responsável por assumir todos os cuidados em domicílio. Segundo Karsch (2003), os cuidadores são pessoas designadas a assumir o cuidado de pessoas incapacitadas para AIVD e/ou ABVD.

O presente estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos cuidadores informais sobre o cuidado aos idosos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar do município de Betim (MG).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O cuidador consiste na pessoa responsável por coordenar, assistir e prover os recursos necessários à pessoa cuidada, ou seja, quem assume o cuidado de uma pessoa que necessita de assistência (Bauab e Emmel, 2014).

A chegada da maturidade pode seguir caminhos distintos na vida das pessoas idosas, com percursos e significados diferentes, variando de uma adequada qualidade de vida ao adoecimento e abandono familiar. No contexto brasileiro, devido à diversidade da população, as disparidades de situações de saúde e sociais se potencializam. Aliado ao declínio biológico, o aparecimento de comorbidades e a dependência funcional constituem parte fundamental da velhice (Combinato *et al*., 2010).

Em alguns casos, ocorre a inversão do papel de dependência, quando os filhos passam a cuidar dos pais para que a vida cotidiana continue. Contudo, cabe ressaltar que ninguém, de qualquer idade, imagina ou é capaz de desenvolver todas as ações sem participação de outros (Assis, 2005).

A função do cuidador é considerada, por algumas pessoas, uma vocação, para quem pensa em ofertar o bem-estar a quem depende de assistência ou auxílio para realização de ABVD ou AIVD, proporcionando cuidados que, muitas vezes, são realizados com o auxílio de parentes mais próximos, vizinhos e de profissionais (Caldas, 2004).

Na realidade, a dependência altera a rotina familiar à medida que o idoso vai necessitando de assistência para realizar suas atividades. A partir dessas demandas vão se constituindo os arranjos familiares para o cuidado ao idoso que necessita de assistência 24 horas

por dia. Esses arranjos são responsáveis pela definição dos papéis na estrutura familiar ou na rede de cuidados (Caldas, 2004; Garbin *et al*., 2010).

Na organização familiar para cuidar de uma pessoa idosa que necessita de cuidados integrais, a literatura aponta que, em sua maioria, os cuidadores são mulheres, em geral cônjuges, que apresentam menor cuidado com a própria saúde e que necessitam de ajuda da rede social e de saúde, ajuda que tende a ser superficial (Swinkels *et al*., 2017).

Alguns estudos revelam que a decisão de assumir o cuidado, de se transformar em um cuidador informal, obedece a fatores como grau de parentesco, sexo, convivência física e convivência afetiva (Caldas, 2004; Garbin *et al*., 2010).

No momento da alteração da condição de vida de independente para dependente, ao reconhecer a necessidade de assistência ou auxílio para as ABVD, os familiares que convivem com a pessoa idosa assumem o papel de cuidadores informais. A partir daí, o familiar cuidador passa a ter tarefas essenciais para a manutenção e a qualidade de vida do idoso, que correspondem às questões sociais, à realização de atividades e competências, às questões religiosas, às urgências que ocorrem no domicílio e às crises na forma de cuidar (Caldas, 2004; Garbin *et al*., 2010).

A política de AD considera o cuidador essencial para inclusão da pessoa que necessita de assistência em domicílio (Brasil, 2016). Com o avançar e o amadurecimento dessa política no Brasil, pode-se perceber as adequações realizadas nas portarias, contemplando o perfil das pessoas que necessitam e que assumem o cuidar em domicílio (Brasil, 2011; Brasil, 2016).

3 METODOLOGIA

Trata se de um estudo de natureza exploratória e descritiva, foi realizado por meio de abordagem qualitativa, com a realização de entrevistas semiestruturadas com 15 cuidadores inseridos no Programa de Internação do município de Betim (MG). O cenário foi escolhido por se tratar de um dos municípios percursores da AD no estado de Minas Gerais.

A escolha do método qualitativo permite entender a situação vivenciada e procura analisar o processo pelo qual as pessoas elaboram estratégias de enfrentamento e a maneira como relatam esses momentos (Minayo, 2013).

Os sujeitos foram os cuidadores informais de pessoas em adaptação ao domicílio, dependentes nas AIVD e ABVD, que necessitavam de equipamentos para manutenção da vida, como oxigenioterapia contínua. Esses cuidadores assumiram o cuidado integral do indivíduo no domicílio, recebendo suporte por meio de visitas da equipe multiprofissional de atenção domiciliar do PID.

Como critério para a o cuidador informal participar do estudo utilizou-se: não receber remuneração (em dinheiro), assumir o cuidado integral de idoso acompanhado pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar do PID de Betim, dedicar no mínimo 30 horas semanais à prestação do cuidado e acompanhar o idoso por pelo menos 30 dias. Além disso, os idosos por eles cuidados deveriam ter participado do PID do município de Betim, por pelo menos um mês, no período de janeiro a julho de 2019.

A escolha pelos cuidadores de idosos, em detrimento de cuidadores de crianças ou adultos jovens, foi justificada pelo fato dos maiores de 60 anos serem a maioria entre os atendidos pelo programa e pelas especificidades presentes nos serviços prestados a outros grupos etários, como as crianças e adolescentes. Já a opção pelo PID foi estabelecida pela maior demanda por cuidado, aparelhagem e treinamento.

Durante a construção e a estruturação do roteiro foram realizados dois pré-testes, em momentos distintos, sendo um em outro município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, contando com perfil da população e composição do serviço de atenção domiciliar semelhantes.

Já o segundo foi aplicado no município do estudo, com um cuidador cuja pessoa que cuida havia sido inserida no programa num prazo inferior ao estabelecido nos critérios de inclusão deste estudo. A aplicação do pré-teste visou aperfeiçoar a coleta de dados do estudo, respeitando toda a configuração e relacionando questões essenciais para a pesquisa. A realização dos dois pré-testes consistiu numa forma de colher as primeiras impressões. Por outro lado, utilizou-se do conhecimento adquirido para melhorias no roteiro de entrevistas e para treinamento para a aplicação das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de janeiro a julho de 2019. Foi realizada a transcrição das entrevistas em sua totalidade, seguida da análise de conteúdo temática para exame dos dados, a fim de interpretar os significados das respostas dos cuidadores informais. Avaliação que consistiu em um conjunto de técnicas que buscou analisar as formas de comunicação, por meio de procedimentos sistemáticos e resultando na descrição das entrevistas (Bardin, 2009). O método de análise contemplou as fases de preparação e exame ou categorização temática. Após a transcrição, foi realizada uma nova leitura do material, seguida da organização e da classificação das respostas.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAEE 13972919.8.0000.5149) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Betim (CAAE 13972919.8.3001.5651), tendo sido iniciada a coleta de dados somente após tais aprovações. Foram respeitados os princípios da ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde 466/2012 (Brasil, 2012). Os nomes dos participantes, instituições e pessoas citadas foram mantidos em sigilo. Para manter o anonimato dos entrevistados, nos resultados do presente trabalho foram atribuídos a eles nomes de flores.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 15 entrevistas, incluindo 10 cuidadores cujos idosos ainda estavam em Atenção Domiciliar (AD). Quanto aos demais cuidadores, um acompanhamento do PID foi interrompido porque o idoso faleceu, dois idosos foram transferidos para a assistência da Atenção Básica (quadro estabilizado) e outros dois também foram transferidos para serviços especializados após fechamento de diagnóstico (oncologia e cardiologia). Essa opção por eleger cuidadores de idosos que já estavam desligados do programa, na época das entrevistas, justifica-se pela possibilidade de entender como seria o desfecho da assistência no PID.

Verificou-se que a média de idade dos cuidadores entrevistados foi de 49,4 anos, variando de 23 a 78 anos. Entre esses, a maioria era do sexo feminino, sendo o grau de parentesco predominante filhas e noras. A literatura relata que, quando o processo de adoecimento atinge o sexo feminino, quem assume como cuidador é um membro da família do mesmo sexo sendo que, em alguns casos, o marido se apresenta como um cuidador ocasional (Resta e Budó, 2004). No Brasil, tradicionalmente, o papel de cuidador é de responsabilidade da mulher (Oliveira e D'elboux, 2012).

As pessoas acompanhadas pelo PID tiveram uma média de permanência de 67 dias, sendo que o menor período de internação foi de 33 dias. Os Serviços de Atenção Domiciliar adotam escalas de complexidade assistencial distintas. O tempo de permanência na AD é definido pelo perfil, comorbidades que acometem as pessoas podendo inclusive ser direcionadas às modalidades de curta, média ou longa permanências, além do estado funcional (Brasil, 2013).

A maioria dos cuidadores entrevistados (60%) possuía ensino fundamental incompleto. Os estudos relatam à relevância de se considerar a escolaridade dos cuidadores da AD, pois quanto maior o nível de escolaridade, maior a facilidade da equipe de saúde para informar sobre

a doença e sobre os cuidados a serem realizados no domicílio (Saraiva *et al*., 2007; Martins *et al*., 2007). Assim, a baixa escolaridade do cuidador, como as encontradas no presente estudo, deve ser considerada, já que isso pode demandar maior esforço da equipe de saúde no processo de educação e saúde.

As entrevistas com os cuidadores informais de idosos atendidos pelo PID deixaram emergir seus sentimentos em relação ao ato de cuidar. A decisão de assumir o cuidado envolvia diversos sentimentos como gratidão, afeto, admiração e amor pela pessoa. Observou-se que esses sentimentos que sustentavam os vínculos afetivos e harmoniosos e o cuidado no dia-a-dia.

Cabe ponderar que esses sentimentos de afeto também se misturavam com os sentimentos de medo, tristeza, cansaço. Afinal, para a maioria, o lidar com o cuidado era algo completamente novo e desafiador. Observou-se uma insegurança diante da necessidade de aprendizado para cuidar de seu familiar dependente, compreender as mudanças comportamentais e ofertar o cuidado ideal. Saber como operar determinados aparelhos, preparar uma dieta totalmente nova, cuidar de curativos, dar banho em uma pessoa idosa fragilizada, realizar transferências e determinadas atividades, para a maioria dos cuidadores informais era tudo muito novo e desafiador. O desconhecido incomodava e ampliava a sensação de medo.

Muitos cuidadores informais investigados exerciam sozinhos a maioria das atividades, situação que levava à exaustão física e mental e à privação de liberdade. Além disso, os cuidadores precisavam conciliar o cuidado e outras tarefas do seu dia-a-dia. Pozzoli e Cecílio (2017) colocam que o cuidado em longo prazo em ambiente domiciliar revela diversos sentimentos e é uma atividade quase sempre exercida de modo solitário.

O sentimento da esperança pela cura era visível no olhar do cuidador.

> [...] Eu cuido dele, ligo a televisão para assistimos. Tenho esperança que ele vai falar comigo de novo. Falo, falo, mas ele só olha (LÓTUS).
>
> [...] Meu desejo e cuidar da minha mãezinha, viajar. Vê lá recuperada, andando pela casa. Vamos passear muito (LIRIO).

Os estudos realizados com mulheres que são cuidadoras evidenciaram impactos psicológicos sobre as cuidadoras que não possuem o envolvimento afetivo típico da relação marido-mulher (Vilchinsky *et al*., 2015). No intuito de melhorar a condição clínica debilitante, foram comuns relatos que mencionavam a casa organizada, medicamentos separados e a preparação de alimentos, deixando evidentes os desafios do cuidado paliativo.

> [...] Eu gosto de cuidar dele e faço a comida molinha para ele conseguir comer. [...] Faço tudo para ter ele ao meu lado (MAGARIDA).
> [...] Quando me falaram sobre os cuidados paliativos; fechei meu salão trouxe ela para minha casa e estou cuidando dela. Fico 24 horas por dia ao lado dela (HANA).
> [...] Quase cem anos minha veinha, faço a comida igual papinha de criança para ela (CÁMELIA).
> [...] Essa mulher é a minha vida. [...] Peço ajuda para todos para cuidar dela. Tenho filho nos Estados Unidos que me mandou dinheiro para o elevador. Agora ela não cansa para subir escadas (FLORÊNCIO).

O domicílio é um cenário de assistência caracterizado por diversas particularidades para desenvolver o cuidado, o que requer a utilização de ferramentas específicas para prestação do cuidado (Brasil, 2012). Segundo o relato dos entrevistados, ao receber a alta hospitalar, os cuidadores iniciavam a organização do domicilio para receber a pessoa que necessitava de cuidados. Nesse momento, o sentimento de medo exacerbava e para tentar driblá-lo, iniciava-

se a busca pelo aprendizado para realizar as tarefas de cuidado da melhor forma e as adaptações no domicílio.

> [...] organizamos a casa para receber em casa, mudei o horário de trabalho para cuidar dela. Quando eu vou trabalhar minha irmã tá aqui do lado fica de olho nela. E a gente vai observando e aprendendo como é que tá fazendo essas coisas para fazer com ela. (LIATRIS)

> [...] cuidar dela, qualquer coisa, é um desafio e tem coisas que eu não dou conta, mas eu vou fazer porque é minha mãe. (...) Hoje de verdade não tem nada que no primeiro dia que eu vi, eu só chorei... Com o tempo tentei melhorar (ROSA).

Procópio *et al*. (2019) destacam que a os cuidadores vivem experiências permeadas por afetos e admiração, mas, também, por esgotamento emocional e físico, insegurança e falta de apoio. Na atenção domiciliar, a atuação do cuidador é fundamental e consiste em auxiliar na reabilitação, ajudando a equipe de saúde a perceber qualquer necessidade ou alteração do estado de saúde da pessoa cuidada (Fogaça, Carvalho e Montefusco, 2015). Na prática, isso acontece e tem sido fundamental para sustentação do cuidado, porém tem sido dada pouca atenção ao cuidador que muitas vezes adoece por se tornar invisível e pouco escutado, principalmente em relação aos seus sentimentos de insegurança.

5 CONCLUSÃO

Durante a vivência na construção deste estudo, a imersão no campo possibilitou conhecer as famílias, os cuidadores informais e o processo de cuidar em domicilio.

Os cuidadores informais eram pessoas direcionadas pelo amor, que dedicavam atenção e prestavam assistência a pessoas que necessitavam de cuidados para realizar as tarefas básicas da vida diária. Por vezes solitários em seu cotidiano, esses cuidadores deixavam de cuidar de sua própria vida e se afastavam do convívio social para uma dedicação quase que exclusiva para o outro.

Os sentimentos apresentados pelos cuidadores foram diversos. Pode-se perceber o impacto da doença no cotidiano das famílias e, ao mesmo tempo, a confiança na equipe do Programa de Internação Domiciliar. Nesse caso, a equipe do Programa de Internação Domiciliar serve para somar, trazendo a sensação de que possuem um suporte externo diante de uma rotina tão cansativa e cercada de incertezas.

A atenção domiciliar é uma tendência em cuidado, principalmente pelo aumento da longevidade da população brasileira. O Programa de Internação Domiciliar pode auxiliar muito as famílias que necessitam de uma atenção mais próxima, principalmente em casos que a desospitalização é indicada. Para além dos cuidados prestados aos pacientes atendidos no programa, cabe também a equipe ficar atenta ao seu cuidador informal para que esse também mantenha-se em boas condições de saúde, diante de tantos desafios vivenciados em sua rotina diária. Ações como a proposta no Programa Maior Cuidado do munícipio de Belo Horizonte (MG), com o fornecimento de um cuidador social por até quatro horas por dia e até cinco vezes por semana, podem ser considerados um alívio para o cuidador informal e podem se somar ao Programa de Internação Domiciliar ou mesmo ser uma alternativa após alta.

REFERÊNCIAS

ALWAN, *et al.* Monitoring and Surveillance of Chronic Noncommunicable Diseases: Progress And Capacity In Highburden Countries. **The Lancet**, London, v. 376, p. 1861-1868, 2010. Acesso em: 26 Jun.2019.

ASSIS, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, 8(1), 15-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000117&pid=S0102-71822010000300016000004&lng=pt Acesso em: 26 Jun.2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.

BAUAB, J. P.; EMMEL, M. L. G. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 339-352, 2014. Acesso em: 26 jun.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.** Brasília (DF): Diário Oficial da União, Seção 1, p.33. Acesso em: 26 Jun.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N. 2527, de 27 de outubro de 2011. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília. 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011_comp.html Acesso em: 07 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.029, de 24 de agosto de 2011. **Institui A Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único De Saúde.** Brasília. 2011b Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html. Acesso em: 23 dez. 2018

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 2 v. : il. Acesso em: 26 Jun.2019.

CALDAS, C. P. Aspectos Éticos: considerando as Necessidades da pessoa idosa. In: CALDAS CP, SALDANHA AL, (Org.) **Saúde Do Idoso**: a Arte De Cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Inter ciência, 2004. Acesso em: 26 Jun.2019.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1509-1520, 2010. Suplemento. Acesso em: 26 Jun.2019.

CARVALHO, Sérgio R.; CAMPOS, Gastão W. de S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, jun 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0102311X2000000200021&lng=en&nrm=ISO>>. Acesso em: 18.jun.2019

COMBINATO, D. S. *et al.* Grupos de Conversa: saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. Psicologia & Sociedade. **Associação Brasileira de Psicologia Social**, v. 22, n. 3, p. 558-568, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/28928>. Acesso em: 10 nov. 2019

CORIOLANO-MARINUS MW DE L, QUEIROGA BAM DE, RUIZ-MORENO L, LIMA LS de. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saude soc** [Internet]. 2014 oct;23(4):1356–69. Available from: https://doi.org/10.1590/S0104-1290201400040001. Acesso em: 26 Jun.2019.

EMANUEL EJ, FAIRCLOUGH DL, SLUTSMAN J, EMANUEL LL. Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers. **Ann Intern Med 2000**; 132:451-9. Acesso em: 26 Jun.2019.

FERMINO, T. Z.; CARVALHO, E. C. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. **Cogitare Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 287-289, 2007. Acesso em: 26 Jun.2019.

FOGAÇA, Naianny Jonas; CARVALHO, Marina Medeiros; MONTEFUSCO, Selma Rodrigues Alves. Percepções e sentimentos do familiar/cuidador expressos diante do ente em internação domiciliar. **Rev Rene**, *[S. l.]*, v. 16, n. 6, p. 848–855, 2015. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2874. Acesso em: 10 sep. 2024.

GARBIN. S. *et al*. Envelhecimento na Perspectiva do Cuidador de Idosos. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 15, n. 6, 2010, p. 2941-2948 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio De Janeiro, Brasil. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600032. Acesso em: 19 nov.2019.

KARSCH, U.M. Idosos Dependentes: Famílias Cuidadoras. **Cad Saúde Pública**. 2003; 19(3):861-6. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300019 Acesso em: 19 jan. 2019

LINI, E.V; PORTELLA, M.R; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Geriatr Gerontol**. Rio de Janeiro, v.19(6), p.1004-1014, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043. Acesso em: 26 jun.2019

MARTINS, J.J. *et al*. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio**. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16(2), p.254-262, abr-jun 2007 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0407/pdfs/IS27(4)113.pdf. Acesso em: 19 Jan. 2019

MINAYO, M. C. S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16. 17, 2017. Acesso em: 26 Jun.2019.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13. Ed., São Paulo: Hucitec, 2013, 406 p.

OLIVEIRA, D.C; D'ELBOUX, M.J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm**. v. 65(5), p. 829-838, set/out 2012. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500017. PMid:23338589. Acesso em: 19 set.2019.

OLIVEIRA, M. E. et al. Um ensaio sobre a comunicação no cuidado de enfermagem utilizando os sentidos. **Enfermería Global**, Murcia, v. 8, n. 1, p. 1-7, 2006. Acesso em: 26 Jun.2019.

POZZOLI, S. M. L., & CECÍLIO, L. C. de O.. (2017). Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. **Saúde Em Debate**, 41(115), 1116-1129. https://doi.org/10.1590/0103-1104201711510. Acesso em: 26 Jun.2019.

PROCÓPIO, L. C. R., SEIXAS, C. T., AVELLAR, R. S., SILVA, K. L. DA ., & SANTOS, M. L. de M. dos .. (2019). A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde Em Debate**, *43*(121), 592–604. https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123. Acesso em: 26 Jun.2019.

RAMOS, L. R.; SAAD, P. M. Morbidade da população idosa. In: **O idoso na Grande São Paulo**. São Paulo: SEADE (SEADE - FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS), 1990. p.161-172. Acesso em: 26 Jun.2019.

RESTA, D.G.; BUDÓ, M. L. D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 26, n. 1, p. 53-60, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400013. Acesso em: 19 set. 2019

SARAIVA, Klívia R. de O. *et al*. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto contexto - Enferm**., Florianópolis, v.16,n.1,p.63-70,mar.2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000100008&lng=pt &nrm=iso. Acesso em: 7 mar. 2020. https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100008.]. Acesso em: 26 Jun.2019.

SWINKELS, J. *et al*. (2017**).** Explaining The Gender Gap In The Caregiving Burden Of Partner Caregivers. **J Gerontol B PsycholSciSocSci.** Disponível em: 10.1093/Geronb/Gbx036 Acesso em: 19 Set. 2018.

Vilchinsky N, Dekel R, Revenson TA, Liberman G, Mosseri M. Caregivers' burden and depressive symptoms: the moderational role of attachment orientations. **Health Psychol**. 2015 Mar;34(3):262-9. DOI: http://10.1037/hea0000121 [Links]. Acesso em: 26 Jun.2019.

WONG, L.L.R. CARVALHO, J. A.O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. bras. estud. popul.** [online]. v.23, n.1, p.5-26, 2006. ISSN 0102-3098. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982006000100002.Acesso em: 26.jun.2019.

AGRADECIMENTOS

À Prefeitura de Betim e ao Programa de Internação Domiciliar pelo apoio e confiança no desenvolvimento da pesquisa. As famílias e aos cuidadores por oportunizar a vivência do cuidado, pela receptividade e colaboração no desenvolvimento da pesquisa.

EQUIDADE EM SAÚDE: ABORDANDO AS BARREIRAS NO ACESSO À ASSISTÊNCIA PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Cristiele Debora da Silva Costa; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Wanderson Costa Bomfim; Doutor; Universidade Federal de Minas Gerais

Marcus Vinicius da Silva Costa; Mestre; Universidade Federal de Minas Gerais

Mirela Castro Santos Camargos; Doutora. Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: O estudo tem como objetivo identificar as barreiras do acesso à saúde da população em situação de rua. Foi realizada por meio de uma revisão integrativa, utilizando a as bases de dados LILACS, MEDLINE e BDENF – Enfermagem. A busca bibliográfica foi realizada para o período entre 2018 e 2023. Foram considerados critérios de inclusão artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra e que abordassem o tema da revisão. Os estudos foram categorizados em grupos com as principais barreiras no acesso ao sistema de saúde com base na estrutura, com relação à saúde sexual, direito reprodutivo e ao acesso ao sistema de saúde nos cuidados paliativos. De acordo com os resultados encontrados os principais serviços de saúde foram descritos como extremamente precários e mal equipados para atender às suas necessidades. O estereótipo e o preconceito além do preparo profissional foram barreiras significativas. Concluiu-se que o fraco envolvimento das pessoas em situação de rua com os serviços de saúde resulta da complexa interação entre o sistema de saúde centrado na pessoa e a sobrevivência individual.

PALAVRAS-CHAVE: Barreiras; Pessoa em situação de rua; Políticas de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do capitalismo, a internacionalização da economia, a urbanização acelerada, a hegemonia neoliberal, entre outros termos que representam a nova ordem mundial, produziram dentre outros efeitos, um aumento considerável da exclusão social (Vieira *et al*., 2010). Nesse contexto, onde há um número cada vez maior de pessoas excluídas dos direitos sociais básicos, como educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança e outros, e até mesmo dos direitos humanos, com alguns grupos relegados à invisibilidade é que encontramos a população de rua, que representa as contradições gritantes de uma sociedade, que tem a seguridade social como direito constitucional e que assegura saúde como direito de todos e dever do Estado (Paiva, *et al*., 2016).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída em 2009, define população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009).

O acesso à saúde é um direito fundamental de todo cidadão, independentemente de sua situação de vida. No entanto, os membros mais vulneráveis da sociedade, como a população em situação de rua (PSR), muitas vezes enfrentam barreiras graves quando se trata de obter

atendimento médico adequado. Nesse contexto, conforme o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania a questão do acesso à saúde para a população em situação de rua não apenas merece atenção urgente, mas também demanda ação imediata e abrangente (Brasil, 2023).

Até a década de 80, o Estado brasileiro não assumiu a responsabilidade de criar estratégias de acolhimento, cuidado e alternativas de vida para as pessoas em situação de rua. Elas dependiam do trabalho realizado por instituições sociais e religiosas. As condições precárias de vida e os trágicos assassinatos dessas pessoas impulsionaram os movimentos sociais, incluindo o Movimento Nacional da População de Rua (Rosa; Santana, 2018). A saúde foi estabelecida como direito em 1988 a partir da promulgação da Constituição Federal, onde foi determinado que todo e qualquer cidadão tem direito a acessar a todos os serviços públicos de saúde, independentemente de gênero, idade, classe econômica, sem sofrer preconceitos de qualquer espécie tornando-se um direito universal (Brasil, 1988). Apesar de a Constituição cidadã garantir indiretamente o direito à saúde a todos, não mencionava explicitamente a população em situação de rua, e a legislação específica para esse grupo surgiu apenas mais tarde. Essa ausência inicial de menção direta na legislação funcionava como uma barreira ao acesso digno aos serviços por parte dessa população.

Segundo Brito e Silva (2022), a PSR é estigmatizada na literatura científica, prontuários médicos, mídia e senso comum. Essa estigmatização é baseada em símbolos sociais negativos, como pobreza extrema, desemprego, doenças como tuberculose e AIDS, problemas de saúde mental, uso de drogas e violência. Esses estereótipos dificultam a reintegração social da PSR e restringem seus direitos à cidade e à cidadania.

Ainda conforme Brito e Silva (2022), a associação da PSR com o uso de crack, aumento da criminalidade e violência urbana contribui para a percepção de que são um risco para a sociedade, o que fortalece argumentos favoráveis a políticas públicas repressivas. Além disso, os preconceitos reproduzidos pela própria PSR reforçam sua imagem no imaginário da sociedade, relacionando-se com sua aparência descuidada e malcheirosa, forma de sustento e presença de doenças.

De acordo com o diagnóstico com base nos dados e informações obtidos a partir do Cadastro Único demonstram que em dezembro de 2022, 236.400 pessoas encontrava-se em situação de rua no Brasil e cadastradas no Cadastro Único, ou seja, 1 em cada 1.000 pessoas no Brasil estava vivendo nessa situação. Além disso, os dados registrados no referido cadastro sobre a população em situação de rua revelam um perfil majoritariamente masculino com idade média entre 30 e 49 anos e de pessoas negras e pardas. A maioria sabe ler e escrever e já teve emprego com carteira assinada (Brasil, 2023).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) busca articular o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) para oferecer serviços de saúde qualificados à população em situação de rua (Brasil, 2009). E o Cartão Nacional de Saúde (CNS) é o documento que possibilita o acesso ao SUS e sua emissão não exige a apresentação do endereço para a população cigana, nômades e em situação de rua. A Atenção Primária à Saúde é o primeiro contato do cidadão com o SUS e deve ser garantida, mesmo na ausência de documentos de identificação (Silva, 2018).

A estratégia Consultório na Rua, instituída pela Política Nacional de Atenção Básica em 2011, tem como objetivo ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, oferecendo atenção integral de forma oportuna para esse grupo vulnerável com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. As equipes multiprofissionais do Consultório na Rua realizam ações itinerantes e podem trabalhar em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território (Brasil, 2023).

Já a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria de Consolidação nº 03/2017, tem como objetivo criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas

com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2017).

Em relação à saúde mental da PSR, foi identificado que o problema psicossocial mais visível é o uso e abuso de álcool e outras drogas, o que reforça o estereótipo que historicamente recai sobre esta população. Outras demandas de saúde mental não são atendidas pelos serviços, muito menos são realizadas ações de rastreamento e acompanhamento de situações de sofrimento mental e demandas psicossociais, seja pelos serviços da RAPS ou SUAS (Araujo, 2022).

Já os serviços de urgência e emergência são os mais acessados pela população em situação de rua, pois não exigem encaminhamento para outros serviços. No entanto, isso revela a fragilidade da atenção básica em identificar e atender adequadamente essa população, que busca na urgência e emergência uma resposta imediata às suas necessidades de saúde (Lira *et al*., 2019; Valle; Farah, 2020 apud Lima *et al*., 2022). Desse modo, houve uma ampliação dos serviços disponibilizados para essa população. Todavia, ainda persistem problemas e barreiras para o acesso eficiente.

Diante do exposto, fica evidente que a população em situação de rua é caracterizada por uma série de vulnerabilidades, incluindo doenças mentais, dependência química, falta de abrigo e acesso limitado a recursos básicos. Esses fatores aumentam significativamente o risco de problemas de saúde graves e crônicos, tornando crucial uma compreensão aprofundada das suas necessidades de saúde.

O acesso igualitário aos serviços de saúde é um princípio fundamental de sistemas de saúde eficazes e justos. No entanto, indivíduos em situação de rua frequentemente enfrentam múltiplas barreiras, incluindo estigma, falta de recursos e acesso limitado a serviços, o que compromete sua capacidade de buscar e receber cuidados médicos adequados. Ademais, as dificuldades de acesso à saúde não apenas afetam a saúde física e mental dos indivíduos em situação de rua, mas também têm um impacto significativo em sua qualidade de vida e capacidade de realizar atividades cotidianas. Compreender como essas barreiras afetam a vida diária dessas pessoas é essencial para desenvolver intervenções eficazes e centradas no paciente.

Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo identificar as barreiras do acesso à saúde da população em situação de rua bem como as situações que afetam a vida cotidiana e outras estratégias de saúde para sua sobrevivência. Para isso, será realizada uma revisão integrativa da literatura, entre os anos de 2018 e 2023.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Base Legal

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) foi instituída em 23 de dezembro de 2009 pelo Decreto Presidencial nº 7.053 e define a População em Situação de Rua (PSR) como um grupo heterogêneo que vive em extrema pobreza, com vínculos familiares fragilizados e sem moradia regular. Eles utilizam espaços públicos e áreas degradadas como moradia temporária ou permanente, além de abrigos para pernoite ou moradia provisória (BRASIL, 2009). Nesse contexto, muitos estados e municípios adotaram à Política Nacional ou criaram suas próprias políticas e instituíram Comitês de Acompanhamento e Monitoramento da Política para a População em Situação de Rua (Silva *et al*., 2018).

No campo da saúde, a estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos

serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. Chamamos de Consultório na Rua equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território (Brasil, 2023).

Já a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi fundamentada na forma de Anexo V pela Portaria de Consolidação nº 03, de 28 setembro de 2017, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (Brasil,2017).

Segundo as regulamentações da Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção. Isso envolve o primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, por meio de estratégias diversas, como protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, quando o usuário acessa a rede por meio de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para garantir a continuidade do cuidado (Brasil, 2017).

2.2 Acessando a Saúde

Nos últimos anos, as políticas públicas para a população em situação de rua avançaram. A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais reorganizou o acolhimento institucional e criou serviços como o Centro-Pop, a Abordagem Social e o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), com financiamento disponível. Na área da saúde, surgiram os Consultórios na Rua, a inclusão da PSR no Cadastro Único e no serviço disque 100, entre outros avanços (Silva, 2018). Segundo Relatório Terceiro Censo POP em situação de Rua de Belo Horizonte realizado em 2014, os serviços de saúde pública mais acessados nos últimos três meses pelos entrevistados em situação de rua foram os centros de saúde (38,3%), consultórios de rua (14,2%) e Centros de Referência em Saúde Mental (12,5%). Os hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e Prontos-socorros são os locais mais procurados para tratamento de saúde, seguidos pelos centros de saúde. É interessante observar que uma parcela dos entrevistados, especialmente homens, não buscam serviços de saúde para tratamento (PBH, 2022).

A criação das equipes dos Consultórios na Rua se justifica pela grande vulnerabilidade das populações em situação de rua, juntamente com a baixa capacidade da rede de atenção básica existente de acolhê-las. Esse fato reflete uma infinidade de dificuldades relacionadas ao modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) adotado no Brasil, que impõe uma barreira histórica no acesso dessas pessoas aos serviços de saúde. O Consultório na Rua busca aumentar o grau de equidade do Sistema, trazendo inovações para a prática de cuidado na APS (Vargas & Macerata, 2018).

De acordo com Ministério da Saúde (2023), os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais, podendo fazer parte delas as seguintes profissões enfermeiro,

psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional; agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte, educação e a depender da necessidade do usuário, essas equipes também devem atuar junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos serviços de Urgência e Emergência e a outros pontos de atenção da rede de saúde e Intersetorial.

O Consultório na Rua tem sido responsável por reconfigurar redes assistenciais e revelar desafios para a implementação do SUS. Essa iniciativa tem levado profissionais e estruturas de assistência para fora dos serviços de saúde e do cuidado domiciliar, gerando estranhamento e ao mesmo tempo moldando novas práticas de cuidado de acordo com as necessidades, demandas e processos de adoecimento das pessoas em situação de rua (Rosa; Santana, 2018).

Segundo Brasil (2013), a RAPS está presente na atenção básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização e nas Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

A RAPS é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (Brasil, 2013).

O levantamento do Relatório Terceiro Censo POP em situação de Rua de BH, informa que 23% dos entrevistados em situação de rua relataram ter um transtorno mental. A prevalência de transtornos mentais foi maior em mulheres (36,1%) do que em homens (20,5%). A depressão foi o transtorno mais comum em homens, seguido por transtornos de ansiedade, bipolaridade, outros transtornos e esquizofrenia. Já as mulheres relataram mais frequentemente depressão e transtorno bipolar do que os homens (PBH, 2022).

Conforme indicado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2014), o acesso aos serviços de Atenção Psicossocial em Saúde Mental não se restringe ao Consultório na Rua. Ele também pode ser realizado por meio das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Pronto Atendimento, principalmente em municípios onde não há Consultório na Rua.

Os serviços de urgência e emergência são os mais acessados pela PSR, por não necessitar de encaminhamento para outros serviços. No entanto, esses serviços só são acessados quando as circunstâncias de saúde interferem de forma aguda na mobilidade e outras ações para a sobrevivência e não para o seu acompanhamento (Valle; Farah, 2020 apud Lima, *et al*., 2022). Isso indica a fragilidade da atenção básica em identificar e atender essa população de forma adequada. A população em situação de rua busca na urgência e emergência uma resposta imediata às suas necessidades de saúde (Lira *et al*., 2019).

Por mais que esses serviços deem garantia ao primeiro atendimento, não se responsabilizam pela continuidade do acompanhamento, desconsiderando a atenção à saúde em rede, conforme preconiza o SUS. Assim, os serviços transferem entre si a responsabilidade pelo atendimento da PSR (Lira *et al*., 2019).

Seguindo as diretrizes de Silva *et al*. (2018), é importante que os serviços de saúde do SUS atendam prontamente os usuários com quadros agudos, buscando resolver suas demandas ou encaminhá-los de forma responsável para serviços de maior complexidade dentro de uma rede hierarquizada e regulada. O documento recomenda que o atendimento de Urgência e Emergência na Rede Estadual seja acessível a todos, sem discriminação.

Em síntese, é importante para garantir que a população em situação de rua tenha acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade e que suas necessidades, tanto agudas quanto de acompanhamento, sejam atendidas de maneira adequadas e dignas. Cumprir essas diretrizes é essencial para promover a saúde e o bem-estar da população vulnerável e é um passo fundamental na construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, que buscou identificar as barreiras e desafios do acesso à saúde da população em situação de rua e explorar as situações que afetam a vida cotidiana bem como outras estratégias de saúde para sua sobrevivência.

Foram etapas desta revisão: 1 - elaboração da pergunta norteadora, 2 - busca na literatura, 3 - coleta de dados e elaboração de planilha no programa Microsoft Excel com os dados relativos aos artigos científicos, 4 - análise crítica dos artigos incluídos, 5 - discussão dos resultados e 6 - elaboração do relatório final compondo a síntese qualitativa da literatura (Souza; Silva & Carvalho, 2010).

O levantamento bibliográfico foi feito por busca literária, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram selecionadas as bases de dados LILACS, MEDLINE e BDENF – Enfermagem. Utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra e que abordem o tema da revisão. Foram excluídos artigos que não abordem o tema, repetidos nas bases de dados e sem texto completo disponível. Definiu-se o período dos últimos 05 anos, compreendendo 2018 a 2023 como recorte temporal.

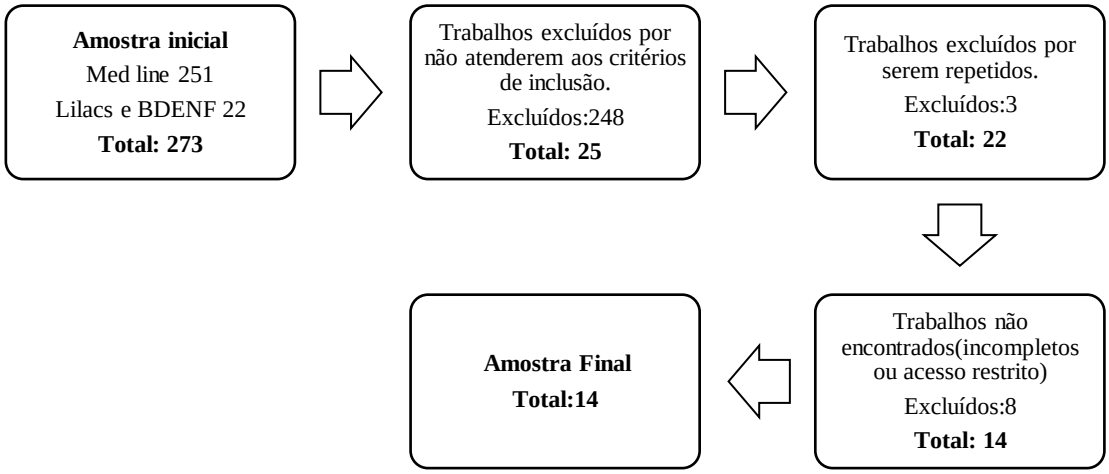
A chave de busca utilizada foi composta por descritores que pertencem ao DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) sendo eles: (“Pessoas em Situação de Rua”) OR (“Moradores de Rua”) OR ("Personas sin hogar") OR (Homeless) AND (“Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde”) OR ("Barreras de Acceso a los Servicios de Salud") OR ("Barriers to Access of Health Services") OR (“Acesso aos Serviços de Saúde”) OR ("Accesibilidad a los Servicios de Salud") OR ("Health Services Accessibility") AND (“Política de Saúde”) OR ("Política de Salud") OR ("Health Policy"). Os operadores booleanos “AND” e “OR” foram utilizados para as combinações.

O nível de evidência dos artigos selecionados foi definido segundo os critérios descritos a seguir, baseados no delineamento das pesquisas (RODRIGUES et al., 2014):

Nível 1: Evidências resultantes de meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados.
Nível 2: Evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental.
Nível 3: Evidências de estudos quase-experimentais.
Nível 4: Evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa.
Nível 5: Evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência.
Nível 6: Evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Inicialmente foram encontrados 273 artigos. A busca e seleção dos mesmos foram realizadas mediante leitura dos títulos e resumos, onde foram excluídos 248 por não atenderem aos critérios de inclusão, 3 artigos duplicados e 8 artigos texto incompleto ou com acesso restrito. Da amostragem encontrada conforme os critérios indicados, e, após leitura na íntegra, ao final restaram 14 artigos de acordo figura.

Figura 1 - Processo de seleção dos artigos



Fonte: Elaboração própria

Os estudos selecionados foram organizados em uma tabela com os seguintes dados: ano de publicação, título, autores, tipo de estudo/problema de saúde e principais resultados para apresentação e discussão deles.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trata-se de uma de análise quase totalmente publicada em inglês, com apenas três artigos em português. Os anos de 2023, 2022 e 2021 juntos concentraram a maioria das publicações (8), já em 2020, 2019 e 2018 foram encontrados dois artigos para cada ano (6). Em relação à natureza dos estudos, quatro são qualitativos e dez são mistos combinando os métodos de pesquisa de estudo prognósticos (5), estudo diagnóstico (1), estudo observacional (2), revisão de literatura narrativa (1) e revisão sistemática (3), guia de prática clínica (2), síntese de evidências (1), fatores de risco (3) estudo de etiologia (1) e pesquisa qualitativa (8).

Dos 14 artigos selecionados para a revisão integrativa, três foram classificados como nível de evidência 3 e os demais como nível de evidência 4. Os artigos de nível 3 incluíram revisões sistemáticas que sintetizaram múltiplos estudos primários, oferecendo uma visão abrangente e robusta sobre as barreiras e facilitadores no acesso aos cuidados de saúde mental e outros serviços de saúde para populações vulneráveis. Esses estudos forneceram uma base sólida para a compreensão das questões investigadas, por meio de métodos rigorosos de análise e compilação de dados existentes. Os demais artigos, classificados como nível de evidência 4, consistiram principalmente em estudos qualitativos e relatos de casos que exploraram as percepções e experiências dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços. Embora esses estudos forneçam insights valiosos e contextualizem as realidades locais, sua natureza exploratória e descritiva apresenta limitações em termos de generalização dos resultados (Quadro1).

Quadro 1 – Nível de evidência dos artigos selecionados

Artigo	Nível de evidência
Barriers and facilitators to health care access for people experiencing homelessness in four European countries: an exploratory qualitative study.	4
Patient and provider perspectives on barriers and facilitators to reproductive healthcare access for women experiencing homelessness with substance use disorders in San Francisco.	4
Challenges of caring for homeless patients with inflammatory arthritis: 12-month follow-up observations and identification of certain barriers to care	4
Unhoused people: stigma, prejudice, and health care strategies. / População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde.	4
Health Service Access Among Homeless Veterans: Health Access Challenges Faced by Homeless African American Veterans.	4
Access to health care for people experiencing homelessness on Avenida Paulista: barriers and perceptions. / O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções	4
Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: a qualitative study in Barcelona (Spain)	4
Perceived barriers and facilitators to accessing and utilising sexual and reproductive healthcare for people who experience homelessness: a systematic review	3
Barriers and facilitators perceived by women while homeless and pregnant in accessing antenatal and or postnatal healthcare: A qualitative evidence synthesis	3
A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde / Health of those who are in homeless situation: (in)visibilities in access to the Unified Health System	4
Experiences of homeless women on maternity health service utilization and associated challenge in Aksum town, Northern Ethiopia	4
Just too busy living in the moment and surviving": barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at end-of-life.	4
Palliative care for homeless people: a systematic review of the concerns, care needs and preferences, and the barriers and facilitators for providing palliative care	3
End-of-life care for homeless people: A qualitative analysis exploring the challenges to access and provision of palliative care	4

Fonte: Elaboração própria

De acordo com o objetivo da pesquisa, foram selecionados três temas principais para discutir às barreiras ao sistema de saúde enfrentadas pela população em situação de rua. São eles: i) estrutura dos sistemas de saúde; ii) saúde sexual e direito reprodutivo; e iii) cuidados paliativos.

Os estudos sobre a população em situação de rua (PSR) revelam que os principais serviços de saúde são descritos como extremamente precários e mal equipados para atender às suas necessidades (Carmichael *et al*., 2023). Crone *et al*. (2022) apontaram que há evidências sobre a disponibilidade, acessibilidade, alojamento e aceitabilidade no acesso à saúde. Brito e Silva (2022) evidenciaram que o estereótipo provoca uma autoimagem indigna e indesejada, justificando discriminações cotidianas e a perda da condição humana. De forma semelhante

Oliveira *et al*. (2021) expuseram o preconceito sendo uma barreira significativa. Além disso, moradores de rua tendem a acessar os serviços de saúde apenas em casos de grave doença ou lesão, enfrentando barreiras administrativas, pessoais, financeiras (Cernadas; Fernández, 2021). A exigência de documentos e comprovação de residência também são obstáculos importantes (Valle; Farah, 2020). A maior necessidade percebida inclui cuidados dentários, fisioterapia, cirurgia ao joelho, emprego, socialização devido ao isolamento e habitação estável (Rai *et al*., 2022).

Os estudos sobre as barreiras no acesso ao sistema de saúde com relação à saúde sexual e direito reprodutivo revelam que as mulheres sem-abrigo frequentemente não utilizam serviços básicos de saúde materna, como cuidados pré-natais, assistência ao parto e cuidados pós-natais, devido à falta de um local permanente, falta de sensibilização e medo do estigma e da discriminação conforme descrito por Gebreyesus *et al.* (2019) e Schmidt *et al*. (2023). Além disso, atitudes e tratamento inadequados por parte dos prestadores de cuidados de saúde, juntamente com a desilusão com a vida, desconfiança nos serviços e questões organizacionais dentro do sistema de saúde, são barreiras significativas ao acesso a esses cuidados (Mcgeough *et al.*, 2020) e (Paisi *et al*., 2021).

Os estudos sobre barreiras no acesso aos cuidados paliativos para pessoas em situação de rua revelam que as atitudes dos profissionais de saúde influenciam significativamente a qualidade do atendimento (Klop *et al*., 2018). Nessa mesma lógica, há uma crescente preocupação com o fato de muitas pessoas sem-abrigo morrerem em condições inaceitáveis e sem apoio, exacerbadas pela dificuldade de identificar quem necessita de cuidados paliativos e pela falta de locais adequados para atender essas necessidades, especialmente quando combinadas com questões de abuso de substâncias (Shulman *et al*., 2019). As principais barreiras incluem o imperativo de sobrevivência diária, a normalização da morte, problemas de identificação dos pacientes, gestão de riscos e segurança profissional, e as desigualdades estruturais de um sistema de cuidados fragmentado (Stajduhar *et al*., 2019).

4.1 Barreiras de Acesso na Estrutura dos Sistemas de Saúde

Em todos os contextos nos estudos abordados, nota-se que a maior parte da população em situação de rua é composta principalmente por homens, pardos e negros, baixa escolaridade vivem na rua devido a problemas familiares, abuso de álcool ou drogas, falta de moradia e desemprego. Reconheceu-se também que a as barreiras no acesso à saúde para pessoas em situação de rua são muitas e complexas.

De acordo com os resultados encontrados esses indivíduos frequentemente enfrentam dificuldades para obter atendimento médico adequado devido à falta de documentação, estigma social, barreiras financeiras e a falta de acesso a informações sobre serviços disponíveis bem como preconceito e despreparo dos serviços de saúde para atender as necessidades desta população com integralidade. Além disso, a falta de moradia estável resultou em condições de saúde precárias, tornando ainda mais desafiador o tratamento e a prevenção de doenças.

Segundo Valle e Farah (2020), durante as entrevistas realizadas em seu estudo, foi observada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para pessoas em situação de rua. A comprovação de residência para atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) municipais foi apontada como uma barreira significativa, uma vez que essas unidades não estavam incumbidas de atender esse público. Ademais, a obtenção de medicamentos também se mostrou problemática, devido à falta de renovação da receita ou documentação. Assim como os participantes em situação de rua entrevistados por Carmichael *et al*. (2023) enfrentaram recusa de acesso a serviços de cuidados primários e medicamentos prescritos por falta de endereço

fixo ou identificação com fotografia. Também tiveram dificuldade em marcar consultas sem um telefone ou endereço de e-mail.

Na população em situação de rua, são comuns doenças crônicas, como epilepsia, infecção por HIV/AIDS, hipertensão, anemia falciforme, casos de pancreatite, complicações no fígado e uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas (Valle; Farah, 2020). De acordo com Oliveira *et al*. (2021) os participantes de sua pesquisa enfrentavam dificuldades no acesso ao tratamento relacionado aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, incluindo questões relacionadas à infraestrutura dos serviços, viés religioso, laborterapia e exigência de abstinência. Foi relatada também a escassez de dados sobre doenças reumáticas e musculoesqueléticas em pacientes em situação de insegurança habitacional, identificada como uma lacuna na pesquisa de Rai *et al*., (2022). As barreiras psicossociais enfrentadas pelos pacientes sem-abrigo também contribuíram para o risco de maus resultados nos cuidados de saúde (Rai *et al*., 2022). Como as pessoas em situação de rua enfrentam algumas barreiras para acessar os serviços de saúde, esses eram procurados em último caso, quando a necessidade de saúde ultrapassava os limites da dor ou interferia diretamente na sobrevivência (Valle; Farah, 2020).

A visão preconceituosa de si mesmo foi percebida como uma barreira significativa nos estudos de Brito & Silva (2022), Carmichael *et al*. (2023) e Cernadas & Fernández (2021). Foi observado também o preconceito enfrentado pelas pessoas em situação de rua no olhar do público em geral e de profissionais de serviços públicos, assim como as estratégias utilizadas tanto por essas pessoas quanto pelos profissionais de saúde para lidar com essa questão (Brito; Silva, 2022).

Pelas falas dos participantes do estudo de Oliveira *et al*. (2021), fica nítido o preconceito que as pessoas em situação de rua vivenciam diariamente. Em outras ocasiões, os problemas enfrentados pelas pessoas em situação de rua podem estar relacionados a preconceitos pré-existentes em relação à atenção que irão receber (Cernadas; Fernández, 2021). Além disso, os participantes observaram que as pessoas em situação de rua podem enfrentar dificuldades nas interações sociais e ao tentar comunicar suas necessidades a profissionais desconhecidos (Carmichael *et al*., 2023).

Segundo Carmichael *et al*. (2023), a barreira percebida por vários profissionais é a limitação na compreensão da pessoa em situação de rua (PSR) em autogerir sua saúde e reconhecer potenciais sintomas. Embora alguns relatos destaquem relações positivas entre a PSR e os profissionais de saúde, a maioria dos participantes concorda que a PSR é geralmente maltratada em comparação com o público em geral.

Ainda segundo os mesmos autores muitos profissionais consideram ativamente a discriminação da PSR, afastando-a dos serviços de saúde devido à aparência ou apresentação, além de serem rudes ou desdenhosos. Os profissionais de saúde frequentemente fazem suposições sobre as necessidades de saúde da PSR, especialmente em relação ao abuso de substâncias, o que pode resultar na desconsideração de sintomas de condições graves (Carmichael *et al*., 2023).

Os profissionais de saúde reconheceram que são influenciados consciente ou inconscientemente pela aparência da pessoa em situação de rua, o que gera uma dinâmica de estigmatização e rejeição nos estudos de Brito & Silva (2022) e Cernadas & Fernández (2021). Eles também reconheceram que os dependentes químicos em situação de rua sofrem uma dupla carga de preconceito e discriminação na relação com os serviços de saúde.

“Outras vezes, os problemas de acesso podem decorrer da burocracia e das complexidades formais ou informais que esta população encontra no sistema público de saúde” (Cernadas & Fernández, 2021).

Os entrevistados destacam que a burocracia no atendimento dificulta o acesso aos serviços de saúde, incluindo os encaminhamentos e a realização de exames. Além do mais, a demora em agendar exames e a chegada de serviços móveis de urgência, juntamente com a distância de certos dispositivos e o desconsidero do relato dos indivíduos sobre seu estado de saúde, contribuem para que muitos só busquem atendimento em situações de urgência e emergência (Oliveira *et al*., 2021).

A inflexibilidade e fragmentação dos sistemas de saúde foram identificadas como barreiras significativas ao acesso oportuno aos cuidados de saúde para a população em situação de rua nos estudos de Carmichael *et al*. (2023) e em Crone; Metraux; Sbrocco, (2022). A necessidade de comparecer a múltiplas consultas em diferentes ambientes foi considerada incompatível com os estilos de vida caóticos e transitórios da PSR, limitando a implementação da continuidade dos cuidados pelos médicos de cuidados primários (Carmichael *et al*., 2023). Além disso, as barreiras práticas e burocráticas enfrentadas pela PSR ao acessar os serviços de saúde locais revelaram a falta de flexibilidade nos sistemas de saúde convencionais. A acessibilidade também é ampliada pelo papel do transporte, isolamento social e distância geográfica, contribuindo para a falta de apoio social e sobrecarga na gestão da saúde. A adesão à medicação e a dificuldade em comparecer a consultas médicas também são desafios significativos para a população em situação de rua (Crone; Metraux; Sbrocco, 2022).

A escassez de recursos embora não seja uma barreira exclusiva da PSR, teve um efeito notavelmente negativo sobre os indivíduos em situações críticas nos estudos de Carmichael *et al*., (2023), Crone; Metraux; Sbrocco (2022) e Cernadas & Fernández (2021). Esta escassez dificulta o acesso a medicamentos e produtos farmacêuticos não abrangidos pelo sistema estatal, impactando gravemente a saúde da população sem-abrigo. Além disso, os déficits do sistema de saúde e dos serviços sociais tornam-se evidentes, com a falta de recursos ou linhas de cuidados específicas para essa população. A falta de recursos econômicos onera a população sem-abrigo, limitando o seguimento de tratamentos médicos necessários para doenças crônicas decorrentes de vícios, problemas de saúde mental ou desnutrição (Cernadas; Fernández, 2021).

Sem autonomia no acesso às UBS, os serviços de saúde eram procurados apenas em casos graves, exigindo tratamentos de alta densidade e alto custo para o município. As pessoas em situação de rua enfrentavam o estado da doença, o medo da morte, o estresse e a perda de controle do próprio corpo sem uma rede de apoio afetivo (Valle; Farah, 2020).

Em relação às barreiras apresentadas ao acessar ou tentar o acesso a um dispositivo de saúde, o preconceito é uma palavra que marca as respostas quanto a esse questionamento (Oliveira *et al*., 2021). Procurar um centro de acolhida e intensificar o uso de substâncias também aparece como uma forma de lidar com uma questão de saúde, assim como não fazer nada e o admitir de um funcionamento de não procurar ajuda mesmo em qualquer situação (Oliveira *et al*., 2021). E conforme Brito e Silva (2022) “a negação como medida para se afastar daquilo que se tem preconceito mostra o grau de sofrimento psíquico ao quais essas pessoas estão expostas e sentem em decorrência de estigmas e discriminação”.

4.2 Barreiras De Acesso À Saúde Sexual E Direito Reprodutivo

A saúde da mulher em situação de rua, especialmente a saúde reprodutiva, é uma questão complexa que precisa de uma atenção especial. Essas mulheres enfrentam barreiras como à falta de acesso a cuidados médicos adequados, cuidados maternos, condições precárias de higiene e vulnerabilidade a situações de violência e exploração. As mães sem-abrigo enfrentam dificuldades adicionais no acesso aos serviços de cuidados de maternidade, devido à falta de residência permanente, experiências anteriores negativas, má abordagem dos prestadores de cuidados de saúde, estigma, discriminação, falta de apoio social e negligência. Essas barreiras

impactam significativamente a capacidade dessas pessoas em receberem o cuidado adequado (Mcgeough; Walsh; Clyne, 2019; Gebreyesus *et al*., 2019).

Segundo Schmidt *et al*. (2023), as mulheres sem-abrigo descobriam a gravidez tardiamente sendo uma barreira comum ao acesso aos cuidados pré-natais, o motivo principal foi negação da gravidez, mulheres afirmaram que não queriam acreditar que poderiam estar grávidas, por medo. Os estilos de vida dependentes de drogas também atrasaram o início dos cuidados pré-natais (Mcgeough; Walsh; Clyne, 2019).

Paisi *et al*. (2021) argumentam que as mulheres mais jovens estão particularmente em risco de violência e agressão sexual, bem como de resultados adversos na gravidez, tornando-as particularmente vulneráveis ao reinício do consumo de substâncias. Isso pode afetar a tomada de decisões sobre a saúde sexual e reprodutiva.

Ainda segundo Paisi *et al*. (2021), uma barreira importante para as mulheres em situação de sem-abrigo, agravada por condições precárias de vida, é a inflexibilidade na organização e prestação de serviços, incluindo práticas contraceptivas restritas, horários clínicos limitados e longos tempos de espera. Outras barreiras percebidas estão relacionadas à acessibilidade, como a disponibilidade e custos de testes e tratamentos para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), preço dos preservativos, planos de saúde que não cobrem a compra e proximidade de clínicas, bem como a descontinuidade dos cuidados (Paisi *et al*., 2021).

A falta de informação sobre a importância dos cuidados pré-natais, de parteiras qualificadas e de serviços de cuidados pós-natais, juntamente com a limitação dos serviços de cuidados de maternidade em unidades de saúde, foi uma barreira significativa para as mulheres sem-abrigo. Não sabiam onde e quando deveriam procurar os serviços de cuidados de maternidade e não estavam conscientes da importância dos serviços de cuidados de maternidade durante a gravidez, partos e após o parto tão pouco dos riscos potenciais da gravidez e do parto (Gebreyesus *et al*., 2019).

Sobre a saúde sexual e reprodutiva, Paisi *et al*. (2021) relatam a falta de oportunidade para os trabalhadores de apoio nos abrigos conversarem sobre questões pessoais e foi citada como uma barreira para incentivar os residentes a obterem contracepção. Também foi apontada a falta de consciência entre os profissionais de saúde sobre as necessidades de saúde sexual dos jovens com orientações sexuais diferentes da heterossexualidade, bem como a falta de conhecimento da disponibilidade e localização dos serviços de SSR como barreiras ao acesso a testes de IST e contraceptivos em todo o espectro etário, independentemente do gênero (PAISI *et al*., 2021).

4.3 Barreiras de Acesso aos Cuidados Paliativos

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde – WHO (2020), Cuidados Paliativos é uma “abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais”.

Embora previsto pela OMS, os cuidados paliativos para pessoas em situação de rua representam um desafio único devido às diversas barreiras que esses indivíduos enfrentam. No entanto, a falta de moradia estável, o isolamento social, o uso de substâncias, a falta de instalações que proporcionem cuidados paliativos, incluindo descanso e um local para morrer com conforto se tornaram barreiras a prestação de cuidados paliativos tradicionais como descrito nos estudos de Shulman *et al*. (2018) e Stajduhar *et al*. (2019). Adicionalmente, barreiras como sentimentos de ser ignorado, discriminado e desrespeitado pelos prestadores de cuidados de saúde e falta de confiança, falta de conhecimento e habilidades dos profissionais,

por exemplo, a dificuldade da equipe em determinar quando um paciente está se aproximando da fase de morte e atender às necessidades de cuidados paliativos foram relatadas por Klop *et al*. (2018)

As pessoas em situação de rua enfrentam uma série de desafios devido a vulnerabilidades estruturais. E a normalização da morte na comunidade, decorrente do "estilo de vida" dessas pessoas, muitas vezes dificulta a identificação precoce de necessidades paliativas. Mesmo quando acesso aos serviços de saúde é possível, não há garantia de que serão reconhecidos como necessitando de cuidados paliativos (Stajduhar *et al*., 2019).

E conforme Stajduhar *et al*. (2019), geralmente, só são identificados como necessitando desses cuidados quando já estão em estágio terminal, com o câncer sendo o diagnóstico mais comum nesses casos. Além disso, barreiras adicionais surgem devido a políticas de gestão de risco e sistemas de saúde e assistência social fragmentados, o que resulta em descontinuidade dos cuidados e dificuldades de navegação no sistema. Profissionais dos serviços sociais nem sempre veem a prestação de cuidados paliativos como parte de seu mandato, e muitas vezes não se sentem qualificados para oferecer esses cuidados.

Nesse contexto, é importante adotar abordagens inovadoras e adaptadas à realidade das pessoas em situação de rua, como equipes móveis de cuidados paliativos que possam oferecer assistência diretamente nos locais onde essas pessoas se encontram. Além disso, é importante sensibilizar profissionais de saúde, assistentes sociais e voluntários sobre as necessidades específicas desses indivíduos, a fim de proporcionar um atendimento mais adequado e compassivo permitindo a dignidade, do alívio da dor e do sofrimento, bem como o apoio emocional e espiritual.

5 CONCLUSÃO

Este trabalho de revisão destaca as constantes necessidades de saúde e as barreiras de acesso enfrentadas pela PSR, muito afetada pelo estigma negativo que reforça a desassistência e a violência, exacerbando a indignidade e legitimando discriminações cotidianas. A exigência de documentos e comprovantes de residência surge como uma barreira significativa, confirmando descobertas anteriores. As mulheres em situação de rua, com transtornos por uso de substâncias, enfrentam obstáculos complexos ao acessar serviços de saúde sexual e reprodutiva, agravados pelo estigma e preconceito, enquanto os profissionais ressaltam desafios logísticos. Melhorar o acesso exige soluções estruturais e individuais que abordem o estigma, promovam ambientes de cuidado centrados na pessoa e considerem os fatores socioculturais e socioeconômicos. A oferta de cuidados paliativos adequados também requer uma abordagem centrada no paciente, incluindo treinamento e educação dos profissionais, colaboração multidisciplinar e acesso a alojamento adequado.

Conclui-se que o fraco envolvimento das pessoas em situação de rua com os serviços de saúde resulta da complexa interação entre o sistema de saúde centrado na pessoa e a sobrevivência individual. A baixa utilização desses serviços deve-se a fatores relacionados tanto à população em situação de rua quanto aos profissionais e ao sistema de saúde. Para reduzir as desigualdades de acesso, recomenda-se adaptar as instalações, aumentar a sensibilização entre os profissionais, desenvolver cuidados em locais de concentração das PSR e estabelecer colaborações com entidades que atendem essa população. Esforços devem ser direcionados para melhorar o acesso e a prestação de cuidados, considerando as condições de vida e as concepções de saúde-doença deles.

Esta revisão evidencia lacunas na literatura e oferece recomendações para pesquisas e práticas futuras que atendam melhor às necessidades da PSR. Que os resultados contribuam e sirvam de base para a realização de estudos mais aprofundados sobre o tema, inclusive da

necessidade de investigar e o que foi realizado com as medidas propostas nos estudos anteriores e seus impactos. Propor novas políticas que aumentem a conscientização sobre as dificuldades enfrentadas e a importância do acesso igualitário à saúde bem como colaboração entre profissionais de saúde e serviços sociais é fundamental para atender às necessidades dessa população vulnerável. O gestor de serviços de saúde desempenha um papel crucial na promoção da equidade no acesso à saúde da população em situação de rua e tem a responsabilidade de identificar e superar as barreiras enfrentadas pela PSR. E para mudar esse cenário ele deve integrar o desenvolvimento de políticas inclusivas, proporcionar o treinamento de profissionais de saúde, a criação de parcerias com organizações da sociedade civil, a defesa por políticas equitativas bem como monitorar continuamente eficácia das intervenções implementadas.

Cabe destacar algumas limitações do presente estudo. A realização da maioria dos estudos nos Estados Unidos e sua publicação em inglês representaram limitações significativas. Embora muitas das barreiras identificadas possam ser aplicáveis a diferentes contextos, a dependência das políticas de saúde e do sistema específico de cada país pode tornar algumas questões exclusivas de determinados contextos. Portanto, as conclusões extraídas desses estudos podem não ser facilmente generalizadas para outros países. Além disso, a restrição de acesso gratuito na busca e análise dos artigos afetou a qualidade metodológica da pesquisa. Por último, a nomenclatura utilizada no tema "barreiras" destacou grupos de assuntos como saúde sexual e reprodutiva, assim como cuidados paliativos, evidenciando a necessidade de investigações para quantificar o alcance desses problemas entre a população em situação de rua.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I. D. M. **Articulação Intersetorial entre atenção psicossocial e o sistema único de assistência social:** o cuidado ofertado à população em situação de rua em Franco da Rocha/SP. 2022 84p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde, São Paulo, 2022.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, 1988. Disponível em: Constituição (planalto.gov.br) . Acesso em: 03 de out. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS, Rede de Atenção Psicossocial.** 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultório na Rua. Secretaria de Atenção Primaria à saúde.** 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação, de 28 de setembro de 2017.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da população em situação de Rua: Um direito humano.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. DF. 2014.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Plano Nacional Ruas Visíveis:** População em situação de rua. Plano de ação e Monitoramento para efetivação da política nacional para a população em situação de rua, 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. **População em situação de rua:** Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília, agosto de 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2009; 24 dez. 2009.

BRITO, C.; SILVA, L. N. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & saúde coletiva** , v. 27, p. 151-160, 2022.

CARMICHAEL, C. *et al*. Barriers and facilitators to health care access for people experiencing homelessness in four European countries: an exploratory qualitative study. **International Journal for Equity in Health**, v. 22, n. 1, p. 206, 2023.

CERNADAS, A.; FERNÁNDEZ, Á. Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: a qualitative study in Barcelona (Spain). **International journal for equity in health**, v. 20, p. 1-17, 2021.

CRONE, B.; METRAUX, S.; SBROCCO, T. Health service access among homeless veterans: health access challenges faced by homeless African American veterans. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, v. 9, n. 5, p. 1828-1844, 2022.

GEBREYESUS, H. *et al*. Experiences of homeless women on maternity health service utilization and associated challenge in Aksum town, Northern Ethiopia. **BMC health services research**, v. 19, p. 1-10, 2019.

KLOP, H. T. *et al*. Palliative care for homeless people: a systematic review of the concerns, care needs and preferences, and the barriers and facilitators for providing palliative care. **BMC palliative care**, v. 17, p. 1-16, 2018.

LIMA, R. R. *et.al*.; Acesso da população em situação de rua aos serviços da atenção primária à saúde: avanços e desafios. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 2, p.4461-4474, mar./apr., 2022.

LIRA, C.D.G. *et.al* O ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA É UM DIREITO NEGADO? **Reme: Rev. Min. Enferm.** vol.23 Belo Horizonte 2019.

MCGEOUGH, C.; WALSH, A.; CLYNE, B. Barriers and facilitators perceived by women while homeless and pregnant in accessing antenatal and or postnatal healthcare: A qualitative evidence synthesis. **Health & Social Care in the Community**, v. 28, n. 5, p. 1380-1393, 2020.

OLIVEIRA, M. A. *et al*. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03744, 2021.

PAISI, M. *et al*. Perceived barriers and facilitators to accessing and utilising sexual and reproductive healthcare for people who experience homelessness: a systematic review. **BMJ Sexual & Reproductive Health**, v. 47, n. 3, p. 211-220, 2021.

PAIVA, I. K. S. *et al*. **Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática.** Ciênc. Saúde colet. (21). Agosto 2016**. Disponível em:** https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015**. Acesso em: 22 de set. de 2023.**

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). Censo População em Situação de Rua [online]. Criado em 26 de agosto de 2022 - atualizado em 03 março de 2023.

RAI, B. *et al*. Challenges of caring for homeless patients with inflammatory arthritis: 12-month follow-up observations and identification of certain barriers to care. **Clinical Rheumatology**, v. 41, n. 6, p. 1653-1657, 2022.

RODRIGUES, L. B. B. *et al*. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 343-352, 2014.

ROSA, A.S.; SANTANA, C.L.A. Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva. **Revista Bras. Enferm.** 71 (suppl 1). 2018.

SCHMIDT, C. N. *et al*. Patient and provider perspectives on barriers and facilitators to reproductive healthcare access for women experiencing homelessness with substance use disorders in San Francisco. **Women's Health**, v. 19, p. 17455057231152374, 2023.

SHULMAN, C. *et al*. End-of-life care for homeless people: a qualitative analysis exploring the challenges to access and provision of palliative care. **Palliative medicine**, v. 32, n. 1, p. 36-45, 2018.

SILVA, C. R. *et al*. **Comitê Intersetorial de Monitoramento e Acompanhamento da Política Estadual para a População em Situação de Rua**. RECOMENDAÇÕES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA. Belo Horizonte. Minas Gerais 2018.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO R. **Revisão integrativa**: o que é e como fazer. Einstein 2010; 8(1):102-106.

STAJDUHAR, K. I. *et al*. "Just too busy living in the moment and surviving": barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at end-of-life. **BMC Palliative Care**, v. 18, p. 1-14, 2019.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F. A saúde de quem está em situação de rua:(in) visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. e300226, 2020.

VARGAS, E. R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Rev Panam Salud Publica** 42 23 Out 2018 **Disponível em:<** https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170 >. Acesso em: 30 de out. de 2023.

VIEIRA A.B. *et al*. **Exclusão social: a formação de um conceito.** In: Mellazzo ES, Guimarães RB, organizadores. *Exclusão social em cidades brasileiras: um desafio para as políticas públicas* São Paulo: Unesp; 2010. p. 33-58.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative Care.** Key facts [Internet]. 2020.

ESTRATÉGIAS PARA IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Nayara Carolina Mendes; Mestre; Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Doane Martins da Silva; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Mirela Castro Santos Camargos; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: A violência contra a pessoa idosa é um problema de saúde pública. A atuação no território possibilita ações voltadas para o enfrentamento desse problema. Estudo que objetiva detectar estratégias para identificação da violência contra a pessoa idosa, na perspectiva de profissionais e gestores da saúde e da assistência social. Estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, em Belo Horizonte, com 18 profissionais de equipes de saúde da família e de apoio das UBS, de um CRAS e seus gestores. Dados coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, entre os meses de junho a dezembro de 2020 e submetidos à Análise de Conteúdo Temática. Foram organizadas cinco categorias de análise: i) Identificação da violência; ii) O papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE); iii) Denúncias; iv) Violência silenciosa; e, v) Medo de denunciar, que revelam as principais estratégias para identificação da violência, incluindo a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias. O enfrentamento da violência contra a pessoa requer ações estratégicas capazes identificar os casos, preconizando intervenções intersetoriais.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento populacional; Violência contra a pessoa idosa; Estratégias de enfrentamento; Intersetorialidade.

1 INTRODUÇÃO

A fragilidade e a dependência tornam a pessoa idosa mais susceptível às diversas formas de violência, que por sua vez, é considerada um problema de saúde pública no Brasil por ser uma importante causa de declínio da capacidade funcional, diminuição da qualidade de vida, violação de direitos e mortalidade (Zirley et al., 2016). A escassez de pesquisas de base populacional sobre o tema, contribui para o desconhecimento da prevalência da violência contra as pessoas idosas no Brasil (Machado et al., 2020), e o problema ainda é pouco discutido, dificultando a proposição de políticas públicas e a sensibilização dos profissionais de saúde no processo de reconhecimento, prevenção e cuidados às vítimas (Lopes et al., 2018).

O enfrentamento das diversas situações de violência contra as pessoas idosas representa um desafio ao cuidado integral de tal população. O conceito de enfrentamento está relacionado com uma variedade de respostas, ações e comportamentos diante de situações difíceis, estressantes e potencialmente ameaçadoras (Nunes, 2010). Assim, o maior investimento em políticas públicas e a exigência da notificação compulsória dos casos de violência contra as pessoas idosas representam, respectivamente, a adequação da legislação para atender as demandas decorrentes do envelhecimento e uma importante forma de enfrentamento do problema.

Os serviços de saúde e de assistência social, assim como as ações articuladas entre tais setores, possuem importância estratégica na identificação das situações de violência contra a pessoa idosa, por meio da identificação precoce dos casos, das ações de promoção e prevenção

realizadas pelas equipes multiprofissionais e pela possibilidade de abordagem intersetorial no território local para ruptura do ciclo de violência.

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo detectar estratégias para identificação da violência contra a pessoa idosa, na perspectiva de profissionais e gestores da saúde e da assistência social. Espera-se que os resultados contribuam para o planejamento de ações que visem à prevenção das diversas formas de violência contra a pessoa idosa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O enfrentamento das situações de violência contra as pessoas idosas depende de uma rede integrada, com envolvimento de diversos setores da sociedade (Costa; Pinto; Oliveira, 2010; WHO, 2002b). Assim, os serviços inseridos no território local são frequentemente os primeiros a identificar o problema e os principais agentes de prevenção e promoção da saúde por meio de ações e serviços que estimulem uma cultura de solidariedade intergeracional e de rejeição a toda e qualquer forma de violência.

A intersetorialidade é a articulação de setores sociais, que compartilham saberes e experiências, colaborando para o planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações para abordar os problemas e proporcionar o desenvolvimento social (Junqueira, 1997). O conjunto da integração entre as políticas, o território, a equidade e os direitos buscam a superação dos problemas e da exclusão social nos locais em que se manifestam, considerando o cidadão em sua totalidade (Junqueira, 2000).

Segundo Vieira e Passos (2016), a efetivação da intersetorialidade traz maior complexidade quando comparada à sua conceituação, sendo atualmente um dos maiores desafios para o cuidado integral à saúde. Assim, os profissionais dos diversos setores devem apresentar adequada qualificação para atendimento ao idoso, capacitação para identificar, intervir e prevenir situações de abuso, assim como realizar os devidos encaminhamentos (Moreira et al., 2016; Queiroz, 2009).

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) organiza-se por meio da Proteção Social Básica, ofertada no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), e da Proteção Social Especial que visa reconstruir vínculos, proporcionando defesa de direitos para indivíduos e famílias em situações de violação dos mesmos (Brasil, 2011).

O CRAS, por sua capilaridade nos territórios, é a principal porta de entrada do SUAS (Carmona, 2019), com oferta de ações de cunho preventivo, protetivo e proativo e função de gestão e articulação para as unidades a ele referenciadas (Brasil, 2009; Brasil, 2011). O CRAS tem como responsabilidade a execução do Serviço de Programa e Atendimento Integral à Família (PAIF) que tem o intuito de prevenir situações de vulnerabilidade e riscos sociais nos territórios, garantir os direitos em todos os ciclos da vida, fortalecer os vínculos familiares e comunitários (Brasil, 2011; Costa; Cardoso, 2010).

O CRAS está presente em áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios e Distrito Federal e deve apresentar um adequado conhecimento do território, capacidade de organização e articulação para outras unidades do SUAS. A equipe de referência do CRAS é constituída por técnicos de nível médio e superior, estes com formação em serviço social e psicologia, sendo que o número de profissionais depende do número de famílias referenciadas conforme regulamentação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (Brasil, 2009). Em Belo Horizonte, existe a equipe de Proteção Social Básica Regional para acompanhamento dos territórios que não tem cobertura pelo CRAS, em cada regional administrativa (Carmona, 2019).

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é referência para os territórios na oferta de trabalho social para indivíduos e famílias em situação de risco pessoal

ou social ou violação de direitos (Brasil, 2011; Belo Horizonte, 2015). O CREAS, média complexidade da Proteção Social Especial, atua por meio de diversos serviços, dentre eles o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos (PAEFI) e da articulação com outras políticas públicas e órgãos de garantia de direitos (Brasil, 2011). A Proteção Social Especial de alta complexidade é responsável pelo processo de institucionalização e proteção integral em situações de violação de direitos, por meio de serviços de acolhimento com garantia da privacidade e preservação da autonomia dos indivíduos atendidos (Carmona, 2019).

A territorialização traz o território como fator determinante para a compreensão das situações de vulnerabilidade e riscos sociais. Possibilita também a identificação das potencialidades nos locais próximos dos indivíduos e famílias, com possibilidade de maior eficácia e efetividade no enfrentamento dos problemas identificados (Brasil, 2009). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os CRAS são unidades representativas de Políticas Públicas diferentes, inseridas no território local, com ações e serviços planejados a partir do diagnóstico local da população, com foco nos indivíduos e nas famílias. Assim, as diversas categorias profissionais que têm contato com a pessoa idosa podem atuar na prevenção e na identificação da violência, estimulando a cultura de paz e promoção da saúde por meio de estratégias intersetoriais para criação de ambientes seguros e saudáveis (Brasil, 2001; Brasil, 2006).

No município de Belo Horizonte, a rede intersetorial de atendimento à pessoa idosa vítima de violência é descentralizada, sendo que cada uma das regionais de saúde realiza a abordagem da vítima e dos familiares, realizando os encaminhamentos necessários (Mallet et al., 2016).

3 METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, realizado no município de Belo Horizonte, cuja população idosa representa mais de 18% da população total (Belo Horizonte, 2020). Os participantes foram profissionais de equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e de apoio (assistentes sociais) de duas UBS, de um CRAS (psicólogo e assistente social) e seus gestores. Estabeleceu-se como critérios de inclusão: profissionais de nível de escolaridade superior, técnico e médio e gestores das UBS e do CRAS, com atuação nas unidades por um período igual ou superior a seis meses. Os critérios de exclusão foram: profissionais que estavam afastados por licença maternidade, por motivo de doença ou em gozo de férias no período da coleta de dados, trabalhadores dos setores administrativos e serviços gerais e profissionais que se recusaram a participar do estudo.

O número de profissionais de saúde de equipes de Saúde da Família não foi definido a *priori*. A coleta de dados foi interrompida quando se identificou a saturação, com um total de 18 participantes.

Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado para os gestores e outro para os demais profissionais. A coleta ocorreu entre os meses de junho a dezembro de 2020, nas próprias unidades, em local tranquilo e reservado, permitindo privacidade. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, garantido anonimato por meio da adoção da sigla E = entrevistado, seguidas do número referente à entrevista. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 2016).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), por meio dos Pareceres: 4.002.430/2020 e

4.045.895/2020. Os participantes formalizaram a aceitação ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram identificadas cinco categorias de análise: i) Identificação da violência; ii) O papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE); iii) Denúncias; iv) Violência silenciosa; e, v) Medo de denunciar.

Identificação da violência

As entrevistas evidenciaram o papel da UBS e do CRAS no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, a necessidade de identificação precoce dos casos, assim como a responsabilidade dos profissionais no reconhecimento dessas situações, prevenindo a repetição dos episódios e os efeitos deletérios decorrentes da violência. E ainda, foi revelada a preocupação com a demora na identificação da situação de violência por parte da equipe de saúde, seja por desconhecimento, seja pelo cuidado fragmentado ao usuário ou pela desinformação acerca dos encaminhamentos a serem realizados.

> Sempre que alguém souber que o idoso está sendo prejudicado, porque ele às vezes não responde por si, ele está ali sofrendo e se alguém, um vizinho ou quem quer que seja não denunciar, é perigoso ele até morrer, porque nada foi feito (E1).
>
> Um dos fatores é a falta de conhecimento. Às vezes a própria família esconde e o fato da gente não ter conhecimento e não saber identificar essas situações pode dificultar o processo (E2).
>
> Eu acho que nós, profissionais da atenção básica, temos um dever fundamental nesse papel de identificar e tentar prevenir. É fundamental que a equipe toda se aproprie disso e se sinta preparada para atuar quando surgir alguma situação (E8).
>
> Primeiro que a gente vê é que a equipe às vezes demora a fazer um diagnóstico da situação. Seja porque é um idoso que vem à unidade e não manifesta, seja porque é um idoso que tem muita limitação e a equipe tem um contato fragmentado com ele, seja por entendimento da equipe do que é violência, enquanto isso aquele sujeito está exposto à situação (E11).

Na identificação dos casos de violência contra a pessoa idosa, constatou-se que a distinção entre características inerentes ao processo de envelhecimento e sinais de violência é fundamental e exige olhar atento dos profissionais às condições da pessoa idosa e atuação em equipe para identificar adequadamente a situação. É importante que a violência não seja aceita enquanto resultado da história de vida e da fragilização das relações familiares e afetivas da pessoa idosa.

> Para identificar eu acho que é necessário a gente fazer uma avaliação global [...] Avaliar os sinais e sintomas que aquele idoso pode

> apresentar. Por exemplo, se tratando de violência física, lesões, hematomas, quedas que ocorrem com mais frequência, sem uma explicação muito coerente. O isolamento social, mudanças de comportamento do idoso [...] Quando se trata de violência física, uma estratégia que eu gosto é convidar o médico ou enfermeiro da equipe para fazer a visita junto comigo para poder avaliar o idoso (E8).
>
> Às vezes aquelas histórias familiares que vão passando ao longo dos anos, cheias de amarguras, cheias de vinganças, insatisfações com o outro, como se fosse um castigo "você fez por merecer isso". Então as pessoas não entendem, uma vez que o idoso se encontra numa situação dessa, é uma violação de direitos e a família pode responder por isso (E14).
>
> Uma vez eu cheguei até a comentar e o médico me disse que ia ter que investigar bem porque o idoso em si, ele só no pressionar, só de manusear, a pele fica com manchas (E2).

Nas UBS e no CRAS, apesar do acesso e do vínculo com indivíduos e comunidade, lidar com situações de violência é uma tarefa complexa, o que exige conhecimento sobre o assunto, identificação, acompanhamento e direcionamento adequado dos casos. Nas entrevistas, alguns participantes consideraram que a identificação da violência é um trabalho de investigação até que a suspeita seja confirmada. Dessa maneira, o trabalho em equipe realizado nas UBS e no CRAS, e entre as unidades, facilita o processo de avaliação, permitindo que profissionais de diferentes categorias verifiquem as condições da pessoa idosa e tenham parâmetros para reconhecimento e condução dos casos.

Os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) têm posição estratégica no processo de identificação precoce de possíveis vítimas de violência intrafamiliar, uma vez que tem acesso aos domicílios para o cuidado de indivíduos e famílias (Rocha et al., 2015). O estabelecimento do vínculo e da relação de confiança também facilita a identificação precoce das situações de violência, assim como a elaboração de estratégias capazes de minimizar os agravos e o apoio às vítimas na garantia dos direitos (Wanderbroocke; Moré, 2012; Wanderbroocke; Moré, 2013).

Verificou-se que a maioria dos participantes do estudo trabalha nas unidades há mais de cinco anos, fato que contribui para a construção do vínculo entre profissionais e usuários. Além disso, o acesso de primeiro contato, o cuidado longitudinal e integral e a coordenação da atenção à saúde proporcionados pelas eSF também favorecem a construção do vínculo (Brasil, 2017).

Dentre os aspectos que dificultam o reconhecimento da violência, constatou-se que, na perspectiva gerencial, há uma certa morosidade na identificação dos casos por parte dos profissionais. Esse fator revela a importância das capacitações periódicas, ampliando os conhecimentos sobre a temática e sobre a importância da identificação precoce dos casos. Na prática profissional, participantes das UBS e do CRAS podem se deparar com diversos tipos de violência, e por isso, necessitam de um olhar atencioso e de uma escuta qualificada para perceber tais situações e distinguir possíveis sinais indicadores de violência de características frequentemente associadas ao envelhecimento. De acordo com Wanderbroocke e Moré (2013a), essa distinção é fundamental para que os casos não permaneçam na invisibilidade.

O papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE)

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm papel de destaque na identificação de situações de violência contra as pessoas idosas, em virtude do acompanhamento domiciliar, pelo estabelecimento do vínculo e da relação de confiança e pelo olhar atento às condições do idoso. O aumento do número de visitas e o comparecimento no domicílio em horários diferentes também foram destacados como estratégias para identificação do problema.

> A visita do agente comunitário de saúde é muito importante, porque é a menina dos olhos para trazer para a unidade às condições do idoso e da família [...] Eu procuro visitar mais vezes, em horários diferentes [...] E observando não marcar horário, porque é muito importante essa visita de chegada inesperada, tanto para gente quanto para o idoso, para verificar o que está acontecendo (E3).

> A nossa visita não é só uma visita técnica! De chegar e falar assim: eu queria saber como é que tá a receita, o remédio? Não é só isso. A gente faz um trabalho até de psicólogo. A gente chega na casa, senta, conversa, pergunta como ele está. Eles têm a gente como um familiar deles. Eles acreditam na gente, confiam e começam a falar (E4).

> No centro de saúde a gente tem uma coisa muito boa que é a questão dos ACS. Então assim, os agentes de saúde estão inseridos na comunidade. Eles têm essa visão de conhecer a pessoa, de ter o contato com os vizinhos, de ter o contato com os familiares. É a nossa principal ferramenta (E10).

> Eles identificam muitos casos porque eles criam vínculo com a comunidade. Eles já conhecem esse idoso e como aqui na unidade não tem muita rotatividade dos profissionais, eles identificam muitos casos (E14).

Observou-se que os ACS, por meio da atuação junto às famílias nos domicílios, apresentam condições de identificação precoce de situações de violência contra as pessoas idosas, o que possibilita o desenvolvimento de estratégias para prevenção de agravos. Sales et al. (2014) identificaram que as visitas domiciliares realizadas pelos ACS são de grande importância para a criação de vínculo com famílias e comunidades, possibilitando o conhecimento de situações de vulnerabilidade e violência, assim como o direcionamento para outros profissionais da unidade e de outros serviços, como o CRAS.

De acordo com Oliveira et al. (2018), o desenvolvimento da relação de confiança entre o ACS e o usuário permite que a situação seja identificada pelo contato com o próprio idoso e por meio de denúncias de vizinhos e familiares. Assim, os ACS são profissionais fundamentais no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, pela realização das visitas regulares, e, pelo vínculo com famílias da área de abrangência (Paula; Martins, 2018).

A atuação dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) também foi revelada como importante estratégia na identificação dos casos, pois esses profissionais estão presentes de forma regular nos domicílios. Os ACE possuem diversas atribuições, dentre elas, a realização de visitas domiciliares para vigilância, prevenção e controle de doenças endêmicas e infectocontagiosas e nessas ocasiões, muitas vezes se deparam com casos suspeitos ou com episódios de violência no âmbito domiciliar, sendo tais situações discutidas com profissionais das eSF e de apoio das UBS.

> A gente conta com o pessoal da zoonose para fazer essa vigilância. Eles ficam sabendo dos vizinhos (E12).
>
> A zoonose traz também a situação de violência ao idoso. Porque como eles entram no domicílio, às vezes eles têm que ir no fundo da casa [...] às vezes encontram o idoso escondidinho ali, fragilizado. A zoonoses é muito parceira da unidade (E14).

Os ACE, como atuam prioritariamente nos domicílios, também identificam essas situações, direcionando os casos para os profissionais das equipes de saúde da família e de apoio. Esse resultado está em consonância com atividades típicas dos ACE no cenário da sua área geográfica de atuação, o que inclui a realização de ações de controle e a identificação de casos suspeitos de doenças e agravos à saúde, em trabalho conjunto com eSF, assim como, o encaminhamento necessário para a unidade de saúde de referência (Brasil, 2018). Assim, é fundamental que esses profissionais realizem capacitações sobre agravos relevantes para a saúde pública, contribuindo para promoção e prevenção (Oliveira; Castro; Figueiredo, 2016).

Os participantes relataram que situações de violência são identificadas durante visitas domiciliares, atendimentos, consultas, atividades coletivas nas UBS e no CRAS, sendo necessária a avaliação global do idoso, a escuta de familiares e cuidadores, verificando indícios de violação dos direitos da pessoa idosa.

> Na visita a gente tem uma visão da situação de saúde e das condições gerais do idoso. Já presenciamos um quarto com grade [...] Idoso com odor de urina, de fezes e até casos que a gente da enfermagem precisou trocar o paciente, dar água ao idoso porque os familiares não têm a atenção necessária (E6).
>
> A gente pode identificar nas ofertas que a gente faz. A gente pode identificar através do Programa Maior Cuidado, a cuidadora no domicílio pode identificar [...] Muitas vezes a gente identifica ali no próprio atendimento, no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos [...] A própria orientadora social do Serviço de Convivência naquela dinâmica do serviço, ela identifica o idoso que pode estar sofrendo algum tipo de violência e comunica com a gente. Por meio dos serviços e dos programas que a gente tem aqui no CRAS, e também da rede, podemos identificar algumas questões que acendem essa luzinha vermelha, que é a suspeita da violência (E15).
>
> Quando a gente tem algum indício nesse sentido, geralmente a gente realiza visita ou atendimento para escutar o idoso, a família, os cuidadores [...] Por meio dessas escutas a gente tenta verificar se há indício de violação (E16).

Constatou-se que o reconhecimento de situações de violência contra a pessoa idosa pode acontecer nas ações e serviços de rotina das UBS e do CRAS. Para Florêncio e Grossi (2014), os serviços assistenciais e de saúde devem rastrear continuamente e aperfeiçoar a identificação das situações de violência.

Algumas condutas que facilitam a identificação de casos de violência familiar contra o idoso foram elucidadas pelo estudo de Wanderbroocke e Moré (2013), incluindo a realização

de avaliação global, a investigação de sinais e sintomas, escuta qualificada, disponibilidade de atendimento de idosos e familiares em horários não agendados e a busca pela rede de suporte ao idoso.

Denúncias

Outra estratégia de identificação da violência contra a pessoa idosa trata-se da denúncia, geralmente realizada por vizinhos, por familiares ou de maneira anônima, seja por meio de ligação telefônica para as UBS ou CRAS ou diretamente para os profissionais. As denúncias são feitas também em outros serviços como o Conselho do Idoso, a Promotoria do Idoso ou pelo Disque 100. As entrevistas evidenciaram que, assim que os participantes têm conhecimento das denúncias, eles utilizam atividades de rotina do trabalho, como, por exemplo, as visitas domiciliares, para verificar a situação, possibilitando o conhecimento da possível violação de direitos e tomada de decisão para enfrentamento da situação.

> Os vizinhos observaram a idosa caída e gritando [...] Os vizinhos falaram para a ACS o que estava acontecendo e a ACS conversou com a assistente social (E1).
>
> A gente não pode chegar no domicílio com a denúncia porque a gente não tem enfrentamento para isto. Então a gente pode chegar lá oferecendo ações e serviços de saúde para reconhecer a situação (E6).
>
> Às vezes denúncias de vizinhos, de conhecidos, de que o idoso está sozinho, que a questão da alimentação, dos cuidados de higiene pessoal estão comprometidos (E13).
>
> Em caso de denúncia, a primeira etapa é solicitar uma visita do ACS. Nessa busca ativa, geralmente com a demanda de cadastro e aí ele observa as condições do domicílio, o ambiente, a família. Dependendo da situação, de acordo com a observação do ACS, a gente agenda uma visita com o enfermeiro ou com o médico (E18).

O vínculo entre profissionais e comunidade contribui para a realização de denúncias por parte de familiares e vizinhos das possíveis vítimas. Por outro lado, o receio de que a informação não permaneça em sigilo ou mesmo diante da incerteza da prática da violência, faz com que muitos indivíduos realizem as denúncias anonimamente. De acordo com Sales et al. (2014), a maioria das denúncias é realizada por outras pessoas, já que os idosos não denunciam situações de violência pelo afeto com o agressor ou pela crença de que devem submeter-se a tais situações até a morte, pelo sentimento de inutilidade e dependência.

As pessoas idosas apresentam maior vulnerabilidade à violência, especialmente no âmbito familiar, revelando a necessidade crescente de reflexões sobre a temática, e dentre as possíveis intervenções, destaca-se a atuação dos serviços inseridos próximos aos idosos, famílias e comunidades (D'elboux et al., 2021). Assim, a identificação precoce e ações de promoção e prevenção realizadas por meio das UBS e do CRAS e as intervenções intersetoriais são aspectos fundamentais para o enfrentamento do problema.

Casos suspeitos de violência podem ser informados por outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, como foi exemplificado por um participante ao relatar um caso direcionado do nível hospitalar para a UBS. Outros setores, como a educação, também podem identificar

essas situações, assim como pela própria comunicação entre os serviços da saúde e da assistência social.

> [...] Tiveram alguns casos de suspeita de violência, vindos de outra ponta do serviço, em pronto atendimento, internação hospitalar. Foram situações que os profissionais suspeitaram e entraram em contato com o centro de saúde para investigar. Foi uma situação em que eu vi a rede funcionando (E10).

Ao analisar a identificação da violência na perspectiva da comunicação entre diferentes setores, observou-se que serviços da rede de urgência podem identificar uma suspeita de violência, referenciando o caso para a APS, uma vez que o acompanhamento longitudinal e o conhecimento dos indivíduos e famílias no contexto das UBS favorecem essa identificação. A presença dos equipamentos da saúde e da assistência social potencializa o cuidado no território, ressaltando que o CRAS está presente em áreas de maior vulnerabilidade e o trabalho intersetorial favorece a identificação de situações de violência.

Violência silenciosa

Observou-se que um aspecto dificultador na identificação do problema é o velamento dos casos. No que diz respeito à pessoa idosa, os participantes relataram que muitas vezes ela não reconhece a violência sofrida ou não apresenta o desejo de denunciar o agressor, seja por medo da reação do mesmo ou pela presença de vínculos familiares e afetivos. Dessa forma, foi revelada a importância de os profissionais orientarem os idosos sobre seus direitos, as condutas a serem tomadas e os órgãos de defesa capazes de auxiliá-los nos casos de violência. Os familiares e cuidadores, ao dificultarem o acesso e o contato dos profissionais com a pessoa idosa, também contribuem com a invisibilidade do problema.

> Um fator dificultador muitas vezes é o próprio idoso que não relata. Talvez por medo, se ele às vezes estiver sentindo que está sendo violentado de alguma forma, geralmente, assim como muitos, o idoso não fala. Ele se cala (E5).

> Por duas ou três vezes eu fui na residência e a filha não me deixava ver a mãe, falava que a mãe estava dormindo (E3).

> O que mais dificulta muitas vezes, é a família, adesão da família. Então assim, a família muitas vezes não deixa a gente chegar perto [...] A família nega que tenha qualquer negligência, nega que tenha qualquer arbitrariedade [...] Já aconteceu muito da família dificultar o acesso em visitas, voltando a equipe do portão, não deixando entrar (E9).

> Eu acho que a gente encontra dificuldade ali na identificação mesmo, porque como eu te falei, tem idoso que fala, mas tem idoso que não fala. Principalmente se envolve ali uma pessoa muito querida, muito amada por ele, o filho por exemplo [...] Então às vezes, ele vai falar que não tem nada acontecendo. A gente vê, fica sabendo, mas o idoso às vezes não fala, desmente como forma de proteger aquele membro familiar que é o agressor, mas que ele ama e quer proteger (E15).

A invisibilidade das situações de violência pode ser decorrente do velamento por parte dos idosos, familiares e cuidadores. A participação das pessoas idosas em grupos de convivência, atividades coletivas e espaços na comunidade contribui para a autonomia, com a troca de saberes e vivências e com a aquisição de conhecimentos dos direitos dessa população. Familiares e cuidadores precisam ser conscientizados de seus deveres e apoiados pelos serviços da saúde e da assistência social, favorecendo o cuidado e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Para Oliveira et al. (2013), a disseminação do conhecimento sobre o tema contribui com a sensibilização da população frente às diversas situações de violência contra as pessoas idosas na comunidade, habilitando-os na identificação e enfrentamento do problema.

Estudos revelam que pessoas idosas vítimas de violência têm dificuldade em relatar abusos sofridos devido a relação de afetividade e parentesco com os agressores, preservando assim, a imagem da família, por medo de retaliações por parte daqueles que cometem as agressões, por vergonha e por receio de que os profissionais não acreditem na história (Florêncio; Grossi, 2014; Oliveira et al., 2013; Sales et al., 2014; Wanderbroocke; Moré, 2012). Segundo Fernandes e Silva (2016), o idoso pode não denunciar pelo temor de ficar sem o cuidador, mesmo sendo ele o agressor e ser direcionado para instituição de longa permanência, perdendo a privacidade e a autonomia.

Medo de denunciar

Um importante ponto capaz de dificultar a identificação dos casos é o medo dos profissionais de lidar com a violência temendo pela reação dos familiares e cuidadores. Os profissionais relataram receio pelo contato próximo com as vítimas e possíveis agressores.

> Enquanto profissionais, eu vejo que todos nós, por estarmos muito envolvidos com a população, com todos os membros da família, muitas vezes é difícil seguir em frente, fazer denúncias porque a gente fica com receio de como isso pode voltar para gente (E5).

> Essa questão da gente trabalhar dentro da área, de estarmos expostos, principalmente numa unidade de saúde onde a gente não tem um guarda municipal, não tem um porteiro, é de livre acesso [...] Nós estamos totalmente vulneráveis a qualquer violência [...] Então às vezes a gente tem que deixar de prestar uma assistência por causa disso (E12).

Se, por um lado, o estudo revelou que os participantes reconhecem sua responsabilidade na identificação das situações de violência contra as pessoas idosas, por outro, apesar da relevância das UBS no reconhecimento precoce dos casos, o medo dos profissionais em lidar com tais situações também foi evidenciado e pode contribuir com a invisibilidade do problema. Os profissionais sentem-se incapacitados e impotentes para atuar em casos de violência familiar e violação de direitos (Oliveira et al., 2018), sendo que lidar com essas situações proporciona insegurança, vulnerabilidade e temor quanto a seu enfrentamento (Secco et al.; 2020).

Oliveira et al. (2018) analisaram as concepções dos profissionais de enfermagem quanto à detecção e prevenção da violência contra os idosos em duas UBS, em Mossoró (Rio Grande do Norte), e identificaram que a negação do idoso em denunciar o agressor e a falta de desejo dos profissionais de envolvimento em situações complexas são aspectos que dificultam o enfrentamento da violência. O medo pode paralisar o profissional diante de casos suspeitos,

evitando a investigação, em uma perspectiva de autoproteção nos casos incertos (Wanderbroocke; Moré, 2013).

5 CONCLUSÃO

Os aspectos discutidos no presente estudo sinalizam que os participantes reconhecem o importante papel das UBS e do CRAS na identificação dos casos de violência contra pessoas idosas e a responsabilidade dos profissionais nessa etapa do processo de enfrentamento do problema. A capacidade de distinguir características próprias do envelhecimento de sinais indicativos de violência é fundamental para o adequado reconhecimento dos casos.

A atuação dos ACS e dos ACE foi reconhecida como importante estratégia para identificação das situações de violência, que também podem ser reconhecidas por meio das ações de rotina das UBS e do CRAS, por outros serviços de saúde e de outros setores e de denúncias realizadas. O velamento da violência por parte de idosos e familiares e o medo profissional foram citados como dificultadores na identificação do problema.

Este estudo, embora desenvolvido em um contexto específico, o que se configura como limite, avança na construção do conhecimento ao trazer para análise as estratégias para identificação da violência contra a pessoa idosa, na perspectiva de profissionais e gestores da saúde e da assistência social.

Espera-se que os resultados possam contribuir para a reorganização da abordagem da violência contra as pessoas idosas e que novas reflexões sejam despertadas acerca da temática. O fenômeno da violência contra a pessoa idosa necessita de aprofundamento em futuros estudos, o que poderá contribuir para o direcionamento de ações específicas e respostas integradas dos diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

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

BELO HORIZONTE (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Atendimento à Pessoa Idosa em Situação de Violência.** Belo Horizonte, 2015.

BRASIL. **Lei n° 12.435, de 6 de julho de 2011**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília: Diário Oficial da União, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

CARMONA, D. R. S. **A abordagem da violência e sua superação na política pública de assistência social: concepções e práticas dos profissionais do serviço de proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos – PAEFI.** 2019. 162 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção Violência) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

COSTA, A. F. S.; CARDOSO, C. L. Inserção do psicólogo em Centros de Referência de Assistência Social – CRAS. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Minas Gerais, v. 3, n. 2, p. 223-229, 2010.

COSTA, N. L. V.; PINTO, J. R.; OLIVEIRA, E. N. Contextos e determinantes da violência intrafamiliar contra os idosos. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 43, p. 206-212, 2010.

D'ELBOUX, M. J. *et al*. Violência contra o idoso em tempos de pandemia na Atenção Primária à Saúde. In: RODRIGUES, R. A. P.; FHON, J. R. S.; LIMA, F. M. **O cuidado ao idoso na Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19.** Ribeirão Preto – SP: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021. p. 197-209.

FERNANDES, M. J. C.; SILVA, A. L. Violência contra a pessoa idosa no contexto português: questões e contradições. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 13, n. 1, p. 68-80, 2016.

FLORÊNCIO, M. V. L.; GROSSI, P. K. Instrumentos quantitativos validados para identificação/rastreamento de violência contra a pessoa idosa. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 687-704, 2014.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

LOPES, L. G. F. *et al*. Violência contra a pessoa idosa. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2257-2268, 2018.

MACHADO, D. R. *et al*. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 1119-1128, 2020.

MALLET, S. M. *et al*. Violência contra idosos: um grande desafio do envelhecimento. **Revista Médica Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 26, n. 8, p. 408-413, 2016.

MOREIRA, W. C. *et al*. Análise sobre as políticas públicas de enfrentamento a violência contra o idoso. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1324-1331, 2016.

NUNES, C. M. N. S. O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psiconcologia. **Encontro: Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 13, n. 19, p. 91-102, 2010.

OLIVEIRA, A. A. V. *et al*. Maus tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 66, n. 1, p. 128-133, 2013.

OLIVEIRA, K. S. M. *et al*. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 29, p. 1-9, 2018.

OLIVEIRA, M. M.; CASTRO, G. G.; FIGUEIREDO, G. L. A. Agente de Combate às Endemias e o processo de trabalho da equipe de saúde da família. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 380-389, 2016.

PAULA, C. A.; MARTINS, P. F. M. O envelhecimento em Palmas: a ficha de notificação compulsória de violência como um relevante instrumento de combate à violência contra a pessoa idosa. **Revista ESMAT**, Tocantins, v. 10, n. 15, p. 49-58, 2018.

QUEIROZ, Z. P. V. Violência contra idosos: um novo desafio. In: BARROSO, A. E. S. **Perspectiva social do envelhecimento**. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social – São Paulo: Fundação Padre Anchieta, 2009. p. 1-26.

SALES, D. S. *et al*. A violência contra o idoso na visão do agente comunitário de saúde. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 63-77, 2014.

SECCO, A. A. et al. Educação permanente em saúde para agentes comunitários: um Projeto de promoção de saúde. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, Minas Gerais, v. 13, n. 1, p. 1-17, 2020.

VIEIRA, K. D.; PASSOS, I. C. F. Intersetorialidade entre Políticas Públicas de Saúde Mental e Assistência Social: estudo de caso. In: MELO, E. M. *et al*. **Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança.** Belo Horizonte: Folium, 2016. p. 129-143.

VIEIRA, K. D.; PASSOS, I. C. F. Intersetorialidade entre Políticas Públicas de Saúde Mental e Assistência Social: estudo de caso. In: MELO, E. M. et al. Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança. Belo Horizonte: Folium, 2016. p. 129-143.

WANDERBROOCKE, A. C. N. S.; MORÉ, C. L. O. O. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2513-2522, 2013.

WANDERBROOCKE, A. C.; MORÉ, C. Significados de violência familiar para idosos no Contexto da Atenção Primária. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 435-442, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse**. Geneva, 2002.

ZIRLEY, L. M. *et al*. A percepção do profissional de saúde e de outras áreas afins e a relação com a rede de assistência à mulher em situação de violência. In: MELO, E. M.; MELO, V. H. **Para Elas: Por Elas, Por Eles, Por Nós**. Belo Horizonte: Folium, 2016. p.165-179.

POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL ENTRE 2013 E 2023: DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM SUA EXECUÇÃO

Sandiele Oliveira Rodrigues; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Wanderson Costa Bomfim; Doutor; Universidade Federal de Minas Gerais

Marcus Vinicius da Silva Costa; Mestre; Universidade Federal de Minas Gerais

Mirela Castro Santos Camargos; Doutora. Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo identificar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na execução da Política Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde. A metodologia adotada é uma revisão integrativa de literatura com base em buscas nas bases MEDLINE, Lilacs e Index Psi Periódicos, utilizando descritores como: "Políticas de Saúde" AND "Saúde Mental"; "Políticas de Saúde" AND "Atenção Básica" AND "Saúde Mental"; "Profissionais de Saúde" AND "Saúde Mental" AND "Atenção Básica"; "Gestão em Saúde" AND "Saúde Mental" AND "Atenção Básica". Foram considerados artigos em português dos últimos dez anos. A revisão revelou que 80% dos estudos abordam sobre a formação fragilizada dos profissionais em saúde mental, 60% do uso inadequado de psicotrópicos, 40% apontam sobre a falta de recursos estruturais e econômicos. Conclui-se que medidas como educação permanente, matriciamento e disseminação da política podem superar esses desafios, garantindo melhor assistência psicossocial e qualidade de vida para os profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Atenção básica em Saúde; Políticas públicas em saúde mental; Gestão em saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica é um processo complexo de natureza política e social, que engloba uma série de mudanças nas práticas, conhecimentos e valores culturais e sociais. Este processo traz consigo uma variedade de desafios e tensões que permeiam sua implementação e prática (Brasil, 2005).

Em 1989, entrou em tramitação no Congresso Nacional o projeto de lei que dispunha sobre a proteção, direitos e assistência das pessoas portadoras de transtornos mentais. Todavia, somente em 2001 foi sancionada a Lei Paulo Delgado (Lei nº10.216/2001), que elabora a reforma psiquiátrica e a substituição de um modelo manicomial para um psicossocial, projeto de lei que atualmente é a Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2005).

Durante esse processo de transformação das práticas de cuidado aos usuários, foram implementadas as Redes de Atenção à Saúde Mental, que desempenham um papel fundamental como componentes auxiliares do Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais visam promover não apenas o cuidado clínico do indivíduo, mas também sua reabilitação psicossocial por meio da interação social e familiar (Colombarolli *et al*., 2019).

Para integrar as ações de cuidado aos usuários, foram incorporadas a Atenção Básica à Saúde (APS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), incorporando aspectos territoriais e a participação comunitária. A consolidação da rede de cuidados em saúde mental nos municípios tornou-se essencial, exigindo a aplicação efetiva das políticas públicas e a capacitação dos profissionais para o cuidado adequado (Ballarin *et al*., 2011).

A implementação da saúde mental na atenção básica contribuiu com o cuidado ao paciente, por ser a porta de entrada do SUS, mas ainda falta um fortalecimento da atenção básica na rede do cuidado, sendo necessário consolidar com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pois todo indivíduo tem o direito ao acolhimento e a responsabilização do cuidado junto com a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu território (Barbosa, 2019).

A RAPS é um conjunto articulado de diversos pontos de atenção à saúde para acolher pessoas em sofrimento mental ou uso de substâncias como álcool e outras drogas, dentro dos diversos pontos de atenção está entre eles a atenção básica (Brasil, 2011). Com a RAPS, o sistema de saúde visa garantir acesso e qualidade na assistência em saúde mental aos usuários, entretanto, ainda existem grandes desafios para que na prática ocorra uma assistência de qualidade aos indivíduos (Barbosa, 2019).

Na prática assistencial na APS, o manejo de demandas aos usuários de saúde mental enfrenta medo, falta de capacitação dos profissionais que recorrem aos encaminhamentos, falta de recursos, estigma de desencontros com as práticas que a política determina e o que realmente pode ser exercido no cuidado (Santana, 2022). Esses desafios surgiram com a efetivação da Política de Saúde Mental na Atenção Básica, apesar da ESF e as equipes no acolhimento aos pacientes, a sua efetivação não é uma mera restruturação dos serviços, mas uma mudança da mentalidade dos profissionais para que ocorra um cuidado integrado juntamente com a família e a comunidade ao qual está inserido (Barbosa, 2019).

Na prática, o cuidado aos usuários ainda está associado ao modelo patologizante e medicamentoso, ao invés, de uma atenção holística que reintroduza os indivíduos à sociedade (Lemos, 2019). Atender as demandas em saúde mental na Atenção Básica é um desafio que vai além das perspectivas dos gestores em saúde. Por isso, a identificação dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na execução da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) na Atenção Básica pode contribuir para a melhoria do cuidado prestado aos pacientes, seus familiares, a comunidade a qual está inserido e a promoção da saúde mental dos próprios profissionais.

Além disso, a abordagem dos desafios que a literatura relata sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Básica pode contribuir para o aprofundamento do tema que ainda é pouco estudado e dificulta na incorporação de melhorias que podem ser implementadas pela gestão.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi identificar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na execução da Política Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 História da Política de Saúde Mental no Brasil

Inicialmente, no Brasil, o tratamento de indivíduos com transtornos mentais ocorria por meio do cuidado centrado em hospitais psiquiátricos. Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresenta no Congresso Nacional, o projeto de (Lei nº3.657/89) que propõe a reforma psiquiátrica no Brasil. Essa proposta se deu um ano após ser estabelecida a Constituição de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde, que regula e organiza os serviços de saúde em todo territorial nacional sendo financiado pelos impostos dos cidadãos (Brasil, 2005).

No entanto, somente em 2001 foi sancionando a Lei nº 10.216/2001, que estabelece a Reforma Psiquiátrica Brasileira, propondo a extinção dos hospitais psiquiátricos para um modelo de atenção psicossocial, na qual tem abordagem terapêutica (Barbosa, 2019; Colombarolli *et al*., 2010). Nesse caso, a abordagem multidimensional envolve aspectos físicos,

psicológicos, social e meio ambiente, pois cada indivíduo tem sua história de vida marcada por relações que se manifestam no seu dia a dia (Alves; Francisco, 2009).

Diante de uma reforma psiquiátrica, foi estabelecida diretrizes visando a implementação e consolidação de um modelo de atenção comunitário, que seja humanizado, insira os indivíduos na sociedade, amplo acesso, eficaz, de qualidade e com controle social. Com isso, entre de 1990 a 2002, ocorreram os processos de desocupação e desinstitucionalização dos leitos em hospitais psiquiátricos tornando-se uma política pública no Brasil (Colombarolli *et al*., 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2001) a PNSM no Brasil apresenta diretrizes e estratégias para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos de saúde mental. Para o cuidado em saúde mental foi criado a Rede de Atenção Psicossocial (RASP), membro auxiliador do SUS na prestação da assistência mental, em razão dos diversos serviços que a compõem como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ao seu respeito, é abordado na Portaria nº336/2002, que os CAPS são mais adequados para o cuidado ao paciente com problemas psicossociais, devido sua estrutura e profissionais capacitados para tal atendimento (Brasil, 2001).

A Portaria nº 366/2002 menciona que, "os Centros de Atenção Psicossocial são compostos por alguns modelos de serviços como o CAPS I, CAPS II E III" e no Art.3º "Os Centros de Atenção Psicossocial só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar" (Brasil, 2001). E os serviços que em conjunto compõem a RAPS e compartilham dos mesmos princípios do CAPS são os Serviços de Residencial Terapêutico (SRT), ambulatórios de saúde mental, leitos de saúde mental em hospitais gerais e saúde mental na atenção básica (Silva, 2019).

Por meio desses serviços, os indivíduos serão acompanhados e terão uma assistência terapêutica sem internação e poderão viver em sociedade, trabalhando, tendo tempo de lazer e fortalecendo os laços familiares e em comunidade (Colombarolli *et al.*, 2010).

Contudo, mesmo com a RAPS sendo uma estratégia que visa garantir acesso e qualidade na assistência em saúde mental aos usuários, ainda existem grandes desafios para que na prática ocorra uma assistência de qualidade aos indivíduos.

2.2 Implementação da Política Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica no Brasil

No Brasil, desde a Reforma Psiquiátrica tem se buscado mudanças para o cuidado ao indivíduo com transtorno mental, por meio da criação e ampliação de serviços de atenção à saúde com o intuito de substituir o cuidado centrado em hospitais para um modelo de atenção psicossocial com abordagens terapêuticas (Barbosa, 2019).

Para efetuar a transição dos hospitais psiquiátricos para um modelo de atenção à saúde mental mais humano e abrangente, é necessária uma profunda modificação de paradigmas e práticas no âmbito da saúde mental. Isso implica uma mudança substancial no paradigma tradicional de tratamento centrado na doença e na cura, para um modelo mais complexo e inclusivo. Nesse novo paradigma, o foco deixa de ser apenas a patologia mental e passa a ser o indivíduo em seu contexto social, considerando suas relações e experiências em relação à comunidade. Essa mudança implica em uma transição das antigas estruturas hospitalares para uma rede de atenção psicossocial, cujo objetivo é reintegrar os usuários ao convívio social. Essa abordagem multidisciplinar não apenas visa tratar os sintomas, mas também promover a autonomia, a dignidade e a inclusão social dos indivíduos em sofrimento psíquico. Dessa forma, a transformação de hospitais psiquiátricos em uma rede de atenção psicossocial representa não apenas uma alteração nas estruturas físicas, mas também uma mudança profunda nos valores e nas práticas dos profissionais de saúde mental (Barbosa, 2019).

A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída por meio da Portaria nº3.088 de 2011 (Brasil, 2011), e tem como objetivo ampliar os serviços de saúde mental para prestar a população o cuidado de forma integral e territorial, atendendo com acolhimento, de forma contínua e por meio dos atendimentos de urgências (Harmuch *et al*., 2022).

A RAPS é composta pela Atenção Básica à Saúde, a atenção psicossocial especializada, o centro de saúde formado pelo CAPS, a atenção urgência e emergência formada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a atenção residencial de caráter transitório, sendo as unidades de acolhimento, a estratégia de desinstitucionalização que são os serviços residenciais terapêuticos, e a reabilitação psicossocial para gerar renda e trabalho às pessoas em tratamento (De Macedo, 2020).

Na RAPS, a atenção básica é considerada o centro de comunicação, que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes (Mendes *et al*., 2012). Para Lemos (2019), a ESF como ferramenta principal é essencial para o enredo da construção do cuidado à saúde, pois a APS pode resolver até 80% dos problemas de saúde e está inserida no contexto social do paciente.

A Atenção Básica é a porta de entrada e o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), dado que é conceituada como ordenadora e gestora do cuidado de saúde por deliberar o cuidado centrado na pessoa, com o objetivo de dar continuidade às várias ações já executadas pelos profissionais e em serviços de saúde, além de referenciar para outros serviços da RAS, garantindo que o usuário receba o cuidado que necessita em sua região (Magalhães Junior *et al*., 2014).

Tendo em vista que, a APS é a porta de entrada para oferta de ações em saúde mental e ponto estratégico da Rede de Atenção Psicossocial, desenvolvendo atividades que auxiliam no controle de sintomas, à prevenção de futuras crises e a redução do risco de internação, além do diagnóstico precoce, tratamento medicamentoso, acompanhamento terapêutico e promoção da saúde (Barbosa, 2019). Nessa consolidação do cuidado centrado ao paciente a APS juntamente com a ESF, envolvendo o território, a participação da comunidade e outros conceitos da saúde coletiva. São imprescindíveis na consolidação do cuidado de saúde mental nos municípios para aplicação das políticas públicas e para a capacitação dos profissionais no cuidado (Ballarin *et al*., 2011).

Além disso, diversos documentos nacionais e internacionais ressaltam a importância da Atenção Básica como a porta de entrada para os usuários do Sistema Único de Saúde e como um pilar fundamental na construção do cuidado comunitário. Essas informações podem ser encontradas em documentos como a Declaração Internacional de Alma Ata (1978), a Carta de Ottawa (1986), e em resoluções e conferências nacionais de Saúde Mental, realizadas no período de 1987 a 2010 (Lemos, 2019).

No entanto, sabe-se que o atendimento em saúde mental na APS tem particularidades e suas complexidades como os fechamentos das unidades básicas que são até as 17 horas interferindo na prestação do cuidado, mas a OMS vem trabalhando nesses ambientes para que ocorra a descentralização de serviços, integração da atenção básica na saúde mental e o aumento da participação da comunidade (Barbosa, 2019). Uma vez que, a integração da saúde mental na atenção básica seja realizada de forma eficaz, poderá auxiliar no diagnóstico precoce e contribuir com a participação dos familiares e profissionais na execução de estratégias para o cuidado.

2.3 A importância de ouvir os profissionais diante dos desafios para resolutividade do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica

A APS deve auxiliar os níveis de cuidado para resolutividade das necessidades dos usuários, juntamente com a equipe de Saúde Mental e ESF para implementar a extensão do cuidado e promover a reorganização do serviço. Porém, é observado que a expansão dos serviços de cuidado em algumas situações, não significou a reorganização da atenção básica, mas sobrecarregou os níveis de cuidados, ocasionando não resolutividades dos problemas (Lemos, 2019).

Com isso, alguns estudos observaram a efetividade do cuidado dos profissionais da ESF na prestação de serviços aos pacientes em situação de loucura, evidenciando que o cuidado ainda está associado ao modelo patologizante e medicamentoso (Lemos, 2019). Ou seja, mesmo com as mudanças ocorridas com a reforma psiquiátrica e, posteriormente, as políticas de saúde mental, os profissionais ainda têm dificuldades nas práticas da assistência a esses usuários.

Para Rotoli (2019), a resolutividade das ações em saúde mental exige conhecimentos dos profissionais sobre variáveis como as condições sociais, clínicas, severidades dos sintomas, condições de trabalho e moradia dos usuários e aspectos como acolhimento da demanda, satisfação da pessoa em relação às necessidades e às tecnologias oferecidas pelo serviço para atender a complexidade do cuidado.

Entretanto, os profissionais da ESF ainda desenvolvem o cuidado no modelo biomédico, focando na cura e centrado na doença, limitando as ações resolutivas em saúde mental, devido ao sentimento de impotência, angústia e despreparo dos profissionais aos cuidados em saúde mental na atenção básica (Rotoli, 2019).

Para os profissionais, a atenção básica é vista como um local para demandas simples, não tendo capacidade técnica, organizacional e tecnológica para prestar determinados serviços, além dos recursos que diversas vezes vem a faltar dificultando a prestação do cuidado (Tofani *et al*., 2021). Outros desafios encontrados pelos profissionais de saúde na prestação do cuidado é a baixa remuneração e falta de capacitação para lidar com situações (Brasil, 2005).

É importante ouvir os profissionais de saúde sobre a prestação do cuidado aos pacientes e suas dificuldades, pois estão inseridos na comunidade e conhecem os desafios do território. Entende-se que a educação reducionista de muitos profissionais inibe a coordenação do cuidado não problematizando o processo saúde-doença e não entendendo o indivíduo como um todo, além da terceirização do cuidado que poderia ser prestado na unidade básica e falta da contrarreferência para um cuidado integral e contínuo (Ribeiro; Cavalcanti, 2020).

Para auxiliar os profissionais da APS no cuidado ao paciente em sofrimento mental, surgiu o apoio matricial, que começou a ser implementado em 2008 na formação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ampliando assim as ações de saúde mental na atenção básica e contribuindo de forma integral à rede de atenção à saúde (Fortes *et al*., 2014). Além disso, possibilita resolutividade as ações de saúde mental junto à comunidade, construção de conhecimentos e melhor comunicação entre trabalhadores, usuários e gestores.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família contribui na resolutividade da ESF, auxiliando com uma equipe especializada para atender as demandas do território adscrito. Simultaneamente, o CAPS integra a Atenção Básica na rede do cuidado, compartilhando responsabilidades na prestação do serviço com a ESF e o NASF, supondo a lógica do matriciamento (Medeiros, 2015).

Tendo em vista que, o apoio matricial é um instrumento organizacional que auxilia as equipes de forma técnica no desenvolvimento de ações básicas em saúde. Além, de constituir cooperação entre as equipes de ESF e suas referências setoriais e intersetoriais para um cuidado integral (Medeiros, 2015). Ou seja, no apoio matricial a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e atenção primária trabalham juntam para desenvolver ações para reabilitação psicossocial do indivíduo (Brasil, 2005).

A matriz do matriciamento compreende-se que é constituída pelo cruzamento entre equipes de referência do usuário como a ESF e linhas de apoio como os CAPS e o NASF para juntos trabalharem na execução de um projeto terapêutico singular dando um tratamento contínuo (Medeiros, 2015).

No entanto, para que ocorre de forma eficaz é necessário a compreensão dos profissionais, conhecimento crítico e capacitação sobre a relevância do matriciamento e o cuidado aos pacientes em sofrimento mental. Por isso, a importância de avaliar os profissionais na inserção das políticas públicas em saúde mental na atenção básica, para que os ideais da reforma psiquiátrica permaneçam firmes na construção do cuidado e abordagens como as novas formas de organização dos serviços e equipes, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os características clínicas e políticas da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre as estratégias de cuidado e de responsabilização (Lemos, 2019).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura sobre os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na implementação da Política Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica. Este estudo busca agrupar e resumir resultados de pesquisas sobre a questão a ser analisada. A pergunta norteadora desta revisão foi: "Quais os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na execução da Política Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica?"

Na presente revisão, foram abordadas as seguintes etapas: I) elaboração da pergunta norteadora; II) busca na literatura, contendo critérios de inclusão/exclusão dos artigos e teses; III) coleta de dados; IV) análise crítica dos estudos; V) interpretação dos resultados; e VI) apresentação da revisão integrativa (Agostinho Neto *et al.,* 2022).

A busca da literatura e seleção dos estudos foram realizados nas seguintes bases de dados: MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrievel System Online*), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Index Psi Periódicos. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: textos completos, artigos, teses e dissertações que abordassem saúde mental, atenção básica à saúde e políticas de saúde. No levantamento bibliográfico foram selecionados textos em português entre os anos de 2013 e 2023. Foram excluídos trabalhos duplicados, estudos que abordassem COVID-19, textos em língua estrangeira, trabalhos não direcionados para a atenção básica, estudos relacionados ao uso de drogas e medicamentos e estudos que abordam somente o matriciamento.

Os descritores escolhidos foram mediante consulta da seguinte combinação: ("Políticas de Saúde") AND ("Saúde Mental); ("Políticas de Saúde") AND ("Atenção Básica") AND ("Saúde Mental"); ("Profissionais de Saúde") AND ("Saúde Mental") AND ("Atenção Básica"); ("Gestão em Saúde") AND ("Saúde Mental") AND ("Atenção Básica").

Para avaliar a qualidade das evidências, os artigos foram classificados de acordo com a hierarquia, baseada no delineamento da pesquisa (Rodrigues *et al*., 2014):

Nível 1: Evidências resultantes de meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados.

Nível 2: Evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental.

Nível 3: Evidências de estudos quase-experimentais.

Nível 4: Evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa.

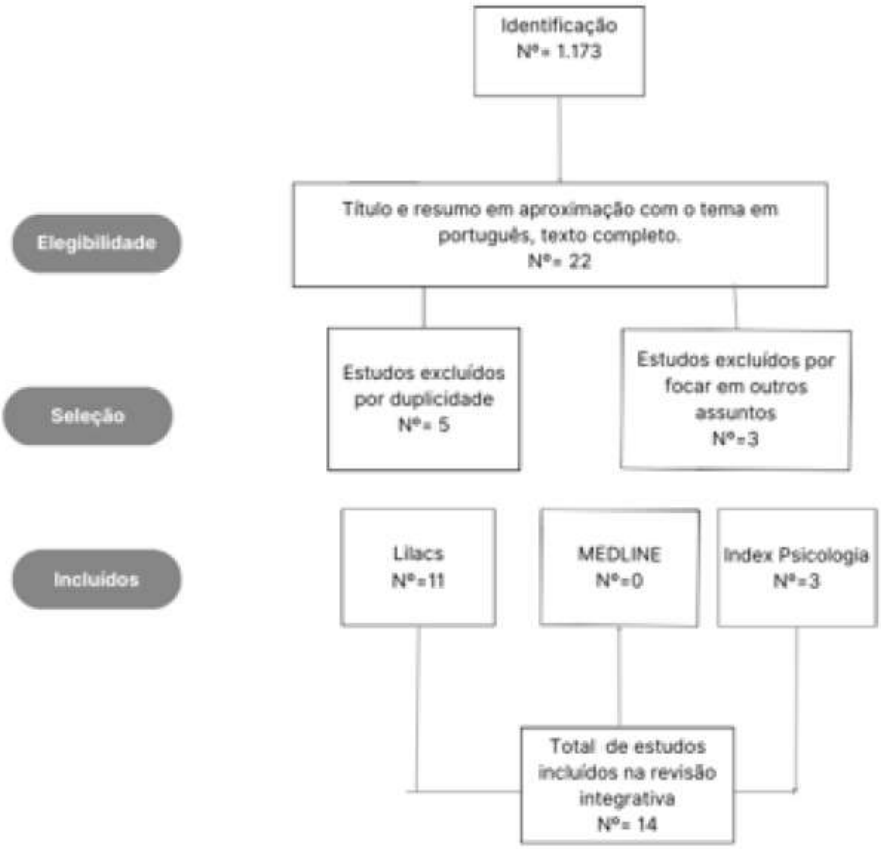
Nível 5: Evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência.

Nível 6: Evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Essa classificação permite uma avaliação sistemática e hierarquizada da robustez dos estudos analisados.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2023 a março de 2024, sendo organizados em uma planilha no Microsoft Excel® com as seguintes informações: título, autores, ano de publicação, objetivo e principais resultados do estudo, de modo que seja possível realizar uma escrita crítica dos resultados posteriormente. A organização da seleção dos estudos está apresentada no diagrama (figura1), com as etapas de busca e o quantitativo final de cada base de dados.

Figura 1 - Processo de seleção dos artigos



Fonte: Elaboração própria

A seleção inicial dos textos foi realizada mediante a leitura de títulos e resumos de todos as 1.173 publicações. Em um segundo momento, foram excluídas as 1.151 publicações de acordo com os critérios de exclusão. Posteriormente, foi realizada a leitura completa dos textos dos 22 estudos, observando os critérios de inclusão e exclusão para seleção final. Selecionando ao total 14 publicações para serem abordadas na revisão integrativa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionadas 14 publicações de um total de 1.173 artigos e teses. Dos 14 estudos 60% foram publicados nos últimos 6 anos, isso demonstra a relevância atual do assunto. Em relação a metodologia, 60% eram estudos qualitativos, exploratórios ou descritivos, com o objetivo de entender a assistência em saúde mental de forma aprofundada. E 50% eram estudos feitos regionalmente. Observando os textos selecionados, evidencia-se ausência de estudos

entre 2016, 2017 e 2020. Foram selecionados dois estudos em 2013; um em 2014; dois em 2015; dois em 2018; três em 2019; um em 2021; dois em 2022 e um em 2023.

Os resultados da revisão integrativa revelaram que a maioria dos artigos selecionados apresentou um nível de evidência 4, caracterizado por estudos descritivos ou qualitativos que exploram as práticas, políticas e desafios relacionados à integração da saúde mental na Atenção Básica. Estes estudos proporcionaram uma compreensão detalhada das dinâmicas e complexidades envolvidas no cuidado em saúde mental no contexto da Atenção Básica. Por outro lado, um dos artigos foi classificado como nível de evidência 5, baseado em relatos de caso ou experiências individuais.

Quadro 1 – Nível de evidência dos artigos selecionados para a revisão integrativa

Artigo	**Nível de evidência**
Atenção básica e saúde mental: experiência e práticas do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa	4
Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?	4
Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil	4
Atenção Básica e Saúde Mental: uma prática possível	5
Saúde Mental na Atenção Básica: Dividir ou Somar Apoios Matriciais	4
Avaliação da organização do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde do Brasil	4
Percepção de gestores municipais diante da implementação da Política de Saúde Mental	4
Práticas de Saúde Mental na atenção básica sob a ótica dos profissionais gestores	4
Saúde Mental na Atenção Primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro	4
O labirinto e o Minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde	4
A inserção da saúde mental na atenção primária: um estudo qualitativo das práticas de profissionais na cidade de Manaus/AM	4
Políticas e práticas de Saúde Mental na Atenção Básica: cenários a partir da perspectiva de trabalhadores da saúde no jardim Ângela, distrito do município de São Paulo	4
Por trás da máscara da loucura": cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica	4
Conhecimento de gestores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial sobre matriciamento em Saúde Mental	4

Fonte: Elaboração própria

Observou-se que 80% abordam sobre a formação fragilizada dos profissionais de saúde em saúde mental; 70% evidenciam a importância do matriciamento como possível solução para os desafios; 60% a importância de ações comunitárias de promoção da saúde e sobre o uso inadequado de psicotrópicos; 50 % da falta de estratégias na abordagem aos pacientes em sofrimento mental; 40% apontam sobre a falta de acompanhamento da família no tratamento, falta de recursos estruturais e econômicos e a importância da educação permanente. Pensando nos desafios encontrados pelos profissionais na assistência em saúde mental na atenção básica, os estudos foram organizados em três categorias por abordagens principais: i) Desqualificação técnica e comportamental dos profissionais em saúde mental na Atenção Básica; ii) Limitações estruturais e financeiras na adesão de práticas terapêuticas em saúde mental na Atenção Básica à Saúde e iii) Uso inadequado de psicotrópicos como tratamento aos pacientes em sofrimento mental na Atenção Básica à Saúde.

A análise dos artigos e teses selecionados por meio das seis etapas da revisão integrativa da literatura, permitiu delimitar o estudo em três categorias, que respondem à pergunta de pesquisa atribuída para este estudo. As categorias contribuem para a análise e reflexão sobre os

desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na execução da PNSM na Atenção Básica delimitados em: Desqualificação técnica e comportamental dos profissionais em saúde mental na Atenção Básica, Limitações estruturais e financeiras na adesão de práticas terapêuticas em saúde mental na Atenção Básica à Saúde e o Uso inadequado de psicotrópicos como tratamento aos pacientes em sofrimento mental na Atenção Básica à Saúde.

4.1 Desqualificação técnica e comportamental dos profissionais em saúde na Atenção Básica

Em sua pesquisa Lemos (2019) menciona que a Atenção Básica é ordenadora do cuidado em saúde tendo em sua estrutura os três princípios do SUS, a universalidade, integralidade e a equidade que buscam orientar a realização do cuidado da melhor forma possível. Entretanto, a saúde mental na atenção básica não tem sido aplicada de forma interdisciplinar nas graduações e cursos técnicos, deixando fragilidades na formação técnica dos profissionais de saúde, tendo como consequência limitações nas práticas do serviço que interferem nas ações e intervenções da assistência.

Para Harmuch *et al*. (2022), a desqualificação dos profissionais em saúde mental tende a dificultar o desenvolvimento das atividades necessárias para que a assistência ocorra de acordo com que é preconizado pela PNSM. Diferentes estudos demonstram que a ausência ou deficiência na abordagem dos assuntos durante a graduação não capacita os profissionais para lidar com ações de promoção, prevenção e tratamento às pessoas em sofrimento mental.

Esses profissionais podem apresentar sinais de medo, precariedade na escuta e não gerenciamento das ações de cuidado aos pacientes em sofrimento psíquico (Yamaguti, 2018). Além disso, Gerbaldo *et al*. (2018) destacam que os mesmos, se sentem despreparados para lidar com as demandas e tem o entendimento que os pacientes da área de saúde mental só devem ser acompanhados pelos especialistas da área. Harmuch *et al*. (2022) enfatizam que as percepções dos profissionais de saúde sobre as pessoas em sofrimento mental ainda enfrentam estigmas e preconceitos, pois subentende-se que são pessoas incapazes, agressivas e perigosas, o que dificulta o processo de tratamento e acompanhamento desses indivíduos.

Em sua pesquisa, Vasconcelos e Barbosa (2019) abordam que as principais dificuldades dos profissionais estão associadas à falta de conhecimento e ao fato de não compreenderem que os pacientes em saúde mental estão inseridos na comunidade e precisam de cuidados. Como consequência, ocorre o encaminhamento ao CAPS desses pacientes de forma não estruturada, o que dificulta o processo do matriciamento que é um aliado na prestação do cuidado em saúde mental na APS.

Lemos (2019) aponta que a educação permanente é uma aliada para qualificar e superar desafios advindos da assistência na ABS, dado que, pode se configurar um capacitador na formação em saúde mental, pois a realização do treinamento ocorre no cotidiano do serviço e possibilita a troca de conhecimento e experiências.

Sanine e Silva (2021) salientam que é indispensável a participação em atividades de educação permanente para o conhecimento das práticas assistenciais e compreensão da integração das equipes do NASF e CAPS para o matriciamento. O conhecimento juntamente com o matriciamento promoverá reflexões e (re)organização dos processos de trabalho buscando a referência e contrarreferência na assistência, favorecendo o cuidado integral a esses pacientes.

4.2 Limitações estruturais e financeiras na adesão de práticas terapêuticas em saúde mental na Atenção Básica à Saúde

As limitações em recursos financeiros e estruturais são entraves para execução das práticas da PNSM na Atenção Básica, devido sua interferência na realização de ações e serviços de intervenção em saúde mental na comunidade. Silva *et al*. (2019) evidenciam que para a solução desses entraves existe a necessidade de investimento nas redes de serviços em saúde e na sistematização do processo de trabalho.

Em contrapartida, Yamaguti (2018) relata que os transtornos mentais geram altos custos sociais e socioeconômicos para o sistema de saúde, sendo um desafio o seu gerenciamento. Este alto custo advém das incapacidades de longa duração quando relacionadas a redução na qualidade de vida que sobrevém aos pacientes em sofrimento mental e de seus familiares.

Em consonância com a literatura revisada a implementação da saúde mental na APS está relacionada à diminuição do poder socioeconômico dos pacientes em sofrimento mental e seus familiares. Em seus achados, Hirdes e Scarparo (2013) apresentam a teoria de que esses pacientes e suas famílias sofrem estigmas pela sociedade o que dificulta a sua participação no mercado de trabalho e o convívio social, ocasionando dificuldades financeiras.

Outro fator determinante mencionado por Santana (2022), é a falta de investimento em programas de saúde mental por parte do Estado, em função das reduções no financiamento durante as mudanças governamentais. Como consequência disso, o cuidado integral dos pacientes e a realização das ações intervencionais ficam impossibilitadas de ocorrer, enfraquecendo e desmotivando os profissionais que estão à frente.

A falta de recursos materiais e humanos tendem a enfraquecer e gerar um sofrimento psíquico nos trabalhadores, pois a realização do cuidado nesse contexto proporciona sensações de inutilidade e despertencimento, visto que a saúde mental também é influenciada pelas condições em que desempenha o trabalho (Yamaguti, 2018).

Além disso, Sanine e Silva (2021) atestam que as mudanças estruturais e no financiamento na APS causam um movimento de precarização e de redução das equipes de apoio matricial ocasionando retrocessos no processo de trabalho. Além das dificuldades na execução de ações terapêuticas devido aos retrocessos, Silva *et al*. (2019) observaram em seu estudo a falta de envolvimento da família no tratamento dos pacientes em sofrimento mental o que dificulta a adesão ao tratamento.

Visto que, em alguns casos o fator determinante para a não adesão ao tratamento é a negligência e abandono da família. Em pesquisa, Rotoli *et al*. (2019) ressaltam que as relações familiares são fracas e não aceitam o familiar com transtorno mental, em consequência o paciente se sente desamparado e desmotivado para continuar o tratamento. Outro fator observado em seu estudo para não adesão ao tratamento, é o alto custo dos medicamentos e receio do afastamento do local de trabalho, em razão das crises e ao uso das medicações.

Por fim, a efetivação da PNSM nos municípios brasileiros é permeada de dificuldades, pois a gestão não investe nas ações e nos serviços de saúde na ABS, limitando a assistência e o desenvolvimento de ações terapêuticas com o apoio matricial na Atenção Básica. Para que as mudanças ocorram, Silva *et al.* (2019) salientam que será necessário a liberação de recursos por parte dos governantes, do apoio matricial na promoção de instrumentos de intervenção e da articulação da equipe da ABS incluindo os usuários e a comunidade como um todo.

4.3 Uso inadequado de psicotrópicos como tratamento aos pacientes em sofrimento mental na Atenção Básica à Saúde

O uso indiscriminado de psicotrópico como forma exclusiva de tratamento tem sido um entrave no atendimento em saúde mental na atenção básica. Conforme Makiyama *et al.* (2023), a cultura medicamentosa ainda está presente na atenção básica e está associada ao modelo biomédico de atendimento. Modelo que está centralizado no processo doença-cura em que os

determinantes orgânicos são os agentes causadores da doença, desconsiderando os determinantes sociais como: condições de vida, moradia, renda, problemas familiares, desemprego, uso de álcool, drogas e a falta de projetos de vida (Figueiredo *et al*., 2021).

O uso exacerbado e indiscriminado de medicamentos psicotrópicos tem ocorrido por causa do aumento dos diagnósticos de sofrimento mental na população brasileira. Em seus achados, Silva *et al*. (2019) apontam que a indicação de medicamentos para sofrimento psíquico, em alguns casos, está relacionada a problemas sociais e econômicos. Isto ocorre, em função das terapias ineficientes da saúde mental e a frágil comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de atendimento psicossocial (Oliveira *et al*., 2021).

Outra vertente exposta por Silva *et al*. (2019), é a insistência dos pacientes para a continuidade ao tratamento medicamentoso, em virtude da dependência física e psicológica gerada pelo fármaco. Ocorre também nas UBS, a renovação das receitas de forma automática, ou seja, sem o atendimento aos pacientes, sendo algo conveniente para os médicos e para os pacientes, dado as dificuldades encontradas entre a prescrição racional e a empatia com os problemas de cada indivíduo (Alves *et al*.,2020).

Em contrapartida, Schmidt (2013) relata que o tratamento intenso e exclusivo com medicamentos é uma forma utilizada pela atenção básica de aliviar o sofrimento presente, quando estão enfrentando alta demanda. Visto que, são muitas as demandas enfrentadas pela APS, que torna a medicalização uma forma de solução, mas não deve ocorrer rotineiramente, sendo necessário a realização de grupo de terapias e psicoterapias individuais.

Além disso, o uso de psicotrópico como forma exclusiva de tratamento traz benefícios imediatos aos pacientes e não alteram o seu estilo de vida. Por isso os profissionais de saúde encontram resistência em utilizar outras formas de tratamento como psicoterapia, atividades físicas ou participar de atividades grupais realizadas nas APS. Consequentemente, a medicalização torna-se a forma de tratamento mais utilizada pelos profissionais da atenção básica (Oliveira *et a*l., 2023).

Diante disso, estudos afirmam que a educação em saúde é uma ferramenta que pode auxiliar a população no uso racional dos psicotrópicos, sendo que, este tratamento indiscriminado pode acarretar prejuízos ao paciente (Stival *et al*., 2024). Desse modo, Harmuch *et a*l. (2022) destacam a necessidade de investimento na qualificação das equipes multidisciplinares ao atendimento em saúde mental.

Gryschek e Pinto (2015) evidenciam que o uso racional dos psicofármacos está relacionado ao controle adequado da prescrição deles, que deve ocorrer através da utilização correta de protocolos clínicos, terapêuticos e da capacitação dos profissionais da atenção básica. Além da aplicação da educação continuada dos profissionais e a realização de intervenções propostas pelas equipes multidisciplinares (Alves *et al*., 2020).

5 CONCLUSÃO

Este trabalho proporcionou a identificação sobre os principais desafios dos profissionais da saúde na execução da Política Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica. Uma vez que, o conhecimento sobre tais desafios na assistência aos pacientes, possibilita aos profissionais buscarem maneiras de minimizar os entraves encontrados e a serem agentes do cuidado. Uma possível solução para os achados, seria a implementação de medidas terapêuticas como terapias comunitárias, organização do processo de trabalho e incentivos por parte da gestão capacitando e planejando estratégias, melhorando assim a assistência e saúde mental dos próprios profissionais.

Para conhecimento dos entraves enfrentados, definiu-se como objetivo a identificação dos desafios encontrados na execução da Política Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica

entre os anos de 2013 e 2023 na literatura. Foram encontradas limitações técnicas, estruturais e financeiras, além do uso inadequado de psicotrópicos, entre outros fatores e determinantes sociais.

A revisão de literatura integrativa utilizada contribuiu para identificar e entender que tais desafios podem ser enfrentados e solucionados com o auxílio da gestão, dos profissionais, de equipes multidisciplinares por meio do matriciamento e do gerenciamento dos recursos financeiros por parte dos governantes. Além disso, para auxiliar os profissionais que prestam a assistência, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia de capacitação utilizando o cotidiano como forma de aprendizagem.

Essa pesquisa também contribuiu para entender que apesar da atenção básica ser a porta de entrada para o sistema de saúde, existem falhas na execução dos cuidados aos pacientes em saúde mental, visto que, está não tem sido uma preocupação no atendimento na ABS. Os estudos analisados enfatizam que os profissionais não têm conhecimento prático para lidar com esse tipo de atendimento, apesar da saúde mental dos pacientes interferirem de forma direta em sua saúde física. Infelizmente, os profissionais ainda estão focados no atendimento biomédico e não olham os indivíduos como um todo.

Apesar da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a criação da Política Nacional em Saúde Mental, as políticas criadas em muitos casos não são aplicadas e não são divulgadas aos profissionais de saúde e gestores, invalidando sua existência e aplicação. Existe a necessidade de viabilizar essas políticas para conhecimento de todos e sua aplicação de modo mais efetivo na Atenção Básica ressaltando as particularidades e necessidades de cada região do Brasil. Espera-se que a identificação desses desafios e as possíveis soluções encontradas possam auxiliar na realização de estudos mais aprofundados sobre o tema em questão.

A realização deste trabalho apresentou algumas limitações em seu desenvolvimento. Uma delas foi a não inclusão de estudos em línguas estrangeiras, o que limitou bastante a abrangência sobre o tema. Outro aspecto limitante foi a seleção de estudos desenvolvidos somente dos últimos dez anos. O último fator importante de limitação foi a escassez de pesquisas sobre o tema abordado, o que poderia ter contribuído para o enriquecimento da fundamentação teórica.

REFERÊNCIAS

ALVES, Edvânia dos Santos; FRANCISCO, Ana Lúcia. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, p. 768-779, 2009.

ALVES, Elaine de Oliveira *et al.* Prevalência do uso de psicotrópicos na atenção primária à saúde em um município do interior de Minas Gerais. Rev. méd. Minas Gerais, p. S61–S68, 2020.

AGOSTINHO, João *et al.* O ensino da saúde coletiva no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe6, p. 281-297, 2022.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões et al. Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. **Psicologia em Estudo**, v. 16, p. 603-611, 2011.

BARBOSA, Taciana Lemos et al. Desafios na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial no município de Manaus (AM): discursos e práticas de gestores e profissionais. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria da Atenção à Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº10.216, de 06 de abril de 2001. Portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

COLOMBAROLLI, Maíra Stivaleti *et al*. Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: as perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Manaus. **Psicologia: teoria e prática**, v. 12, n. 3, p. 22-33, 2010.

FORTES, Sandra *et al*. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1079-1102, 2014.

GERBALDO, Tiziana Bezerra *et al*. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1079-1094, 2018.

GRYSCHEK, Guilherme; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015.

HARMUCH, Camila *et al*. Percepção de gestores municipais diante da implementação da política de saúde mental. **Ciênc. cuid. saúde**, p. e59472-e59472, 2022.

HIRDES, Alice; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 383-393, 2015.

LEMOS, Sônia Maria *et al*. **A inserção da saúde mental na atenção primária: um estudo qualitativo das práticas de profissionais na cidade de Manaus/AM**. 2019.

MAKIYAMA, Marcia *et al*. Práticas de saúde mental na atenção básica sob a ótica dos profissionais gestores. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 37, 2023.

DE MACEDO, Ethiara Vieira *et al*. **Rede de Atenção Psicossocial em Minas Gerais: um estudo sobre a cobertura dos CAPS**. p.128. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2020.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda *et al*. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulg. saúde debate**, p. 14-29, 2014.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1165-1184, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça *et al*. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. ed.1ª. Brasília: **Organização Pan- Americana da Saúde**, 2012.

OLIVEIRA, Júlia Raso Ferreira de *et al.* Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00060520, 2021.

OLIVEIRA, Vanessa *et al.* Tensionamentos no cuidado em Saúde Mental relacionados ao uso de Substâncias Psicoativas: dificuldades identificadas por profissionais da saúde pública. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 133-145, 2023.

PENIDO, Cláudia Maria Filgueiras *et al.* Saúde Mental na Atenção Básica: Dividir ou Somar Apoios Matriciais?/Mental Health in Primary Health Care: Should Matrix Support Be Added or Split?. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 33-51, 2018.

RIBEIRO, Sabiny Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso ea melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1799-1808, 2020.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira *et al*. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 343-352, 2014.

ROTOLI, Adriana *et al*. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. e20180303, 2019.

SANTANA, Elias Rodrigues. **Políticas e práticas de saúde mental na atenção básica: cenários a partir da perspectiva de trabalhadoras da saúde no jardim ângela, distrito do município de São Paulo**. 2022. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SANINE, Patricia Rodrigues; SILVA, Letícia Isabel Ferreira. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00267720, 2021.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. Atenção básica e saúde mental: experiência e práticas do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 57-70, 2013.

SILVA, Ailton Pereira da *et al*. "Por trás da máscara da loucura": cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 31, p. 2-10, 2019.

STIVAL, Ana Paula Cintra et al. Demandas de cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: perspectiva de enfermeiros supervisores. **Enferm. foco (Brasília)**, p. 1-7, 2024.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4769-4782, 2021.

VASCONCELOS, M. S.; BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra. Conhecimento de gestores e profissionais da rede de atenção psicossocial sobre matriciamento em saúde mental. **Ciên. Cuid. Saúde**, v. 18, n. 4, p. e43922, 2019.

WENCESLAU, Leandro David; ORTEGA, Francisco. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 1121-1132, 2015.

YAMAGUTI, Claudiney Augusto. **Grupo de reflexão sobre a produção do cuidado: uma estratégia de aproximação entre Saúde Mental entre Saúde Mental e Atenção Primária no município de Itapevi** – São Paulo. Dissertação (Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Coordenadoria de Recursos Humanos – Instituto de Saúde. São Paulo, 2018.

PRINCIPAIS ERROS NO PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE: UM OLHAR DA AUDITORIA EM SAÚDE

Marinara Jéssica Brandão de Azevedo, Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde, UFMG

Renato Rodrigues da Silva, Doutorando no Programa de Pós-Graduação Administração, UFMG

Kátia Ferreira Costa Campos, Doutora em Enfermagem, UFMG

RESUMO: Introdução: Diante da importância de se preocupar em registrar a evolução do quadro clínico do paciente, por meio das anotações e evoluções médicas, pode-se afirmar que a anotação em prontuário é essencial para a qualidade da assistência e segurança do paciente. **Objetivo**: identificar erros de preenchimento no prontuário do paciente encontrados em auditoria em saúde. **Metodologia**: O estudo realizado foi revisão integrativa de literatura de natureza descritiva. Como questão norteadora elegeu-se tal indagação: Quais são os principais erros no preenchimento de prontuários identificados em auditorias em saúde? Foi realizada uma busca nas bases de dados LILACS, BVS e SCIELO utilizando o termo "Erros em prontuários do paciente" e como descritores, Auditoria em saúde, Gestão em saúde e Prontuário do paciente. Foram selecionados produções científicas publicadas nos últimos 14 anos (período 2010 a 2024), escritas em português e com a temática central: Erros em prontuários do paciente identificados em auditoria. **Resultado**: Encontrou-se 14 publicações, no entanto 8 destas alinharam aos critérios de inclusão e serviram como fruto de análise para o trabalho. Através de uma análise abrangente, foi possível identificar que a auditoria desempenha um papel crucial na detecção e correção de falhas nos registros clínicos, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

PALAVRAS CHAVE: Auditoria em saúde; Gestão em saúde; Prontuários médicos.

1 INTRODUÇÃO

A auditoria é uma atividade voltada ao controle dos procedimentos de uma instituição, visando uma maior eficácia e eficiência através do aprimoramento das atividades. Não se sabe ao certo quem foi o primeiro indivíduo a exercer a profissão de auditor, mas a auditoria surgiu na Inglaterra, no século XIV, com o intuito de supervisionar registros contábeis (Guedes; Souza, 2017). Existem duas vertentes da auditoria, sendo essas a auditoria financeira e a da qualidade. Nesse trabalho será abordada a segunda que é responsável por avaliar as informações como um todo, de forma qualitativa. Ela é uma ferramenta essencial para avaliar a qualidade das tomadas de decisão e eficiência da gestão, além da qualidade dos serviços implantados e da assistência oferecida, especialmente sob a ótica da segurança do paciente (Colares; Pinheiro; Da Silva, 2020).

A qualidade do atendimento em saúde é um aspecto fundamental para garantir o bem-estar e a segurança dos pacientes, bem como a eficácia dos serviços prestados. Ela abrange diversos elementos, desde a precisão do diagnóstico até a excelência no tratamento e na gestão dos recursos. Uma abordagem centrada no paciente, que valoriza a comunicação eficaz entre profissionais de saúde e indivíduos atendidos, é essencial para promover uma assistência de qualidade (Belela; Pedreira; Peterlini, 2011).

Para garantir essa qualidade e assegurar que os serviços de saúde estejam em conformidade com os parâmetros estabelecidos, são realizadas auditorias em saúde. As auditorias têm como objetivo avaliar os processos de cuidados, identificar possíveis falhas e implementar melhorias (Da Silva Neto; Banaszeski; De Azevedo Carvalho; 2020)

Um dos elementos cruciais analisados durante as auditorias são os prontuários dos

pacientes, que são documentos que registram informações essenciais sobre o histórico clínico, diagnostico, tratamentos, prescrições e evolução do paciente. Os prontuários desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados adequados, na continuidade do tratamento e na comunicação entre os profissionais de saúde (Bruno Dos Santos; Busato; De Souza, 2020).

No entanto, é preocupante constatar que erros no preenchimento do prontuário do paciente comprometem a eficácia das auditorias em saúde e da análise minuciosa da gestão em saúde. Esses erros podem variar desde informações ausentes ou incompletas até problemas de legibilidade, falta de documentação de consentimento informado, prescrições inadequadas, entre outros. Consequências sérias podem ocorrer como, erro de diagnostico, tratamento inapropriado, risco à segurança do paciente e, até mesmo, impactos legais e financeiros aos profissionais e instituições de saúde (Prestes; Rangel, 2007).

Assim, a questão que norteou o presente trabalho foi: *quais são os principais erros no preenchimento de prontuários identificados em auditorias em saúde?* A partir da questão norteadora o objetivo é identificar os principais erros no preenchimento de prontuário do paciente evidenciados em auditorias em saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Diante da importância de se preocupar em registrar a evolução do quadro clínico do paciente, por meio das anotações e evoluções médicas, pode-se afirmar que a anotação em prontuário é essencial para a qualidade da assistência e segurança do paciente. As anotações dos profissionais de saúde configuram-se como um instrumento de grande significância para continuidade e finalização da assistência (Ferreira *et al.*, 2009). Este capítulo está dividido em três seções, quais sejam, Qualidade em saúde, Auditoria em saúde e Prontuário do paciente.

2.1 Qualidade em saúde

A história da qualidade em saúde remonta a várias décadas, marcada por uma evolução significativa em resposta às demandas sociais, avanços tecnológicos e mudanças nas políticas de saúde. No início do século XX, os esforços para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde estavam focados principalmente na padronização de procedimentos cirúrgicos e na prevenção de infecções nos hospitais. Durante e após a Segunda Guerra Mundial, o movimento pela qualidade total começou a ganhar força em várias indústrias, incluindo a saúde, impulsionado pela necessidade de maximizar os recursos disponíveis e garantir a eficiência operacional (Moimaz *et al.*, 2012).

Na década de 1960, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos lançou luz sobre as questões de qualidade na saúde com a publicação do relatório "Qualidade dos Cuidados de Saúde: Uma Estratégia para a Ação". Esse marco destacou a necessidade de avaliar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, levando à implementação de sistemas de avaliação e garantia da qualidade em hospitais e outras instituições de saúde (De Carvalho Santana; Araújo, 2016).

A partir dos anos 80 e 90, houve um movimento global em direção à gestão da qualidade total e à abordagem centrada no paciente. Os sistemas de saúde em todo o mundo começaram a adotar práticas como a melhoria contínua, o gerenciamento de riscos, a participação dos pacientes e a prestação de contas pública. Paralelamente, o surgimento da tecnologia da informação na área da saúde possibilitou o desenvolvimento de sistemas de registro eletrônico de saúde e ferramentas de análise de dados, permitindo uma abordagem mais baseada em evidências para aprimorar a qualidade dos cuidados.

“Qualidade” é um termo utilizado por diversos especialistas, sob diferentes perspectivas, tendo como ponto comum identificar focos que promovam seu desenvolvimento na gestão institucional. Já na saúde é um aspecto fundamental para garantir a eficiência e a

segurança dos cuidados prestados aos pacientes. O cuidado de saúde seguro deveria ser reconhecido como um direito básico do ser humano e assegurado tanto aos profissionais da saúde quanto aos usuários, pois tal cuidado é predominantemente um serviço prestado por profissionais e desenvolvido a partir de uma coprodução com os usuários (WHO, 2019).

2.2 Auditoria em saúde

A auditoria em saúde é uma prática que visa avaliar e monitorar a conformidade dos prontuários do paciente com as diretrizes e normas estabelecidas, bem como identificar possíveis áreas de melhoria nos processos de cuidados. Através da auditoria, é possível verificar a precisão, completude e clareza das informações registradas nos prontuários, bem como a conformidade com protocolos e padrões de qualidade estabelecidos. Dessa forma, a auditoria em saúde desempenha um papel essencial na promoção da qualidade e segurançados serviços de saúde, contribuindo para a melhoria contínua dos processos de atendimento e para a garantia de um cuidado de excelência aos pacientes juntamente com a gestão (Prestes; Rangel, 2007).

A auditoria em saúde é um processo sistemático e independente de avaliação e verificação de saúde, com o objetivo de garantir a qualidade, a eficiência e a conformidade das práticas e procedimentos adotados. Essa prática abrange a análise e o monitoramento de diversos aspectos, como a gestão financeira, a conformidade legal (jurídica), a segurança do paciente e a utilização adequada de recursos descritos nas diretrizes e padrões estabelecidos (Pereira, 2016).

A auditoria em saúde pode ser realizada por profissionais internos ou externos à instituição de saúde, com conhecimento especializado nas áreas em avaliação. Esses profissionais revisam documentos, registros, prontuários e outros dados relevantes, além de conduzir entrevistas e realizar visitas in loco, se necessário. Esses aplicam critérios e indicadores pré-definidos para avaliar o desempenho e indicar áreas de melhoria para a gestão (Bonato, 2011).

Dentre os principais objetivos da auditoria em saúde, segundo Bonato se destacam-se:

- Garantir a qualidade dos serviços de saúde: A auditoria verifica se os serviços estão sendo prestados de acordo com padrões e diretrizes estabelecidos, visando assegurar a qualidade dos cuidados e a satisfação do paciente.
- Identificar oportunidades de melhoria: Através da análise dos processos e práticas, a auditoria identifica pontos fracos e oportunidades de aprimoramento nos serviços de saúde, permitindo a implementação de ações corretivas e preventivas.
- Garantir a eficiência na utilização de recursos: A auditoria avalia se os recursos financeiros, materiais e humanos estão sendo utilizados de forma eficiente e adequada, visando otimizar os resultados e minimizar desperdícios.
- Assegurar a conformidade legal e regulatória: A auditoria verifica se a instituição de saúde está em conformidade com as leis, regulamentos e normas aplicáveis, garantindo o cumprimento das obrigações legais e mitigação de riscos.
- Promover a segurança do paciente: A auditoria avalia se os protocolos de segurança estão sendo seguidos corretamente, identificando eventuais falhas e propondo ações para prevenir erros e incidentes que possam afetar a segurança do paciente.

Por fim, a auditoria desempenha um papel fundamental na garantia da qualidade e eficiência dos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria contínua dos processos, a segurança do paciente e a conformidade com regulamentos e padrões estabelecidos. É uma prática que visa promover a transparência, a *accountability* e a excelência na prestação de cuidados de saúde (Bonato, 2011).

2.3 Prontuários do Paciente

O prontuário do paciente é um documento formal, no qual estão registradas todas as atividades executadas pela equipe de saúde a um determinado paciente, durante o período de internamento ou no de atendimento nível ambulatorial do mesmo. Este documento deve ser bem elaborado pela equipe de saúde (Campos *et al.,* 2008). Esse pode ser utilizado como um instrumento para identificar as lacunas existentes na assistência e auxiliar no planejamento deum cuidado adequado.

De acordo com Setz e D'Innocenzo (2009), o registro no prontuário é uma garantia ética e legal tanto do profissional responsável, como do paciente, além de tratar de vários outros aspectos, entretanto, caso não seja feito de maneira adequada, acabará colocando em risco os cuidados de toda a equipe de saúde, dificultando a mensuração dos resultados da assistência prestada.

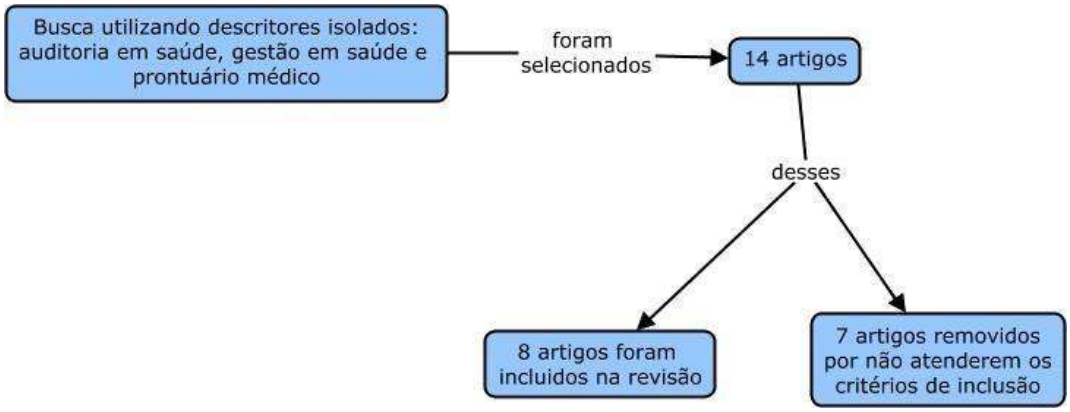
Baseado no Conselho Federal de Medicina, o prontuário do paciente é uma ferramenta essencial para o trabalho do profissional, sendo esse preenchido obrigatoriamente com todas as informações do paciente de forma concisa e organizada. Esse instrumento além de ser um documento de propriedade do paciente por conter informações como, histórico familiar, anamnese, descrição e evolução de sintomas e exames, indicações de tratamentos e prescrições, pode ser utilizado como defesa legal por representar o principal meio de prova da atividade médica, uma vez que as informações registradas possuem presunção de veracidade (Paixão; Ribeiro, 2020).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura de natureza descritiva, cujo propósito é compreender qual o estado atual e o que já se tem feito em relação ao tema da pesquisa. Com a revisão integrativa é possível de obter entendimento de determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores.

A busca de artigos foi realizada na base eletrônica Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros (SciELO) entre 2010 e 2024 por meio das palavras-chaves selecionadas segundo a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (Decs): "Auditoria em saúde"; "Gestão em saúde"; "Prontuários médicos", onde foram encontrados 14 resultados, sendo 8 artigos alinhados a temática do trabalho (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da seleção de artigos para revisão



Fonte: dados da pesquisa (2024)

Os critérios de inclusão foram: artigos brasileiros, em português, disponíveis na íntegra e de forma gratuita e com a temática central: Erros em prontuários do paciente identificados em auditoria. Atendendo aos critérios de inclusão e após a leitura exploratória para obter uma visão global de cada obra e verificar sua utilidade para a pesquisa, selecionamos oito artigos, sendo esta a amostra final. A partir daí, partiu-se para uma leitura analítica a fim de ordenar as informações contidas de forma a obter respostas para o problema da pesquisa.

Nesse processo foi feita a leitura integral dos textos selecionados e para facilitar o trabalho foi criada uma tabela (Tabela 2) com dados sobre os artigos.

Tabela 1 - Apresentação dos artigos selecionados

Autor	Título	População	Método de estudo
PAVÃO, et al., 2011	Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente	Pacientes de hospital	Estudo descritivo
BARRAL, et al.,2012	Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino	Profissionais da enfermagem	Estudo quantitativo, descritivo e documental
MORAIS, et al.,2015	Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria	Profissionais da enfermagem	Estudo descritivo
SANTANA, et al.,2016	Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários	Profissionais da enfermagem	Revisão narrativa de natureza qualitativa

BARRETO, et al.,2016	Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria	Profissionais da enfermagem	Revisão integrativa da literatura
JACOMINI,et al., 2021	Auditoria hospitalar como instrumento na prevenção de erros medicamentosos: a segurança do paciente em foco	Profissionais de hospital e pacientes	Revisão integrativa
IGARASHI, et al., 2022	Contribuições do prontuário eletrônico para a assistência de enfermagem sob a ótica da auditoria da qualidade	Profissionais da enfermagem	Revisão integrativa da literatura
SANTOS, et al.,2023	Principais erros encontrados em prontuários da UTI durante a análise do Enfermeiro Auditor	Profissionais da enfermagem	Revisão integrativa da literatura

Fonte: dados da pesquisa (2024)

Após identificar a temática central que era comum em todos os artigos e ordenar as ideias que se destacaram, foi realizada a leitura interpretativa, na qual se relacionou tudo o que os autores afirmaram sobre o tema em questão.

Utilizou-se como método a revisão integrativa por esse permitir buscar, avaliar e sintetizar evidências já existentes sobre o tema da pesquisa e implementar intervenções na assistência à saúde e reduzir custos, estimulando e direcionando novas pesquisas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a seleção dos artigos observou-se um destaque nas grandes falhas existentes nos registros de enfermagem e o quanto essas podem gerar prejuízos à instituição tanto financeiramente quanto na qualidade do cuidado ao paciente. Em relação aos aspectos metodológicos, observou-se destaque da utilização da abordagem qualitativa e já ao tipo de estudo, cinco deles são integrativos e três descritivos.

Como destaque observou que os hospitais foram os principais cenários investigados. Em todos os estudos foram utilizadas bases documentais para obtenção dos dados, principalmente consulta retrospectiva aos prontuários e/ou registros de anotações da equipe de enfermagem. Para a coleta de dados, os pesquisadores utilizaram instrumentos próprios como tabelas, planilhas, quadros e formulários elaborados a partir das informações que desejavam pesquisar.

4.1 Principais erros encontrados no preenchimento do prontuário do paciente

Limitações na qualidade dos prontuários de pacientes já foram descritas na literatura. Em estudo prévio, sobre a avaliação de prontuários de hospitais de ensino do Brasil, os autores também verificaram baixa qualidade dos prontuários analisados, em concordância com os achados do presente estudo. A seguir na Tabela 2 esta um compilado dos principais erros encontrado no prontuário do paciente na revisão dos artigos referenciados.

Tabela 2 - Principais erros encontrados nos prontuários do paciente

ERROS MAIS ENCONTRADOS	PONTOS NEGATIVOS DO ERRO
Abreviaturas não padronizadas; Siglas não padronizadas e sem referências	*As abreviaturas devem estar circunscritas àquelas padronizadas na literatura e/ou na instituição, pois, certamente, resultam em diferentes interpretações, gerando dúvidas e riscos ao cliente, bem como prejudicam o processo seguro de comunicação. *Os erros constituem desrespeito ao cliente, a quem pertence o prontuário, caracterizando falta de responsabilidade dos profissionais da equipe e da instituição, por desfavorecer processos administrativos, clínicos, legais, de ensino e pesquisa.
Letra ilegível (ilegibilidade)	
Erros de anotações	
Exame físico incompleto	
Falta de identificação e carimbo do executor da tarefa	
Erros de ortografia	

Fonte: dados da pesquisa (2024)

A partir da leitura dos 8 artigos presenciou com maiores frequências os 6 erros descritos na figura anterior: abreviatura não padronizadas; letra ilegível; erros de anotações; exame físico incompleto; falta de identificação/carimbo; erros de ortografia. Estudos indicam que a falta de treinamento adequado dos profissionais de saúde é uma das principais causas de erro no preenchimento dos prontuários, pois o registro de informações é uma atividade realizada diariamente e qualquer fator influencia na sua conclusão.

Além disso, a ausência da familiaridade com o sistema de prontuários eletrônicos ou com as normas de preenchimento podem ocasiona-los a cometer erros, resultando em informações incompletas ou incorretas.

Outro fator não menos importante é a sobrecarga de trabalho e a pressão do atendimento rápido, comum em muitos ambientes relatados nos artigos. Esse fator aumenta a probabilidade de erros devido à pressa ou ao cansaço dos profissionais (Pereira, 2016).

4.2 A importância das anotações adequadas pelos profissionais de saúde

De acordo com Azevêdo *et al.* (2012), para a realização de um registro de forma adequada que sirva de instrumento para continuidade qualificada da assistência à saúde e para realização de auditorias, é necessário observarmos: clareza, objetividade, concisão, legibilidade e o fornecimento de todas as informações para transmitir a mensagem correta para todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde.

Entende-se que os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano, visto que, quando feito de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam à comunicação, podendo destinar-se a diversos fins: pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e outros (Matsuda *et al.*, 2006).

Os registros realizados pelos profissionais de saúde são anexados nos prontuários dos pacientes. O prontuário é o conjunto documental padronizado e organizado de acordo com as normas de cada instituição, neste encontra-se as informações e imagens registradas referentes ao estado de saúde do paciente e à assistência prestada pelos profissionais da equipe de saúde desde a entrada do paciente na unidade até o dia de sua alta. É de responsabilidade de todos os profissionais manter este conjunto de documento como uma fonte de informação disponível, correta, completa e segura que possibilita a comunicação entres os profissionais envolvidos no cuidado, favorecendo assim, a continuidade e a qualidade da assistência prestada ao indivíduo isenta de riscos e danos (Kawamoto; Fortes, 2013).

4.3 A importância da auditoria no processo de saúde do paciente

A utilização dos prontuários na realização da auditoria possibilita identificar problemas e orientar a equipe e a instituição quanto a realização e ao registro apropriado das ações, bem como respaldo ético e legal, permite ainda apontar precariedades, propiciar propostas e estratégias para melhoria da qualidade da assistência (Setz; D'innocenzon, 2009).

A partir de um estudo descritivo e retrospectivo utilizando o método documental realizado em um Hospital de Ensino localizado em Montes Claros- MG feito por Barral *et.al*, 2012 observou-se que a partir de 649 prontuários chegou-se a amostra de 241 prontuários, com tolerância de 5% de erro, grau de confiança de 96% e proporção da característica de interesse na população de 0,5, que destes os erros de redação nas anotações estavam presentes em 11,5% (29) prontuários, sendo que, dentre esses, 1,2% (3) das anotações teve dois erros no mesmo registro. Além disso, palavra generalizada/evasiva foi encontrada em 88,9% (225) dos registros e houve, ainda, 5,1% (13) de abreviaturas não padronizadas.

Os problemas mais evidenciados em auditoria nos registros encontrados nos prontuários do paciente foram: ilegibilidade, erros de ortografia, utilização de terminologias incorretas e de siglas não padronizadas, falha na identificação do profissional, anotações e evoluções indistintas quanto ao conteúdo, ou semelhantes à evolução médica. A partir disto, podemos constatar que o prontuário se trata do meio mais eficaz para avaliação da qualidade dos registros e cuidados prestados à população. Sendo assim a adoção de indicadores de qualidade permitem a mensuração do processo e dos resultados da assistência das equipes de saúde (Ferreira *et al*., 2009).

Nas auditorias, frequentemente são destacadas ausência de dados fundamentais para o esclarecimento das ações realizadas. Existem lacunas e insuficiência de informações nos registros do paciente sobre os cuidados realizados, o que nos remete a dúvida sobre a qualidade do serviço que está sendo prestado (Matos; Carvalho, 2002). A realização da auditoria é fundamental para detectar os problemas apresentados nos prontuários, pois essa possibilita através dos relatórios de avaliação, a orientação para a equipe e instituição, quanto ao registro apropriado das ações profissionais e o respaldo ético e legal, frente aos conselhos, as associações de classe e a justiça (Setz; D'innocenzon, 2009).

4.4 A importância da gestão em saúde para minimizar os erros em preenchimento de prontuários

A gestão realiza a adoção de estratégias e instrumentos que direcionem os serviços para favorecer o alcance da qualidade e excelência desejáveis. Dentre os instrumentos que a gestão pode lançar mão a fim de focar a qualidade e excelência como propósitos organizacionais, está a auditoria em saúde que pode ser utilizada por instituições de saúde, públicas e privadas, bem como por operadoras de planos de saúde, contribuindo no processo gerencial ao fornecer subsídios para auxiliar a gestão de recursos, a redução de custos e a qualificação da assistência.

A auditoria entra como uma ferramenta que irá ajudar a detectar as principais falhas dos registros. Embora a legislação aponte a importância dos registros dos pacientes para a documentação e respaldo da profissão, as pesquisas demonstram que os profissionais mesmo cientes desta condição ainda não realizam os registros no prontuário com qualidade (Azevêdo *et al.*, 2012).

No âmbito da saúde suplementar a auditoria objetiva qualificar o atendimento, evitar desperdícios e auxiliar no controle dos custos, por meio da análise do faturamento das cobranças efetuadas, ou seja, análise das contas. Essa destaca-se por auxiliar o processo de gestão, com o planejamento, implementação e avaliação das ações e serviços de saúde (Fabro *et al.*, 2020). A auditoria e a gestão de qualidade se complementam como meio para adequar, controlar,

registrar e analisar processos e resultados para atender aos pacientes de forma qualificada, segura e eficaz.

Destaca-se o papel da auditoria ao auxiliar a gestão de custos, principalmente no sentido da sustentabilidade financeira das instituições, no uso racional de recursos, na possibilidade de direcionar investimentos segundo prioridades, na incorporação de novas tecnologias que repercutem na manutenção da assistência prestada (Pereira, 2016).

Assim, considerando a relevância da auditoria enquanto instrumento de gestão, a importância do enfoque de custos para sustentabilidade de sistemas e serviços de saúde, a auditoria tem potencialidade de ser subsídio para qualificar
a assistência.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre a gestão de serviços de saúde, a prática de auditoria e a ocorrência de erros em prontuários de pacientes. Através de uma análise abrangente, foi possível identificar que a auditoria desempenha um papel crucial na detecção e correção de falhas nos registros clínicos, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A auditoria em saúde se mostrou uma ferramenta indispensável para assegurar a precisão e a integridade das informações contidas nos prontuários. Através de processos sistemáticos de revisão e verificação, é possível identificar incongruências, omissões e erros, que, se não corrigidos, podem comprometer a segurança do paciente e a eficácia dos tratamentos administrados.

Ademais, a gestão eficaz dos serviços de saúde, quando aliada a práticas robustas de auditoria, propicia um ambiente de cuidado mais seguro e eficiente. A implementação de protocolos rigorosos de auditoria permite não apenas a identificação de erros, mas também a sua prevenção, ao promover uma cultura organizacional de vigilância e melhoria contínua dos processos.

Os resultados deste estudo indicam que a integração entre gestão de serviços de saúde e auditoria é fundamental para a minimização de erros em prontuários. Tal interação não só melhora a qualidade dos dados registrados, mas também fortalece a confiança dos pacientes nos serviços prestados, além de otimizar os recursos disponíveis ao reduzir a incidência de retrabalho e retratamentos decorrentes de informações incorretas ou incompletas.

Recomenda-se, portanto, que gestores de saúde invistam em sistemas de auditoria contínua e em treinamento adequado para os profissionais envolvidos na documentação clínica. A adoção de tecnologias de informação, como prontuários eletrônicos, também pode contribuir significativamente para a redução de erros, desde que acompanhada de um monitoramento constante e criterioso.

Em suma, a auditoria emerge como um componente vital na gestão de serviços de saúde, desempenhando um papel central na garantia da qualidade e segurança dos cuidados. Ao aprimorar os processos de documentação e corrigir falhas sistemáticas, a auditoria fortalece a gestão de saúde, promovendo um ambiente mais seguro e eficiente para pacientes e profissionais.

REFERÊNCIAS

AZEVÊDO, L.M.N. *et al*. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Natal- Rio Grande do Norte, v 13, n 1, p. 64-73, jun./out. 2012.

BARRAL, Luana Nayara Maia *et al*. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um Hospital de Ensino. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, 2012.

BARRETO, Jacyara Almeida; DE LIMA, Gilberto Gonçalves; XAVIER, Camila Fernanda. Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2016.

BELELA, Aline Santa Cruz; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini. Erros de medicação em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 563-569, 2011.

BONATO, Vera Lucia. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O mundo da saúde**, v. 35, n. 3, p. 319-331, 2011.

BRUNO DOS SANTOS, S. Bueno; BUSATO, Ivana Maria Saes; DE SOUZA, Sandra Maria Lopes. Certificações de qualidade: compreensão através dos conceitos das auditorias em saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 14, n. 19, 2020.

CAMPOS, Juliana Faria *et al*. Auditoria de prontuário: avaliação dos registros de aspiração traqueal em terapia intensiva. 2008.

COLARES, Ana Carolina Vasconcelos; PINHEIRO, Laura Edith Taboada; DA SILVA, Jaqueline Nunes. Principais Assuntos de Auditoria: A Divulgação ainda é Comunicativa Após Três Anos de Aplicação DA NBC TA 701?. **Redeca, Revista Eletrônica do Departamento de Ciências Contábeis & Departamento de Atuária e Métodos Quantitativos**, v. 7, n. 1, p. 89-111, 2020.

DA SILVA NETO, Renato Barboza; BANASZESKI, Célio Luiz; DE AZEVEDO CARVALHO, Ingrid Roberta. Auditoria: uma ferramenta na gestão de serviços públicos. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 14, n. 18, 2020.

DE CARVALHO SANTANA, Leandra; ARAÚJO, Taise Carneiro. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. **Revista Acreditação: ACRED,** v. 6, n. 11, p. 59-71, 2016.

DE MATOS, Selme Silqueira; CARVALHO, Daclé Vilma. A comunicação escrita das ações de enfermagem: uma contribuição ao ensino da graduação. **REME- Revista Mineira de Enfermagem**, v. 6, n. 1, 2002.

FABRO, Gisele Caroline Richi *et al.* Auditoria em saúde para qualificar a assistência: uma reflexão necessária. **CuidArte, Enferm**, p. 147-155, 2020.

FERREIRA, Tânia S. *et al*. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichan**, v. 9, n. 1, p. 38-49, 2009.

GUEDES, Oldham Silva; SOUZA, Kauary. Origem e evolução da auditoria. 2017.

IGARASHI, Margareth Keiko Watanabe; RODRIGUES, Mariana Silva; RICCI, Gabrieli Patricio. Contribuições do prontuário eletrônico para a assistência de enfermagem sob a ótica da auditoria da qualidade. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e89111436001-e89111436001, 2022.

JACOMINI, LEONARDO DA SILVA; MANGIAVACCHI, BIANCA MAGNELLI. Auditoria Hospitalar como instrumento na prevenção de erros medicamentosos. **Múltiplos Acessos**, v. 6, n. 1, p. 199-207, 2021.

KAWAMOTO, Emília Emi; FORTES, Júlia Ikeda. Fundamentos em enfermagem. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MATSUDA, Laura Misue *et al*. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado?. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, 2006.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba *et al*. Auditoria na Saúde: justificativas de glosas no setor odontológico. **J Health Sci Inst**, v. 30, n. 2, p. 112-6, 2012.

MORAIS, Camila Guilherme Xavier *et al*. Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. **Revista Acreditação: Acred,** v. 5, n. 9, p. 64-84, 2015.

PAIXÃO, Carlos Victor Silva; RIBEIRO, Hilton Vicente Porto. O VOTO DE MINERVA NO PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Uma análise do art. 87, § 6º da Resolução nº 2.145/2016 do Conselho Federal de Medicina à luz do princípio constitucional da presunção de inocência. **DIREITO**, p. 129.

PAVÃO, Ana Luiza Braz *et al*. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, p. 651-661, 2011.

PEREIRA, Eric Mendes. AUDITORIA EM ENFERMAGEM: revisão dos prontuários de pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um Hospital de pequeno porte no sul de Minas Gerais. 2016.

PRESTES JR, Luiz Carlos L.; RANGEL, Mary. Prontuário médico e suas implicações médico-legais na rotina do colo-proctologista. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 27, p. 154-157, 2007.

SANTOS, Joyce Pereira *et al.* Principais erros encontrados em prontuários da UTI durante a análise do Enfermeiro Auditor. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 6, n. 13, p. 1479-1485, 2023.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta paulista de enfermagem**, v. 22, p. 313-317, 2009.

HO. 10 facts on patient safety. 2019.

ISBN: 978-65-99-6864-2-9

EIXO TEMÁTICO:TECNOLOGIAS GERENCIAIS NA SAÚDE (TGS)

ISBN: 978-65-99-6864-2-9

Artigos

A INFLUÊNCIA DA TELEMEDICINA NO SEGMENTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: DESAFIOS E BENEFICIOS DA INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA

Leticia Stefany Pereira Balduino; Graduação; Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

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

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

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

RESUMO: O estudo analisa a evolução da saúde suplementar, destacando os desafios na incorporação de novas tecnologias. O objetivo é identificar os desafios e benefícios da telemedicina no setor, avaliando sua influência na qualidade dos serviços. A pergunta central é: "Como a telemedicina influencia o segmento de saúde suplementar e seus usuários?" A partir de uma análise histórica da evolução da saúde suplementar, são destacados alguns desafios enfrentados pelo setor no que tange a incorporação do uso de novas tecnologias. A metodologia empregada é uma revisão bibliográfica integrativa, utilizando bases como BVS, PubMed, Cochrane, Scopus, Web of Science e Embase. Os descritores utilizados foram “telessaúde”, “telemedicina”, “tecnologias em saúde”, “saúde suplementar”, “administração privada” e “seguro saúde”. Foram incluídos artigos em português entre 2014 e 2024, excluindo duplicados e os que não abordavam o tema central. Os resultados indicam que a telemedicina tem transformado o acesso e a qualidade dos serviços de saúde suplementar, especialmente em áreas remotas, promovendo a equidade. Contudo, desafios como a segurança dos dados e a resistência dos profissionais à mudança precisam ser enfrentados. Para garantir uma integração eficaz e duradoura da telemedicina, são necessárias políticas públicas que apoiem essa tecnologia, assegurando benefícios amplos e sustentáveis no setor de saúde suplementar.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologia na saúde suplementar; Saúde suplementar; Telemedicina; Telessaúde.

1 INTRODUÇÃO

A saúde suplementar é composta por planos, seguros e serviços de saúde de assistência médica e odontológica privada e não possui vínculo direto com o SUS (Pietrobon; Prado; Caetano, 2008). O setor é regulamento pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, implementada em 28 de janeiro de 2000, uma autarquia federal, cuja finalidade institucional, de acordo com a Lei nº 9.961/2000, é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país (Brasil, 2000).

O segmento da saúde suplementar vem experimentando uma forte expansão nos últimos anos. Devido à alta competitividade, as operadoras de planos de saúde precisam implementar novos instrumentos para contribuir com a sustentabilidade do setor, sem afetar a qualidade dos serviços prestados (Virginia *et al*., 2010). Neste contexto, a incorporação tecnológica na saúde desempenha um papel crucial, uma vez que possui como objetivo aplicar conhecimentos científicos e novos avanços tecnológicos para auxiliar nos contratempos existentes em diversos setores que impactam diretamente na qualidade dos serviços ofertados aos pacientes (Avelar; Santos, 2021).

Portanto, espera-se que o presente estudo aponte os desafios e benefícios da incorporação da telemedicina para o segmento da saúde suplementar e seus usuários, a fim de

analisar a sua influência na qualidade dos serviços ofertados pelo setor. Em face do exposto, a questão que norteará esta pesquisa é: Como a telemedicina tem influenciado o segmento da saúde suplementar e seus usuários? O estudo se justifica pela resistência observada no uso da telemedicina no segmento da saúde suplementar. Essa resistência vem tanto por parte das operadoras em implementar a ferramenta, quanto dos médicos em adotar a tecnologia, e dos usuários em utilizá-la, por acreditarem que a telemedicina não possui a mesma qualidade dos atendimentos presenciais. Portanto, é fundamental analisar os benefícios e desafios relacionados ao uso da telemedicina, a fim de superar essas barreiras existentes. O objetivo do estudo é apontar os desafios e os benefícios da incorporação da telemedicina para o segmento da saúde suplementar e seus usuários, a fim de analisar a sua influência na qualidade dos serviços ofertados pelo setor.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo discorre sobre a contextualização da saúde suplementar, explorando sua história, os modelos assistenciais e a tecnologia e a inovação no segmento da saúde suplementar com ênfase na telemedicina.

2.1 Contextualizando a saúde suplementar

Antes do período de expansão do capitalismo industrial, Pós-Segunda Guerra Mundial, os serviços públicos de saúde estavam vinculados à Previdência Social que surgiu em 1.923, mediante a Lei Eloy Chaves. Esta legislação previa que cada companhia ferroviária do país estabelecesse uma Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP), que era responsável em arrecadar a contribuição dos patrões e dos funcionários, bem como realizar a distribuição do pagamento aos aposentados (Botaro, 2015)

O modelo de seguro social foi considerado como a origem da Previdência Social no país, e estava associado aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Tais institutos representavam as categorias de trabalhadores urbanos e, para ofertar os serviços de saúde necessários, as IAPs contratavam os serviços médicos providos por consultórios e hospitais para prestar o atendimento (Pietrobon; Prado; Caetano, 2008). Na década de 1940, surgiram as caixas de assistência à saúde, cuja finalidade era fornecer benefícios como assistência médica e empréstimos aos trabalhadores, visto que esse tipo de assistência não era totalmente coberto pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões. As caixas de assistência à saúde complementavam os serviços ofertados pelo sistema de previdência social, e neste contexto foi criado a Caixa de Assistência de Funcionários do Banco do Brasil (CASSI). O plano de saúde mais antigo em operação de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011).

Em 1950, o aumento no número de empresas estatais e multinacionais desencadeou transformações substanciais nos sistemas de saúde, à medida que a população começou a demandar de novos produtos de saúde (Sestelo; Souza; Bahia, 2014). Dessa forma, surgiramsistemas de assistência próprios, que prestavam atendimento de saúde para seus funcionários. A unificação com os Institutos de Aposentadorias e Pensões não foi bem recebida por todos os funcionários, pois uma expansão maior na cobertura dos planos de saúde poderia impactar e dificultar o acesso aos serviços de saúde. Diante à insatisfação dos beneficiários antigos no plano de saúde, a previdência social contratou novos prestadores para atender a demanda dos beneficiários e organizou os serviços de saúde em dois subsistemas: urbano e rural. Assim os atendimentos eram realizados de acordo com as necessidades demandadas por cada área (CONASS, 2011).

Com o aumento no credenciamento de prestadores de serviços médicos, surgiu um conflito significativo entre os profissionais da área, gerado por diferentes visões sobre os

impactos dessa mudança na prática médica. De um lado, havia médicos que defendiam a prática liberal, valorizando a autonomia e a liberdade de escolha, acreditando que não deveriam estar vinculados a planos de saúde específicos. Do outro lado, alguns profissionais enxergavam na nova dinâmica uma oportunidade de modernização e crescimento, defendendo parcerias com planos de saúde para ampliar o acesso dos pacientes e garantir maior estabilidade financeira. Essa divergência refletia as tensões entre preservar a tradição da prática médica independente e a necessidade de se adaptar às novas realidades econômicas e sociais. Diante do conflito entre os médicos, surgiram duas modalidades de empresas médicas: as cooperativas médicas, que unem profissionais autônomos da área da saúde para prestar serviços médicos a clientes associados; e medicina de grupo, formada por empresas médicas que gerenciam planos de saúde com estrutura própria e credenciamento (CONASS, 2011).

Quando o Sistema Único de Saúde surgiu no Brasil, já existiam serviços de assistência médica no país. No entanto, algumas operadoras de saúde não estavam ofertando atendimento médico adequado às populações vulneráveis, além do aumento substancial no preço da mensalidade e interrupção no atendimento médico (Sestelo; Souza; Bahia, 2014). Para regulamentar o setor de saúde suplementar, que vinha crescendo disparadamente, o estado promulgou o decreto Lei nº 73/66. Esta legislação foi a primeira a se dispor sobre o comércio de planos e seguros de saúde, embora tenha excluído as cooperativas médicas e as empresas de medicina de grupo, sob a alegação que não eram lucrativas (Salvatori; Ventura, 2012).

Devido aos obstáculos enfrentados pela parcela mais vulnerável da população e a ampla divulgação dessa questão na mídia, o poder judiciário se respaldou e começou a auxiliar os beneficiários conforme o código de defesa do consumidor (Salvatori; Ventura, 2012). Diante deste cenário, as entidades médicas e os órgãos de defesa do consumidor aliaram-se com o Conselho Nacional de Saúde, Ministério Público e as operadoras de planos de saúde, para exigir uma regulamentação para o setor. Essa iniciativa foi essencial para que iniciasse projetos para regulamentar o setor, especialmente no que tange o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde e a ampliação da cobertura assistencial, uma vez que os grupos mais vulneráveis enfrentavam negativas de atendimento (Salvatori; Ventura, 2012).

Em decorrência desses eventos, em 1.998 foi promulgada a Lei nº 9.656/98, em resposta a todos esses desafios, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e tem como objetivo regulamentar o setor de saúde suplementar no Brasil estabelecendo direitos e deveres aos planos e seguros de saúde e aos beneficiários (Brasil, 2000). A lei suscitou para o mercado de saúde novos debates acerca da saúde suplementar, abrangendo temas como a expansão da cobertura assistencial, ressarcimento ao SUS e outros aspectos (Malta, 2008).

O processo de regulação no âmbito da saúde suplementar, teve início a partir do projeto de lei 9.656/98 e da Medida Provisória 2177-44, e em janeiro de 2000, foi incluída na regulação do setor a lei 9.661, a qual desempenhou um papel fundamental na criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde e possui atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde (Brasil, 2000)

2.2 Modelos assistenciais da saúde suplementar

O subsistema de Saúde Suplementar ou modelos assistenciais é composto por diferentes modalidades de operadoras de saúde, cada modelo foi feito para se encaixar nas necessidades de diferentes pessoas. Os planos de saúde são divididos em cinco subsistemas, sendo eles: a medicina de grupo, a autogestão em saúde, a cooperativa médica, a seguradora especializada em saúde e a filantropia. Cada segmento que compõe a saúde suplementar apresenta diferentes características e desempenha um papel crucial, oferecendo diferentes opções na assistência médica à saúde. A seguir, discorre-se sobre cada uma dessas modalidades de operadoras de saúde.

2.2.1 Medicina de grupo

A primeira empresa da modalidade de medicina de grupo, denominada de Assistência Médica Internacional LTDA (AMIL) foi criada no Brasil em 1978 por um grupo de médicos aliados ao empresariado paulista (Malta, 2008). A medicina de grupo opera planos privados de assistência à saúde, com o propósito de obtenção de lucro e atua como intermediadora entre o beneficiário e os serviços privados de saúde. Os serviços ofertados pela medicina de grupo podem ser prestados por unidades próprias onde os profissionais que atuam são empregados da Medicina de Grupo ou então por unidades credenciadas. Seus serviços podem ser ofertados tanto para pessoas físicas quanto jurídica, ou seja, os beneficiários podem adquirir um plano de saúde diretamente da operadora de medicina de grupo, já as empresas podem adquirir planos de saúde para seus funcionários, como por exemplo: Hapvida e Rede São Francisco (CONASS, 2011).

2.2.2 Autogestão em saúde

A autogestão em saúde é um modelo assistencial sem fins lucrativos, onde os serviços de assistência médica são voltados exclusivamente para os trabalhadores das empresas e seus dependentes. Esse modelo não oferece planos de saúde para outras empresas, nem comercializa ou divulga seus planos no mercado (CONASS, 2011).

Os serviços ofertados pela autogestão podem ser organizados pela própria empresa ou então organizações como caixas de assistência à saúde, fundações, associações e sindicatos, que também são geridas pelos funcionários da empresa. A autogestão é dividida por dois modelos, sendo eles: a autogestão patrocinada onde a empresa empregadora é a responsável por contribuir financeiramente com os custos associados à oferta da assistência à saúde e a autogestão não patrocinada, onde um sindicato ou associação de trabalhadores criam uma entidade sem fins lucrativos para fornecer assistência à saúde a seus membros, neste modelo de autogestão os próprios membros do sindicato contribuem financeiramente para cobrir os custos dos serviços de saúde, pode citar como exemplo a Fiat e Cemig Saúde (CONASS, 2011).

2.2.3 Cooperativa médica

A cooperativa médica surgiu como uma iniciativa dos médicos, motivada pelo receio de perderem a autonomia na prática da medicina, em resposta ao crescente número de credenciamentos de novos prestadores. A cooperativa médica é classificada em quatro tipos de sociedade: singular, central, federação e confederação e seu objetivo é unir diversos médicos para prestarem serviços de saúde aos associados através de planos privados e assistência médica. Este modelo assistencial é semelhante ao da medicina de grupo, a diferença entre as duas modalidades é que na cooperativa médica, os profissionais que atuam são médicos e são denominados de cooperados e ela não possui fins lucrativos. Um exemplo é a Unimed do Brasil (CONASS, 2011).

2.2.4 Seguradora especializada em saúde

A seguradora especializada em saúde opera seguros de saúde e possui objeto social exclusivo para a atuação no setor de saúde suplementar, nos termos da Lei nº 10.185, de 2001. Seus clientes incluem tanto indivíduos quanto empresas. As seguradoras especializadas em saúde possuem fins lucrativos e são diferentes do plano de saúde, visto que na seguradora é possível escolher os locais de atendimento, médicos e laboratórios de sua preferência, mesmo que não façam parte da rede credenciada. Um exemplo é a Sul América (CONASS, 2011).

2.2.5 Filantropia

Filantropia refere-se a organizações sem fins lucrativos que operam planos privados de

assistência à saúde e possuem o certificado de entidade beneficente de assistência social (Brasil, 2022) A história das entidades filantrópicas de saúde no Brasil surgiu com a criação da primeira Santa Casa de Misericórdia no ano de 1543 em Santos, São Paulo. Inicialmente eram mantidas com os recursos que eram arrecadados pelas comunidades e com o avanço da ciência, os serviços foram expandindo dando origem a verdadeiros hospitais filantrópicos. As entidades filantrópicas podem ser de natureza pública ou privada, no entanto, desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), os hospitais filantrópicos têm aumentado sua prestação de serviços ao SUS, tornando-se mais dependentes do financiamento do sistema e isso gerou consequências visto o SUS não possuir um sistema de financiamento estável, por isso as entidades filantrópicas não dependem apenas dos recursos repassados pelo Sistema Único de Saúde. Como exemplo a Santa Casa de Misericórdia (Barata; Mendes, 1982).

2.3 Tecnologia e inovação na saúde suplementar

O termo tecnologia pode ser utilizado com distintos significados e por autores diferentes. Segundo Longo (2000), a tecnologia "é o conjunto organizado de todos os conhecimentos científicos, empíricos ou intuitivos empregados na produção e comercialização de bens e serviços". E o termo inovação, de acordo com a Lei 10.973 diz respeito à introdução de inovações ou aprimoramentos no ambiente produtivo e social pode levar ao desenvolvimento de novos produtos, serviços ou processos. Além disso, pode envolver a adição de novas funcionalidades ou características a produtos, serviços ou processos já existentes, resultando em melhorias significativas ou em ganhos efetivos de qualidade ou desempenho (Brasil, 2004).

Os assuntos destinados a incorporação da tecnologia e inovação na saúde são pautas desde a década de 1980, porém foi apenas nos anos 2000, com a criação do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da saúde (DECIT) que o assunto tomou forma na área da saúde (Lisbôa; Caetano, 2020). A Decit tem como objetivo fortalecer estruturas e grupos de pesquisa em saúde e incentivar o uso do conhecimento científico e tecnológico na tomada de decisão da gestão do SUS além de contribuir para a implementação da Política Nacional de Ciência, tecnologia e inovação em saúde (PNCTIS) (Ministério da Saúde, 2011), onde seu objetivo principal é contribuir para o desenvolvimento nacional de modo sustentável, otimizando os processos de conhecimento científico e tecnológico nos sistemas e serviços de saúde (Lisbôa; Caetano, 2020).

Além da DECIT e da PNCTIS, em 2009 foi instituída a política nacional de gestão de tecnologia em saúde (PNGTS), que tem como objetivo aprimorar os recursos no campo da saúde, promovendo o acesso dos beneficiários com tecnologias efetivas, além de orientar os gestores da Saúde Suplementar e o SUS na incorporação de tecnologias nos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

A sociedade passa por um processo de constante evolução e aceleração na tecnologia, ciência e inovação deste modo a saúde também é impactada por essa aceleração (Lorenzetti *et al.*, 2012). A junção da tecnologia e inovação na saúde suplementar tem desencadeado uma revolução na forma como os serviços de saúde são entregues aos beneficiários, dentre os avanços nas inovações tecnológicos pode-se citar a incorporação da telemedicina que em sentido amplo, pode ser definida como o uso das tecnologias de informação e comunicação na saúde, viabilizando a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde (ampliação da atenção e da cobertura), especialmente nos casos em que a distância é um fator crítico (Maldonado; Marques; Cruz, 2016). O uso da inteligência artificial, que contribui com atendimentos e diagnósticos mais rápidos e precisos e podem contribuir para a redução de custos", e conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2021), aprimorar a rapidez e a precisão no diagnóstico e triagem de doenças, além de oferecer suporte ao atendimento clínico e impulsionar a pesquisa em saúde e o desenvolvimento, além de colaborar com ações de saúde pública, como a vigilância de doenças e a gestão dos sistemas de saúde.

As tecnologias utilizadas na atenção à saúde também englobam: equipamentos para diagnóstico e intervenção, robôs cirúrgicos, informação e comunicação instantânea, prontuário eletrônico, sistemas organizacionais (Lorenzetti *et al.*, 2012), além da atualização periódica do ROL de procedimentos e os reembolsos aos beneficiários, visto que nestes contextos também ocorrem o uso da tecnologia na saúde suplementar (Lisbôa; Caetano, 2020).

Conforme o Art. 3º da Lei 13.989/20 revogada pela Lei n 14.510/23 entende-se por telemedicina, entre outros, o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde (Brasil, 2000). O termo telemedicina está acompanhado também do termo telessaúde e e-saúde, onde possuem diferentes definições relacionadas às suas funções, mas que no sentido geral se referem ao uso da tecnologia no âmbito da saúde. A telessaúde é uma forma de ofertar saúde quebrando os limites da distância através da tecnologia, e o termo e-saúde caracteriza toda aproximação dos serviços de saúde ofertados pela internet (Maldonado; Marques; Cruz, 2016).

A telemedicina é uma tecnologia recente, e vem se desenvolvendo devido aos avanços tecnológicos existentes e as necessidades de melhorias na área da saúde (Lisboa *et al.*, 2023), em sentido amplo a telemedicina auxilia na cobertura dos serviços de saúde principalmente nos locais onde o acesso a saúde são um fator crítico (Maldonado; Marques; Cruz, 2016).

O primeiro relato da telemedicina ocorreu na idade média na Europa, nesta época as enfermidades por conta das pragas infestavam o continente, o risco de contaminação era muito alto, deste modo um médico se isolou do outro lado de um rio e se comunicava a distância com um agente da comunidade, o agente trazia informações a respeito das pessoas infectadas, como sintomas e evoluções, e o médico lhe passava condutas para serem realizadas com os pacientes (Maldonado; Marques; Cruz, 2016). No Brasil, o primeiro contato com a telemedicina ocorreu de forma pioneira em 1985, através de uma equipe médica da Unicamp após a contaminação de diversas pessoas por césio radioativo de um equipamento biomédico abandonado. Os médicos da Universidade utilizaram uma rede de comunicação entre o Núcleo de informática Biomédica da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP para troca de informações sobre os pacientes com os Hospitais do Rio de Janeiro, Brasília, Goiânia e Campinas, porém a tecnologia só entrou em evidência no ano de 1990 no setor privado e esteve relacionada a projetos de universidades (Oliveira *et. al*, 2020).

A telemedicina possui portarias e resoluções completas que discutem requisitos para o uso da tecnologia no sistema único de saúde, ao contrário do SUS, o segmento da saúde suplementar está defasado em relação a estas políticas. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu através da resolução normativa nº 305 de 09 de outubro de 2012 o padrão para troca de informações na saúde suplementar, conhecido como Padrão Tiss. Este padrão é utilizado para assegurar a troca de informações de dados de atenção à saúde dos beneficiários entre as operadoras e seus respectivos prestadores (Ministério da Saúde, 2012).

Além da resolução normativa estabelecida pela ANS, também podemos citar a resolução do CFM nº 1.643, de 7 de agosto de 2002, esta resolução foi a primeira a regulamentar a telemedicina no Brasil, estabeleceu diretrizes básicas para a prática da telemedicina enfatizando a confidenciabilidade dos dados e a responsabilidade dos médicos no atendimento remoto. Após 16 anos o Conselho Federal de Medicina realizou uma atualização significativa através da resolução nº 2.227/2018, ampliando as possibilidades do uso da telemedicina incluindo novas modalidades. Em 2020, durante a pandemia da covid-19 foi promulgada a Lei nº 13.989, que dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronarívus (SARS-CoV-2). Após a promulgação da lei, o Conselho Federal de Medicina revogou a resolução CFM nº 1.643 de 2002, através da Resolução nº 2.314, de 20 de abril de 2022. A atualização mais recente sobre a telemedicina é a Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, cuja objetivo institucional é alterar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a

Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020.

A Lei nº 14.510 possui seu foco na telessaúde, sendo essencial pois estabele um marco regulatório para todas ás para todas as práticas de saúde à distância, das quais a telemedicina é uma parte significativa.

Conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.314/2022, a telemedicina pode ser exercida por seis modalidades diferentes, sendo elas:

- Teleconsulta: É a consulta médica realizada pelo médico e paciente de forma online através da tecnologia da comunicação e informação, ou seja, o médico e o paciente se comunicam mas não estão presentes no mesmo espaço físico.
- Tele Interconsulta: Se baseia na troca de informações e experiências entre médicos, na presença ou não do paciente para discussão de um caso clínico. A mesma ocorre através das TDICs (tecnologias digitais de informação e comunicação).
- Telediagnóstico: Esta modalidade envolve a realização de diagnósticos médicos a distância permitindo o uso de uma tecnologia mais moderna onde conta com o uso de gráficos,imagens e dados a fim de adiantar a emissão de um laudo médico.
- Telecirurgia: Se refere ao controle de máquinas e robôs para realização de cirurgias a distância guiados pelo médico executor que se encontram em espaços geográficos diferentes do que está ocorrendo o procedimento cirúrgico.
- Telemonitoramento ou televigilância: É o monitoramento médico realizado a distância em pacientes por meio de imagens, sinais e dados de equipamentos ou dispositivos implantáveis. Nessa modalidade os pacientes podem estar em seus domicílios, clínicas ou até mesmo internados.
- Teletriagem: É o direcionamento médico realizado a distância para regulação ambulatorial ou hospitalar. Nesta modalidade o médico realiza a triagem com o paciente e o encaminha para o profissional de acordo com suas necessidades médicas.
- Teleconsultoria: Esta modalidade engloba a consultoria realizada entre os médicos, gestores e profissionais da saúde com o objetivo de sanar dúvidas administrativas e médicas.

3 METODOLOGIA

Segundo Souza *et al.* (2010), a revisão integrativa é um método de pesquisa que se concentra na integração e análise de resultados de estudos relevantes sobre determinado assunto, portanto o presente projeto de pesquisa adotará uma abordagem de revisão bibliográfica do tipo integrativa.

A busca ampla e diversificada por artigos se baseou nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), MedLine via portal PubMed da National Library of Medicine, Cochrane Library, Scopus, Web of Science, Embase e Google acadêmico, buscando responder a pergunta de pesquisa: Como a telemedicina têm influenciado o segmento de saúde suplementar e seus usuários? A pergunta auxiliou a determinar quais estudos deveriam ser incluídos, onde foram considerados artigos em português no período de 2014 a 2024. O quadro 1 apresenta as bases de dados utilizadas, estratégias de busca e resultado dos artigos encontrados.

Quadro 1 - Bases de dados, estratégias de busca e resultados

Base de dados	Estratégia de Busca	Resultados
BVS	("Saúde Suplementar" OR "Supplemental Health" OR "Salud Complementaria" OR "Santé Complémentaire" OR "Seguro Saúde" OR "Insurance, Health" OR "Seguro de Salud" OR "Assurance maladie" OR "Supplementary Health" OR "Health Insurance") AND (telemedicina OR telemedicine OR télémédecine OR telessaúde OR e saúde OR saúde OR	

	"Consulta Remota" OR "Remote Consultation" OR "Consultation à distance" OR telehealth OR ehealth OR mhealth) AND (db:("WHOLIS" OR "LILACS" OR "IBECS" OR "BDENF" OR "RSDM" OR "WPRIM" OR "BBO" OR "BINACIS" OR "PAHOIRIS" OR "PREPRINT-MEDRXIV" OR "SDG" OR "campusvirtualsp_brasil" OR "colecionaSUS" OR "LIPECS" OR "MINSAPERU" OR "MULTIMEDIA" OR "PAHO"))	21
Medline via Pubmed	("Supplemental Health" OR "Insurance, Health" OR "Supplementary Health" OR "Health Insurance") AND (Telemedicine OR "Remote Consultation" OR Telehealth OR eHealth OR mHealth)	172
COCHRANE	("Supplemental Health" OR "Insurance, Health" OR "Supplementary Health" OR "Health Insurance") AND (Telemedicine OR "Remote Consultation" OR Telehealth OR eHealth OR mHealth)	138
SCOPUS (Via Portal Capes)	("Supplemental Health" OR "Insurance, Health" OR "Supplementary Health" OR "Health Insurance") AND (Telemedicine OR "Remote Consultation" OR Telehealth OR eHealth OR mHealth)	4
WEB OF SCIENCE (Via Portal Capes)	("Supplemental Health" OR "Insurance, Health" OR "Supplementary Health" OR "Health Insurance") AND (Telemedicine OR "Remote Consultation" OR Telehealth OR eHealth OR mHealth)	1
EMBASE (Via Portal Capes)	('supplemental health' OR 'supplementary health' OR 'health insurance') AND (telemedicine OR teleconsultation OR telehealth)	6
Google acadêmico	"saúde suplementar", "telemedicina", “teleconsulta”	239

Fonte: elaborado pelos autores.

O processo de análise das informações contidas nos artigos foi conduzido levando em consideração a exclusão dos artigos duplicados através do gerenciador de referências Endnote Web, onde de 586 artigos disponíveis foram retirados 4. Após a exclusão dos artigos repetidos, foi realizada a leitura dos títulos e resumos onde de 582 artigos foram eliminados 572 resultando em uma seleção de 9 artigos que após a leitura completa resultou em 03 artigos para a amostra final, registradas no Quadro 2.

Quadro 2 – Base de dados, resultados encontrados, artigos selecionados para leitura completa, artigos selecionados

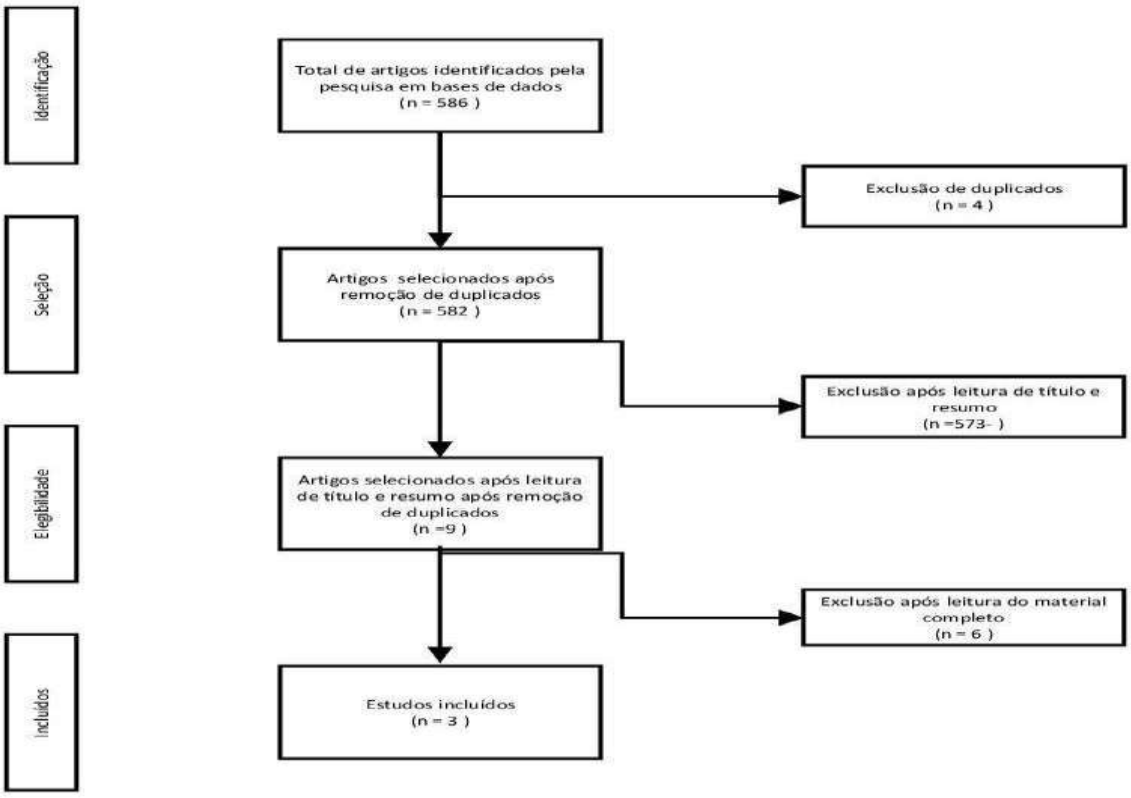
Bases de dados	**Resultados encontrados**	**Trabalhos selecionados para leitura completa**	**Trabalhos selecionados**
BVS	21	1	1
Medline via PubMed	172	0	0
Cochrane (CAPES)	138	0	0
Scopus (CAPES)	4	0	0

Web of Science (CAPES)	1	0	0
Embase (CAPES)	6	0	0
Google Acadêmico	239	7	2
Total	586	9	3

Fonte: elaborado pelos autores.

Após a seleção dos artigos para a amostra final, o processo de seleção das publicações é apresentado através do Fluxograma PRISMA, onde é relatado todas as etapas de seleção dos estudos.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos primários



Fonte: elaborado pelos autores.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse item apresenta-se a síntese dos trabalhos selecionados para análise que estão expostas nos Quadros 3 e 4.

Quadro 3 - Título da publicação, autores, bases de dados, local de publicação e ano

Nº	Título da publicação	Autores	Base de dados	Local de publicação	Ano de publicação
1	Telessaúde: a experiência dos profissionais de saúde no setor suplementar	ARAÚJO; SANTOS; ALENCAR	BVS	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2023
2	As influências da telemedicina na evolução da gestão em saúde	AMARILDO et al.	GOOGLE ACADÊMICO	Revista Foco Interdisciplinary Studies	2023
3	A história da telemedicina no brasil, desafios e vantagens	OLIVEIRA, K. L. et al.	GOOGLE ACADÊMICO	Revista Saúde e Sociedade	2023

Fonte: elaborado pelos autores.

Todos os artigos selecionados foram publicados no ano de 2023, sendo dois em revistas brasileiras e um em uma revista internacional. Com base nestas informações, é possível notar que a telemedicina é um assunto recente e com poucos estudos e que embora ja existisse, viu um crescimento significativo e se tornou uma ferramenta essencial após a pandemia da COVID-19, que forçou a adoção acelerada de tecnologias de saúde remota devido à necessidade de distanciamento social, e as limitações impostas pelos serviços de saúde.

Quadro 4 - Apresentação das informações dos trabalhos selecionados incluídos na revisão integrativa: métodos, objetivos, amostra e resultados

Nº	MÉTODO	OBJETIVO	AMOSTRA	RESULTADOS
1	Estudo qualitativo	Conhecer a experiência dos profissionais de saúde sobre a telemedicina em um serviço de saúde suplementar	15 profissionais: quatro enfermeiros, cinco médicos de família, duas nutricionistas, duas psicólogas e dois técnicos de enfermagem. Desse total, 12 aceitaram o convite e três recusaram.	Foi possível observar que a telemedicina possui grandes preconceitos, contudo após a covid-19 a tecnologia se tornou uma ferramenta indispensável para os profissionais da saúde, trazendo consigo grandes benefícios, como a realização de monitoramentos à distância e a antecipação dos resultados de exames, entre outros. No entanto, essa tecnologia ainda necessita de novas atualizações e de melhores políticas públicas, considerando que uma parte significativa da população idosa não sabe utilizar a tecnologia para se comunicar com seus médicos, além da ausência de contato físico com o paciente.
2	Estudo exploratório, de abordagem quantitativa e procedimento bibliográfico	Analisar as influências da telemedicina na evolução da gestão em saúde e sua aplicabilidade por uma operadora de saúde complementar no Brasil	Artigos, notícias e políticas de implementação no período de 2013-2023	A telemedicina tem o potencial de ampliar significativamente o acesso à saúde, uma vez que permite a realização de atendimentos em qualquer localidade. Sua visibilidade aumentou consideravelmente após a pandemia de COVID-19, quando foi criada a Lei nº 13.989, de 2020, para regularizar seu uso. No entanto, percebe-se que essa ferramenta ainda apresenta fragilidades importantes, especialmente no que diz respeito à segurança no tratamento dos dados dos pacientes.

3	Revisão integrativa da literatura	Revisar os marcos da telemedicina no Brasil e evidenciar os desafios para sua implantação	Artigos em português, inglês e espanhol publicados em revistas indexadas no período de 2000-2020	A implantação da telemedicina enfrenta resistência devido às mudanças tecnológicas e organizacionais que exige, além da necessidade de manter os aspectos éticos e a relação médico-paciente. É essencial ampliar estudos nacionais sobre a tecnologia e investir na educação ética dos profissionais de saúde para quebrar as resistências que a ferramenta impõe, além de desenvolver novos padrões de atendimento. A ausência de profissionais de saúde e locais para se consultar em algumas áreas geográficas do Brasil oferecem oportunidades para demonstrar as vantagens da telemedicina. Destaca-se também que a tecnologia traz consigo diversos benefícios tanto para os usuários como para os ambientes de saúde, porém ainda existem alguns dificultadores que impactam em seu uso.

Fonte: elaborado pelos autores.

Os três estudos sobre telemedicina têm enfoques variados, abrangendo tanto aspectos qualitativos quanto quantitativos e de revisão da literatura. O estudo qualitativo [1] (33,33%) foca na experiência dos profissionais de saúde sobre a telemedicina em um serviço de saúde suplementar, com uma amostra de 15 profissionais, incluindo enfermeiros, médicos de família, nutricionistas, psicólogas e técnicos de enfermagem. Destes, 12 aceitaram participar, destacando que a telemedicina, apesar dos preconceitos iniciais, se tornou uma ferramenta indispensável após a COVID-19, trazendo benefícios como monitoramento à distância e antecipação de resultados de exames. No entanto, há necessidade de atualizações tecnológicas e melhores políticas públicas, especialmente para idosos que têm dificuldade em utilizar a tecnologia e pela ausência do contato físico com o paciente.

O segundo estudo é exploratório, de abordagem quantitativa e procedimento bibliográfico [2] (33,33%), analisando as influências da telemedicina na evolução da gestão em saúde e sua aplicabilidade por uma operadora de saúde complementar no Brasil. A amostra incluiu artigos, notícias e políticas de implementação no período de 2013-2023. Os resultados indicam que a telemedicina pode ampliar significativamente o acesso à saúde, especialmente após a criação da Lei nº 13.989, de 2020, que regularizou seu uso durante a pandemia de COVID-19. No entanto, a segurança no tratamento dos dados dos pacientes ainda é uma fragilidade importante.

O terceiro estudo é uma revisão integrativa da literatura [3] (33,33%) abordo os marcos da telemedicina no Brasil e evidencia os desafios para sua implantação. A amostra incluiu artigos em português, inglês e espanhol publicados em revistas indexadas no período de 2000-2020. Os resultados destacam que a implantação da telemedicina enfrenta resistência devido às mudanças tecnológicas e organizacionais necessárias, além da necessidade de manter os aspectos éticos e a relação médico-paciente. É essencial ampliar os estudos nacionais sobre a tecnologia, investir na educação ética dos profissionais de saúde e desenvolver novos padrões de atendimento. A ausência de profissionais de saúde e locais de consulta em algumas áreas geográficas do Brasil apresenta oportunidades para demonstrar as vantagens da telemedicina, que, apesar de trazer diversos benefícios, ainda enfrenta alguns obstáculos que impactam seu uso.

Os resultados obtidos confirmam que a telemedicina, enquanto inovação tecnológica, possui o potencial de revolucionar o acesso e a prestação de serviços de saúde, especialmente em contextos onde a geografia ou limitações físicas dificultam o deslocamento até as unidades de saúde. No entanto, sua incorporação enfrenta desafios. Segundo Araújo, Santos e Alencar (2023), a baixa literacia digital impede a utilização de forma eficiente da telemedicina, devido

a dificuldade de habilidades dos usuários com a tecnologia ou até mesmo conexão de internet, sendo observado principalmente no público mais idoso e na população mais vulnerável economicamente, e que está de acordo com os achados de Lisboa *et al.* (2023), que enfatiza que o abismo digital é um dos desafios impostos à difusão da telemedicina.

Antes da pandemia de COVID-19, a telemedicina não era regulamentada no Brasil e sua prática estava distante da realidade dos profissionais de saúde, além de ser amplamente criticada (Araújo; Santos; Alencar, 2023). Quando os profissionais de saúde suplementar se viram obrigados a utilizar a tecnologia, surgiram desafios, pois os treinamentos ocorriam à medida que surgiam as demandas. Enquanto alguns profissionais dominavam a telemedicina, outros precisavam utilizar a tecnologia sem qualquer conhecimento prévio, o que, os achados de Araújo, Santos e Alencar (2023), contribuíram para a resistência dos profissionais em relação ao uso da ferramenta. Para Lisboa *et al.* (2023), a resistência no uso da telemedicina deve-se ao fato de ser necessária a integração entre os profissionais de saúde diretamente ligados à tecnologia e a participação da gestão, que está indiretamente envolvida no processo, o que implica em retirar todos da sua zona de conforto, causando estresse e conflito e aumentando a resistência no uso da tecnologia.

Outro desafio relatado por Araújo, Santos e Alencar (2023) é a ausência de contato direto com o paciente durante as consultas, uma vez que, na prática da telemedicina, o atendimento é limitado, dificultando a identificação de outros problemas que o paciente não menciona ao médico e que não são perceptíveis durante uma chamada de vídeo. Este dificultador complementa a análise de Lisboa *et al*. (2023), pois segundo os autores o uso da telemedicina altera a forma tradicional de interação entre médicos e pacientes, uma vez que o contato físico entre ambas as partes é anulado e para Júnior *et al*. (2023), o contato entre o médico e o paciente é fundamental e não deve ser totalmente eliminado.

Lisboa *et al.* (2023) também descrevem sobre a problemática da telemedicina em relação a implantação de protocolos e diretrizes institucionais visto que a maior responsabilidade recaí sobre o médico, o que complementa os resultados obtidos no trabalho de Júnior *et. al* (2023), que recomenda a adoção de novas políticas, programas nacionais de telemedicina e orçamento necessário para a implementação da tecnologia. A telemedicina foi regulamentada pela Lei Nº 13.989, de 15 de abril de 2020, durante a pandemia da COVID-19, e posteriormente teve sua prática ampliada e incluída dentro da regulamentação da telessaúde pela Lei Nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, porém ainda são necessárias regulamentações para cercar os profissionais que atuam na linha de frente e estão devidamente expostos.

Os desafios mencionados anteriormente representam obstáculos significativos tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes. Contudo, à medida que esses desafios são enfrentados, é crucial também considerar os facilitadores que podem promover a adoção e a eficácia da telemedicina.

Conforme os achados de Lisboa *et al.* (2023), a telemedicina pode desempenhar um papel crucial na promoção da equidade, universalidade e integralidade, que são principios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), a finalidade é conceder igualdade de acesso aos serviços médicos independente da localização geográfica, devido à dificiuldade em equilibrar os custos em saúde com a qualidade dos serviços ofertados, principalmente em regiões rurais e periferias urbanas. A telemedicina ajuda a superar estes desafios ao permitir que os médicos cuidem dos pacientes à distância e levem serviços de saúde a áreas onde não há disponibilidade de muitas especialidades médicas. Isso possibilita que os usuários consultem especialistas idependente da proximidade de suas residências com a localização dos profissionais.

Lisboa *et al.* (2023) também trazem em seus resultados o impacto significativo da telemedicina na realização de intervenções médicas precoces e na autonomia dos usuários. Isso ocorre porque os pacientes podem acessar as consultas médicas e receber orientações sobre

cuidados em saúde sem precisar enfrentar longos períodos de espera por agendamento ou se deslocarem até um consultório médico. Este facilitador está em conformidade com os achados de Júnior *et al.* (2023), que enfatiza que a telemedicina auxilia no diagnóstico rápido de doenças, resultando em um atendimento mais eficiente. Além disso, está alinhado com os achados de Araújo, Santos e Alencar (2023), que apresenta relatos de profissionais da saúde suplementar destacando que , anteriormente, os paciente só poderiam obter os resultado de um exame e seu diagnóstico agendando uma próxima consulta, o que levava tempo, enquanto a telemedicina acelera este processo. Esse benefício também é citado por Junior *et al.* (2023), que diz que além da redução no tempo para se obter um diagnóstico, também é possivel monitorar os pacientes de casa, evitando uma supersaturação nos ambientes de saúde.

Outro facilitador da telemedicina, conforme apresentado por Araújo, Santos e Alencar (2023), é a redução das exposições desnecessárias relacionadas aos sistemas de saúde, abrangendo a exposição a vírus e bactérias, assim como a redução da necessidade de consultas e procedimentos médicos desnecessários. Este achado está de acordo com os achados de Júnior *et al.* (2023), que também indica que a telemedicina auxilia na redução da circulação de pessoas de maneira desncessária. Além disso, Araújo, Santos e Alencar (2023) destaca a redução da distância e da necessidade de deslocamento até o ambiente de saúde, concordando com as descobertas de Lisboa *et al.* (2023), que aponta que um dos beneficios da telemedicina para os usuários e seus familiares, é evitar os incovenientes de viagens para os ambientes de saúde.

Segundo os achados de Maldonado, Marques e Cruz (2016), o sucesso da telemedicina depende da forma como os serviços de saúde são fornececidos, visando maior rapidez no acesso aos serviços, redução de custos e diminuição das consultas presenciais. Para o autor esses beneficios podem ocorrer a partir da reorganização dos serviços de saúde e da integração de diferentes especialidades, o que ajuda a superar barreiras físicas no acesso aos cuidados. No entanto, este benefício esbarra com o dificultador citado por Lisboa *et al.* (2023), em relação à integração dos profissionais d saúde no uso da tecnologia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após analisar as diferentes dimensões da influência da telemedicina no segmento da saúde suplementar e para seus usuários, fica evidente que essa modalidade de assistência médica tem desempenhado um papel significativo na transformação do acesso e na qualidade dos serviços de saúde.

A telemedicia têm se mostrado uma ferramenta crucial para ampliar o acesso aos cuidados de saúde, especialmente para os usuários que vivem em áreas afastadas, onde nem todas as especialidades e procedimentos médicos estão disponíveis. Ela possibilita a realização de consultas médicas a distância, eliminando as barreiras geográficas para os médicos e poupando os pacientes de deslocamentos cansativos e exposições desnecessárias nos serviços de saúde. Além disso, auxiliar no diagnóstico precoce de doenças, e na promoção da equidade.

No entanto, para que a telemedicina funcione de maneira efetiva, é preciso enfrentar alguns desafios, como garantir a segurança dos dados dos pacientes e superar resistências à mudança. Portanto, é crucial que políticas de saúde pública apoiem a integração da telemedicina no sistema de saúde, pois o caminho para seu pleno desenvolvimento envolve superar desafios e garantir que todos possam usufruir de seus benefícios. Em resumo, a telemedicina tem sido uma aliada importante no segmento de saúde suplementar, proporcionando mais acesso, eficiência e qualidade nos cuidados de saúde.

Identificou-se, ainda, a falta de estudos longitudinais que avaliem os efeitos a longo prazo da telemedicina na saúde dos pacientes e na eficiência do sistema de saúde. Além disso, muitos estudos se concentram em populações específicas ou em contextos limitados, o que pode não refletir a diversidade de situações encontradas no Brasil. Sugere-se que futuros estudos questionem a integração da telemedicina em diferentes contextos socioeconômicos, explorem

as para sua adoção em larga escala, e avaliem os impactos econômicos e de saúde a longo prazo dessa tecnologia.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, H. P. A.; SANTOS, L. C. dos.; ALENCAR, R. A. Telemedicine: the experience of health professionals in the supplementary sector. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, p. e20220374, 2023.

AVELAR, A. F. M.; SANTOS, L. M. Technological innovation in health: back to origins. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e74Suppl501, 2021.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V. **Os hospitais filantrópicos do século XXI e o SUS**. 1. ed. São Paulo: Biblioteca Virtual de Saúde, 1982. p. 1-14.

BOTARO, N. A trajetória do Sistema de Saúde no Brasil: considerações sobre o cenário atual. **Escrita da História**, v. 1, n. 2, p. 157–185, 2015.

BRASIL. **Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004.** Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2000.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2000.

BRASIL. **Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020**. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2020.

BRASIL. **Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: MS, 2011. 49 p.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 1.643, de 07 de agosto de 2002**. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Conselho Federal de Medicina.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 2.227, de 13 de dezembro de 2018**. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. Conselho Federal de Medicina.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 2.314, de 20 de abril de 2022**. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Conselho Federal de Medicina.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 531, de 02 de maio de 2022**. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e revoga a Resolução de Diretoria Colegiada nº 39, de 27 de outubro de 2000, e a Resolução Normativa nº 315, de 28 de novembro de 2012. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2022.

CONASS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Saúde suplementar: para entender a gestão do SUS. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. p. 7-148.

LISBOA, K. O. et al. A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens. **Saúde e Sociedade,** v. 32, n. 1, p. e210170pt, 2023.

LONGO, W. P. **O desenvolvimento científico e tecnológico do Brasil e suas perspectivas frente aos desafios do mundo moderno**. Coleção Brasil: 500 anos, v. II. Belém: Editora da Universidade da Amazônia, 2000.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 432–439, abr. 2012.

MALDONADO, J. M. S. de V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00155615, 2016.

MALTA, D. C.; JORGE, A. de O. Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar: o caso de uma operadora de Autogestão**. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1535-1542, set. 2008.

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.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 62, p. 471–488, jul. 2012.

SESTELO, J. A. de F.; SOUZA, L. E. P. F. de; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 607–623, jul. 2014.

ZIROLDO, R. R.; GIMENES, R. O.; JÚNIOR, C. C. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 216–221.

ANÁLISE DA APLICAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN HEALTHCARE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE: IMPACTOS PARA O SERVIÇO DE SAÚDE

Rafael de Jesus da Paz; Mestre; Universidade Federal de Minas Gerais
Camilla Stephane Oliveira Silva; Acadêmica de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais
Thaís Vieira e Silva; Acadêmica de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais
Natany de Oliveira Pazini; Acadêmica de Gestão dos Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais
June Marques Fernandes; Doutor; Universidade Federal de Minas Gerais
Karla Rona da Silva; Doutora; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: Introdução: O hospital é um ambiente complexo com recursos humanos e materiais especializados. O conceito de *Lean Manufacturing*, amplamente aplicado na manufatura, está sendo adaptado para os serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar uma unidade do serviço de saúde a partir da metodologia *Lean Healthcare* e sua repercussão para o processo de trabalho. **Referencial Teórico:** A metodologia *Lean Six Sigma*, uma metodologia que busca excelência na competitividade por meio da melhoria dos processos envolvidos, tem sido utilizada na área da saúde, denominado como "*Lean Healthcare*" desde 2006 em decorrência de um congresso sem fins lucrativos na Grã-Bretanha. **Metodologia:** Estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa na farmácia de um hospital oftalmológico, envolvendo 4 funcionários da unidade na montagem de kits cirúrgicos. **Resultados:** A aplicação da metodologia *Lean Healthcare* melhorou o processo de trabalho, destacando o uso da técnica Just in Time para evitar desperdício. A identificação manual dos itens e a colaboração da equipe foram positivas, mas identificaram-se fraquezas, como falta de padronização para alguns cirurgiões e necessidade de melhorias organizacionais. **Conclusão:** O estudo confirmou que a metodologia *Lean* pode melhorar a eficiência na farmácia hospitalar e destacou a necessidade de expansão para outras áreas. A colaboração foi crucial e novas pesquisas são recomendadas para aprofundar o conhecimento.

PALAVRAS-CHAVES: Gestão em saúde; Otimização de processos; Serviço de farmácia hospitalar; *Lean healthcare.*

1 INTRODUÇÃO

O hospital é um ambiente de alta complexidade estrutural e diverso em recursos humanos e materiais especializados para seu funcionamento. Em detrimento disso, o hospital necessita de investimentos financeiros que em sua maior parte ultrapassam o lucro gerando desafios para a continuação de seu funcionamento (Mozachi, 2017).

Com o desenvolvimento das indústrias, o conceito de *Lean Manufacturing*, têm sido aplicados constantemente em indústrias de manufatura, o conceito tem disseminado e gerado desejos para implementar o conceito nos serviços de saúde. Esse sistema, apesar de ser novo no mercado, já está sendo utilizado no contexto da saúde sendo conhecido como *Lean Healthcare* e teve sua disseminação marcada por um por um congresso realizado pela *Lean Enterprise Academy*, organização sem fins lucrativos que visa disseminar o pensamento *Lean* nos serviços de saúde (Toussaint, 2009).

O *Lean Healthcare* representa o compromisso cultural da organização em aplicar o método científico para projetar, realizar e melhorar continuamente o trabalho realizado pelas equipes. Os termos "fluxo" e "valor" são duas palavras-chaves para o *Lean Healthcare* que regem o seu funcionamento. No âmbito da saúde, valores em cuidados de saúde representam

atividades com seus respectivos fluxos que visam a melhoria da qualidade de saúde e bem estar promovido aos pacientes, de forma a alcançar melhores resultados (Toussaint, 2009).

Diante disso, são exemplos de fluxo de valor que são aplicados ao setor de farmácia, o tempo de entrega e a taxa de erros relacionados à montagem e desmontagem de Kits cirúrgicos e, para obter fluxo de valor, é necessário que o sistema utiliza algumas técnicas como o Formulário A3. Esse visa sistematizar um projeto de melhoria ao mesmo tempo em que auxilia a equipe nas 20 etapas a serem desenvolvidas durante a execução de um projeto (Graban, 2013).

A utilização do *Lean* em ambientes hospitalares evidencia a possibilidade da aplicação desse conceito nas áreas assistenciais em setores de cardiologia, quimioterapia e centro cirúrgico, demonstrando em estudos a melhoria do trabalho em equipe entre os profissionais da saúde. Nesse sentido, a farmácia é um setor dos hospitais que necessita de elevados valores orçamentários, pois os medicamentos representam uma das maiores parcelas dos custos hospitalares (Gomes; Reis, 2001; Cavallini; Bisson, 2010).

Assim, espera-se analisar os problemas, diminuir os desperdícios, fortalecer a segurança e contribuir com a melhoria do processo de trabalho de uma farmácia hospitalar. Cabe ressaltar que esses impasses foram identificados a partir da experiência profissional como gestor na Instituição objeto do estudo. Portanto, o objetivo deste estudo é analisar uma unidade do serviço de saúde a partir da metodologia *Lean Healthcare* e sua repercussão para o processo de trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, Womack, Jones e Roos (1992) identificaram que o sistema de produção em massa (fordismo) não se enquadrava no mercado japonês. As indústrias japonesas precisavam reduzir os custos de produção devido às suas condições financeiras, e o Japão com seu mercado pequeno, exigia uma variedade de produtos. Nesse cenário, todos os veículos eram fabricados na mesma linha de montagem, o que demandava uma flexibilidade significativa da Toyota em termos de mix e volume de produtos. Na década de 80, a Toyota se destacou como uma potência na produção de veículos, oferecendo soluções operacionais com técnicas inovadoras. Assim, como a produção em massa eliminou a produção, a produção enxuta tem vindo a reduzir o domínio da produção em massa (Imai, 1986).

Os autores Spear e Bowen (1999) afirmam que para entender o sucesso da Toyota é necessário entender que seu sistema converte a organização em uma comunidade de cientistas. Em outras palavras, pessoas que seguem uma metodologia rigorosa para solucionar problemas e não simplesmente o senso comum. O sistema de produção Toyota apresenta quatro regras que regem o sistema de produção e essas guiam o planejamento, operação e melhoria de cada atividade realizada. Essas quatro regras são: (i) toda atividade deve ser altamente padronizada, contendo a sequência de trabalho, o tempo e o resultado esperado; (ii) toda conexão entre cliente e fornecedor deve ser direta; (iii) todos os fluxos dos produtos e serviços devem ser simples e diretos; (iv) toda melhoria deve ser aplicada seguindo o método científico (utilizando o ciclo Plan, Do, Check e Act = Planejar, Fazer, Verificar e Agir - PDCA), até nos níveis mais baixos da organização.

Jackson (2006), por sua vez, completa as quatro regras e adiciona uma regra: o desenvolvimento de líderes que ensinam e treinam os seus subordinados na tarefa de aplicar o PDCA em tempo real. Em 1992 com a publicação do livro “A Máquina que mudou o mundo” dos autores Womack e Jones, o termo *Lean Thinking* foi consagrado e popularizado (Fernandes; Reis, 2023). A publicação desse livro mostrou ao mundo o termo e sobretudo aos líderes de diversas empresas. Assim, os termos *Lean Manufacturing*, *Toyota Production System*, *Lean Production, Lean Thinking* e Manufatura Enxuta são todos sinônimos para uma mesma filosofia (Imai, 1986; Womack; Jones; Roos, 1992).

O Sistema Toyota de Produção foi inicialmente criado com foco em ambientes de manufatura automobilística. Mas em 1996, Womack e Jones alegaram que o sistema poderia

ser utilizado para alcançar melhorias e ser reproduzido em outros setores industriais e de serviço (Womack; Jones, 1996). A aplicação universal em outros tipos de serviço se dá a igualdade dos processos de produção que sempre buscam um planejamento e a execução de ações em sequência e tempo pré-determinado para promover valor a um cliente. Conhecido como produção enxuta, o sistema *Lean Manufacturing*, está cada vez mais inserido no mundo corporativo e sendo considerado peça chave para a continuação das empresas em relação a competitividade, qualidade, custo, redução de lead time, que é tempo entre o momento do pedido do cliente até a chegada do produto, agilidade e flexibilidade (Imai, 1986; Womack; Jones; Roos, 1992).

A metodologia *Lean Six Sigma*, uma metodologia que busca excelência na competitividade por meio da melhoria dos processos envolvidos, tem sido utilizada na área da saúde, denominado como *"Lean Healthcare"* desde 2006 em decorrência de um congresso sem fins lucrativos na Grã-Bretanha para promover o estudo e a difusão do conceito *Lean* em serviços de saúde, sendo este evento o primeiro na área (Magalhães, 2006). Essa metodologia busca melhorar os processos de organização das instituições prestadoras de serviços de saúde e para sua efetivação conta com um conjunto de técnicas, conceitos e ferramentas que melhoram a maneira como os hospitais são gerenciados e organizados (Graban, 2013).

Porém, existem estudos que datam de 1998 que relatam o uso dos princípios *Lean* em hospitais, como o estudo de Bowen e Youngdahl referente ao Shouldice Hospital do Canadá, que, embora seja um hospital pioneiro em características enxutas, somente a partir de 2006, passou a pensar nos serviços de saúde de forma estruturada e sistemática (Silberstein, 2006). Vale ressaltar que o *Lean Healthcare* possui aplicabilidades na segurança do paciente, na qualidade do atendimento e na melhoria dos serviços, e não apenas na eficiência, custos e produtividade (Tartas, 2017).

Dito isso, alguns termos do *Lean* conceituados por Imai (1986), Womack, Jones e Roos (1992) serão essenciais para a discussão deste trabalho, tais como: Atividades que agregam Valor (AV): atividades que tornam o serviço mais valioso, ou seja, as atividades que o cliente está disposto a pagar. Atividades desnecessárias que não Agregam Valor (NAV): atividades que não acrescentam valor aos serviços. Para os clientes não importa se essas atividades foram ou não realizadas e, portanto, não pagariam por elas. Atividades Necessárias que não Agregam Valor (NNAV): são as atividades que, apesar de não acrescentarem valor aos serviços, precisam ser realizadas devido ao processo produtivo ou por proporcionarem maior segurança aos pacientes.

Ademais, dos preceitos *Lean*, é possível elencar cinco princípios que são essenciais (Womack; Jones, 2004): Princípio de Valor: definição de valor para o cliente; essa definição deve focar no ponto de vista do cliente, ou seja, aquilo que ele esteja ou estaria disposto a "pagar"; Princípio de Fluxo de Valor: após a determinação do que é valor, é necessário identificar na sequência de atividades o que agrega e o que não agrega valor para o cliente; - Princípio de Fluxo: visa assegurar que cada item produzido passe imediatamente para o processo seguinte, minimizando a formação de estoques, esperas e paradas. - Princípio da Produção Puxada: deve ser aplicado nas etapas do processo onde o fluxo contínuo não é possível. Nesse caso, a produção de um serviço ou produto ocorrerá de acordo com a demanda do cliente.

Nas últimas duas décadas, durante o início da implementação do *Lean* em serviços prestadores de cuidados de saúde, foram publicados estudos que ganharam destaque como o estudo realizado por Heuvel, Does e Bisgaard (2005) sobre a implementação do *Lean Six-Sigma* no Hospital da Cruz Vermelha de Beverwijk, na Holanda, em 2002.

Era um Hospital de 400 leitos e 930 colaboradores e após a iniciativa de algumas melhorias percebeu-se que havia uma ineficácia na gestão deste Hospital para conclusão de projetos de qualidade. Diante disso, com o objetivo de melhorar e alinhar os objetivos iniciou-

se a implementação do *Six Sigma*. O primeiro passo foi a atribuição de funções aos colaboradores, culminando na resolução dos seguintes problemas: redução do tempo de internação para pacientes adultos e pediátricos, resultando na economia de 35 e 25 mil euros, respectivamente, ao final daquele ano. Além disso, a diminuição dos erros nas faturas gerou uma economia de 200 mil euros de poupados no referido ano e a uniformização das políticas de pagamento permitiu uma economia adicional de 30 mil euros. Por fim, a redução dos pacientes em uso de antibióticos intravenosos, permitiu corte nas despesas na ordem dos 20 mil euros (Heuvel, Does e Bisgaard, 2005).

Outro ponto, importante a ser destacado é a ferramenta de métrica nivelamento da produção, ou *Heijunka*, está inserido no modelo de gestão do pensamento enxuto e significa produzir uniformemente atendendo a demanda dos clientes, criando uma programação nivelada de pedidos e das variações diárias desses, além de nivelar as quantidades e tipos de produto no longo prazo (Ghinato, 2000). O objetivo é conseguir um fluxo constante no caso da saúde de pacientes, em um modelo misto de produção que abastece um ou mais processos com fluxo constante e estável (Furmans, 2005).

3 METODOLOGIA

O trabalho consiste em um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa. As pesquisas de cunho qualitativo abordam crenças, representações, hábitos, valores, atitudes, opiniões e buscam compreender o fenômeno como parte da realidade humana vivida socialmente, considerando que o ser humano se diferencia em todos os aspectos, sociais, atitudes, perspectivas da realidade (Minayo, 2010). O cenário estudado consiste em unidade da farmácia localizada no terceiro andar da instituição privada especializada no setor de Oftalmologia, localizada na região central da Cidade de Belo Horizonte, com área distribuída em 7 andares, em sua grande maioria consultórios e setores de exames.

No total participaram 4 funcionários da unidade e foram necessariamente colaboradores da farmácia envolvidos direta e indiretamente na montagem dos kits cirúrgicos. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser profissional que atue no cenário do estudo, em cargo de liderança ou operacional; ter sido treinado na montagem e desmontagem de kits cirúrgicos e no sistema de controle de estoque utilizado pela empresa em questão; profissionais com mais de 3 meses de atuação na unidade. Para exclusão: desconsiderou-se colaboradores submetidos a afastamento médico ou de qualquer outra natureza no período de coleta de dados do estudo.

Para a coleta de dados, primeiramente foi mapeado todo o processo necessário para a montagem dos kits cirúrgicos da farmácia, seguindo três abordagens distintas: uma análise documental baseada no Procedimento Operacional Padrão (POP) específico da área, a observação direta por meio de observações no setor e a realização de um grupo focal. Os dados coletados durante a realização do grupo focal foram submetidos à análise de conteúdo do tipo categorial temática, sendo dividida em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação (Bardin, 2016).

Com relação aos aspectos éticos, o estudo seguiu as orientações expressas na Resolução n°. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece critérios éticos para pesquisas com seres humanos. A pesquisa foi, após anuência da Instituição cenário do estudo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o nº. do CAAE 61985822.2.0000.5149.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível observar a montagem de 34 kits cirúrgicos destinados a cirurgia de facectomia com implante de lente intraocular, do dia 05 ao dia 09 de setembro de 2022, em horários aleatórios, sendo realizada pelo mesmo montador. O processo foi registrado em diário de campo, com filmagem por duas câmeras. Ademais, o mapeamento de processo de trabalho

de montagem de Kits cirúrgicos é representado pela Matriz SIPOC e pelo Fluxograma do processo de trabalho. As duas ferramentas foram necessárias para auxiliar no diagnóstico e na análise do cenário.

Processo de trabalho é como executamos e desempenhamos nossas tarefas e funções profissionais independente de quais sejam. De outro modo, pode-se afirmar que o processo de trabalho é um conjunto de etapas no qual os indivíduos interagem com os meios de produção com intuito a transformá-lo e obter um produto de algum valor (Faria et al., 2009).

Faria et al (2009) afirma que o processo de trabalho é executado a fim de alcançar objetivos estabelecidos anteriormente. Assim, pode-se inferir que o fim domina o processo de trabalho e com base na finalidade que é definido os critérios para executar uma tarefa. Um aspecto adicional do processo de trabalho em saúde é que ele é iniciado com base em necessidades. Diante disso, essas necessidades são formadas nas relações sociais e, portanto, variam ao longo do tempo. É possível afirmar que os serviços de saúde geram e satisfazem necessidades (Mishima et al., 2003).

Ao decorrer da montagem dos Kits foi possível identificar um processo de trabalho bem delimitado, descrito no POP interno da instituição, que foi evidenciado também pelo domínio dos participantes na execução das tarefas inerentes para a atividade, e foi confirmado também durante a realização do grupo focal. Além disso, ficou evidente que cada participante possui total conhecimento no passo a passo da realização das tarefas e na listagem dos itens específicos para cada kit. Durante o grupo focal emergiu esta afirmação:

> "A gente tem uma lista já pré-montada e descrita de todos os itens de cada procedimento, (...) no dia anterior aos procedimentos, a gente faz a montagem. Cada item para cada procedimento. Inclui tudo na caixa e depois dispensa para o paciente no sistema. Vincula o nome do paciente para aquele kit. Para cada procedimento tem um kit. (P1)"

No setor adotam a técnica de montagem *Just in Tim*e, pois o cliente que define a quantidade de itens a serem montados, não há kits criados em excesso, uma vez que os kits montados são exatos para o dia seguinte, evitando assim o desperdício de estoque e inventário. De acordo com Reda (1987) o principal objetivo do *Just in Time* é favorecer o ambiente de produção por meio da organização, evitando desperdícios e visando à melhoria contínua dos processos. Além disso, esse método proporciona uma posição competitiva da empresa e aumenta a agilidade, qualidade e o preço dos produtos.

Um dos princípios da metodologia *Lean*, o fluxo puxado, é observado na rotina diária, uma vez que todos os dias antes da confecção dos itens é impresso a agenda do dia subsequente. Diante disso, o ponto forte evidenciado é que evita o desperdício de estoque/inventário, uma vez que não há produção de kits em excesso.

> "A gente imprime uma agenda do dia, faz a contagem de cada procedimento, quantos procedimentos, quantos kits de cada procedimento e realiza a montagem para o procedimento." (P1)

Após a montagem dos kits, foi possível observar sendo executado pelos participantes a identificação dos itens no sistema por meio de leitura de código de barras, com cada item registrado em nome do próprio paciente e alocado em caixa organizadora própria. Depois disso, todos os kits são devidamente lacrados e transcrito a mão o nome e o prontuário do paciente para uma etiqueta adesiva para ser fixada na parte externa para facilitar a identificação. Importante destacar que todo esse processo pode ser identificado no POP da atividade e presentes na fala dos participantes. Com relação a lista de itens por caixa, cada procedimento em específico é descrito no sistema e organizada previamente e padronizada pelos responsáveis técnicos da farmácia e centro cirúrgico.

> "E à medida que vai montando, vai deixando de lado aqui para colarmos a etiqueta com o nome do paciente (aponta para o computador) (...) A gente tem uma lista já pré-montada e descrita de todos os itens de cada procedimento." (P3)

O desperdício de movimentação ocorre quando deslocamentos que poderiam ser evitados em uma atividade produtiva acabam acontecendo. O Diagrama de Espaguete, uma ferramenta associada ao *Lean*, pode ser utilizado para entender como os indivíduos se movem dentro do setor analisado. Isso ajuda a identificar e eliminar desperdícios, especialmente aqueles em decorrência de deslocamentos desnecessários. Ao visualizar claramente o processo e focar nos padrões de movimento, o Diagrama de espaguete facilita a identificação e redução de movimentações desnecessárias, otimizando o fluxo de trabalho e reduzindo eventos indesejados (Graban, 2013).

É importante destacar que, segundo a metodologia *Lean*, o desperdício de transporte refere-se ao movimento desnecessário de materiais, produtos, informações entre processos, como ficou evidenciado. Por outro lado, o desperdício de movimentações refere-se ao deslocamento desnecessário de pessoas ou equipamentos dentro de um processo. Ambos os tipos de desperdícios podem ser reduzidos por meio da aplicação de práticas Lean, como a organização do ambiente de trabalho e a otimização dos fluxos de trabalho (Graban, 2013).

Vale salientar os pontos fortes observados: rotinas para execução das tarefas bem descritas, os participantes demonstram domínio notável na execução dessa rotina e há um fluxo de trabalho puxado. No entanto, foram identificadas algumas fraquezas. Entre elas, destaca-se a concessão de exceções e particularidades a alguns cirurgiões, divergindo do que é descrito no POP. Além disso, a identificação de pacientes é realizada manualmente, os computadores estão posicionados longe das estações de trabalho e o carregamento dos itens após montagem é realizado de forma braçal, sem auxílio de maquinário.

Com relação ao Trabalho em Equipe (TE) é definido pela interdependência entre o trabalho e a interação. A comunicação constante entre os profissionais é uma parte fundamental do cotidiano, permitindo que eles articulem as diversas ações realizadas tanto dentro da equipe quanto no serviço e na rede de atenção (Peduzzi et al., 2011). Ademais, o TE pode ser caracterizado pela colaboração entre diversos profissionais que, unidos e comprometidos, buscam alcançar o resultado eficaz nas tarefas laborais. Para que essa dinâmica seja eficaz, é essencial prestar atenção e respeitar as singularidades individuais de cada membro. Além disso, uma coordenação eficiente é crucial, não apenas para gerenciar, mas também para envolver todos os membros da equipe nas decisões (Silva et al., 2018).

Neste estudo foi possível identificar um ambiente bastante colaborativo, onde na execução de uma mesma tarefa é frequente a participação de uma ou mais colaboradoras. Como exemplo a atividade de montagem de kits, que por mais que seja uma tarefa já direcionada para um participante, durante a observação direta foi vista com frequência mais uma profissional a seu lado. Esse fenômeno surgiu durante o grupo focal, como é descrito a seguir:

> "(...) se eu estiver disponível, ajudo de manhã, mas no geral é a participante 02 que monta." (P3)

Embora o termo "trabalho em equipe" não tenha sido explicitamente mencionado nos registros documentais, foi evidente a presença de um forte senso de colaboração e apoio mútuo durante o grupo focal e observação direta no cenário investigado.

> "Se tiver de dois, é bom que a pessoa já vai passando." (P4)

> "Se (...) estiver tranquilo, já adianto também para o próximo dia (...) ela não conseguiu montar esse horário, (...) tem a "participante 01 e 04" para fazer isso." (P3)

Ao trabalhar em uma equipe, os profissionais podem demonstrar comportamentos que foram desenvolvidos e mantidos em prol do bem comum, com o objetivo de alcançar resultados que beneficiem a todos. Isso ocorre devido a necessidade compartilhada de atingir objetivos e metas específicas (Fiorelli, 2000). A importância dessa interação também é abordada no conceito *Heijunka*, uma técnica do *Lean* que visa nivelar a produção. Observou-se, em alguns

momentos, que a competição por espaço entre pessoas gerava caos, enquanto outros ambientes permaneciam vazios.

Esse fenômeno pôde ser atribuído ao fato de que mais de duas pessoas frequentemente estavam envolvidas simultaneamente nas mesmas atividades. Isso foi evidenciado durante o grupo focal, que destacou que:

> "Tem dias que a gente precisa de auxílio, (...) se tiver muita demanda, vão três pessoas também (...)" (P3)

Nesse contexto, o *Heijunka* visa atender à demanda por meio de um fluxo constante de pequenos lotes de diferentes partes, reduzindo a diminuindo a necessidade de expandir a capacidade produtiva ou os impactos gerados por picos de demanda. Além disso, esse conceito também é usado para planejar e controlar o "mix" de produtos ou serviços, auxiliando no sequenciamento da produção de acordo com o volume total de ordens (ou pedidos) em intervalos de agendamento (Matzka; Mascolo; Furmans, 2012). O *Heijunka* é uma abordagem desafiadora, mas recompensadora, que pode ser adaptada a qualquer tipo de negócio, incluindo o objeto desta investigação (Niimi, 2006).

Observa-se, um forte senso de trabalho em equipe entre os colaboradores no setor. No entanto, é crucial destacar a importância de uma adequada divisão de tarefas quando o processo envolve duas ou mais pessoas. Isso ajuda a evitar congestionamento nas estações de trabalho e a distribuir carga de trabalho de forma mais equilibrada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, o objetivo do estudo foi alcançado e com ele foi possível analisar uma unidade do serviço de saúde a partir da metodologia *Lean Healthcare* e sua repercussão para o processo de trabalho.

Ademais, evidenciou que as ferramentas do *Lean Healthcare* podem ser aplicadas como propostas de melhoria das atividades diárias de um setor como a farmácia hospitalar. Além disso, percebe-se a importância da expansão do estudo para outros setores da instituição com o objetivo de melhoria do processo de trabalho no serviço como um todo, assim como evidenciado pela metodologia *Lean* Healthcare.

Pode-se perceber grande congruência com o que foi discutido durante a realização do grupo focal e a observação direta. Os processos foram bem descritivos e demonstraram preocupação com a padronização de tarefas. Mas, a ausência de descrição na análise documental dos POPs para algumas atividades como: disposição das estações de trabalho, disposição de prateleiras e objetos, reposição de estoque, montagem de dois Kits para o mesmo cliente, identificação dos armários, identificação e separação de itens no interior das caixas foram pontos cruciais observados que não são percebidos. Tal evidência demonstra a fragilidade do setor e as necessidades de intervenções de forma a agregar valor ao processo de trabalho e ao serviço de saúde.

Vale ressaltar que os participantes colaboraram com o estudo e trataram o tema com muito cuidado e respeito durante o grupo focal, o que contribuiu para a adesão às propostas do estudo e agregaram ao serviço. Por fim, a metodologia *Lean Healthcare* é uma grande impulsionadora da melhoria contínua, uma vez que potencializa a geração de propostas de trabalho mais adequadas às atividades setoriais, principalmente aquelas que demandam processos bem definidos e repetitivos.

Assim, com esse estudo espera-se que incentive a realização de novas pesquisas com métodos diversos de coleta de dados, com o intuito de ampliar o saber no âmbito desse assunto e não somente a gestores de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3badolaurence-bardin.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.

CAVALLINI, M. E.; BISSON, M. P. **Farmácia Hospitalar:** um enfoque em sistemas de saúde. 2. ed. São Paulo: Manole, 2010.

FARIA, H. P. de; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. dos; TEIXEIRA, P. F. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf. Acesso em: 21 jun. 2022.

FERNANDES, J. M.; REIS, L. P. **Lean healthcare:** estratégias, métodos e técnicas de auxílio à melhoria de processos na gestão hospitalar. Paraná: Atena, 2023. Ebook. Disponível em: https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/leanhealthcare-estrategias-metodos-e-tecnicas-de-auxilio-a-melhoria-de-processos-nagestao-hospitalar. Acesso em: 7 mar. 2022.

FIORELLI, J. O. **Psicologia para administradores**. São Paulo: Atlas, 2000.

FURMANS, K. Models of heijunka-levelled kanban-systems. In: 5th International Conference on Analysis of Manufacturing Systems - Production and Management. Zakynthos, Greece, 2005. p. 243-248. **Anais.**

GHINATO, P. Elementos fundamentais do Sistema Toyota de Produção. In: ALMEIDA. A. T.; SOUZA, F. M. C. **Produção e Competitividade:** aplicações e Inovações. Recife: UFPE, p. 31-59, 2000.

GOMES, M. J. V. de M.; REIS, A. M. M. **Ciências farmacêuticas:** uma abordagem em farmácia. São Paulo: Atheneu, 2001.

GRABAN, M. **Hospitais Lean:** melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2013.

HEUVEL, J. V.; DOES, R. J. M. M.; BISGAARD, S. Dutch hospital implements six sigma. **ASQ Six Sigma Forum Magazine,** feb. 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/254921799_Dutch_Hospital_Implements_Six_Sigma. Acesso em: 10 jun. 2022.

IMAI, M. **Kaizen:** the key to Japan´s Competitive Success. New York: McGraw Hill, 1986.

JACKSON, T. L. **Hoshin Kanri for the Lean Enterprise:** developing competitive capabilities and managing profit. 1. ed. New York: Productivity Press, 2006.

MAGALHÃES, A. L. P.; ERDMANN, A. L.; SILVA, E. L.; SANTOS, J. L. G. dos. Lean thinking in health and nursing: an integrative literature review. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v. 24, n. e2734, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1518- 8345.0979.2734. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/v4YpttFQVZjsVQr3kX4TSWN/?lang=en#ModalTutors. Acesso em: 23 jun. 2022.

MATZKA, J.; MASCOLO, M. di.; FURMANS, K. Buffer sizing of a Heijunka Kanban system. **Journal of Intelligent Manufacturing**, v. 23, n.1, p. 49-60, feb. 2012. DOI: 10.1007/s10845-009-0317-3. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/225565399_Buffer_sizing_of_a_Heijunka_Kanban_system. Acesso em: 15 ago. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa emsaúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.137-56.

MOZACHI N, Souza V. H. L. **O Hospital - Manual do Ambiente Hospitalar.** 4. ed. São Paulo: Direção Cultural, 2017.

NIIMI, A. Sobre o Nivelamento (Heijunka). **Lean Institute Brasil**, 4 mai. 2006. Tradução: Odier Tadashi. Disponível . Acesso em: 1 ago. 2022.

PEDUZZI M.; CARVALHO, B. G.; MANDÚ, E. N. T.; SOUZA, G. C. de; SILVA, J. A. M. da. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, jul. 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/VbQ5675K7Vr4dr7LCBYL4ZC/abstract/?lang=ptAces so em: 22 jun. 2023.

REDA, H. M. A review of "kanban"- the Japanese "Just-in-Time" production system. **Engineering Management International**, v. 4, n. 2, p.143-150, abr. 1987. Disponível em: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=qHajSpQAAAAJ&citation_for_view=qHajSpQAAAAJ:u5HHmVD_uO8C. Acesso em: 10 mai. 2023.

SILBERSTEIN, A. C. L. **Um estudo de casos sobre a aplicação de princípios enxutos em serviços de saúde no Brasil.** 2006. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: https://silo.tips/download/um-estudo-de-casos-sobre-a-aplicaao-deprincipios-enxutos-em-servios-de-saude-no-4. Acesso em: 22 mai. 2023.

SILVA, K. R. da.; LUIZ, R. M. Q.; MELLO, D. S. de; RIBEIRO, R. M.; MARTINS, S. M.; FARIA, S. M. da. C.; FERNANDES, M. L.; BRANDAO, L. G. V. A.; CARAM, C. da. S.; BRITO, M. J. M. Trabalho em Equipe: reflexões dos gestores de serviços de urgência e emergência. **Revista Médica de Minas Gerais**, 2018. DOI: https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180109. Disponível em: https://rmmg.org/artigo/detalhes/2429. Acesso em: 25 jun. 2022.

SPEAR, S.; BOWEN, K. Decoding the DNA of the Toyota Production System. **Harvard Business Review**, v. 77, n. 5, p. 96-106, oct. 1999. Disponível em: https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=6524. Acesso em: 20 mai. 2023.

TARTAS, D. **Uma proposta Lean para o setup rápido de leito hospitalares com base na abordagem Toyota Kata.** 2017. Tese (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/178109. Acesso em: 27 ago. 2022.

TOUSSAINT J, BERRY L. M. **The Promise of Lean in Health Care Clinic Proceedings**, 2009. Disponível em: https://www.lean.org.br/comunidade/artigos/pdf/artigo_235.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.

WOMACK, J. P.; JONES, D. T. **A mentalidade enxuta nas empresas:** elimine o desperdício e crie riqueza. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

WOMACK, J. P.; JONES, D. T.; ROOS, D. **A máquina que mudou o mundo**. 14. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

COMPREENSÃO DOS GESTORES DE SAÚDE SOBRE O CONSTRUTO DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

Camila Cássia de Souza Alves; Mestre em Gestão em Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais.
Camilla Stephane Oliveira Silva; Discente de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais
Thaís Vieira e Silva; Discente de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais
Patrícia Lourdes Silva; Mestre em Gestão em Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais
Adriane Vieira; Programa de Pós-graduação 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

RESUMO: A Inteligência Emocional (IE) é um conceito que amplia a noção tradicional de inteligência, incluindo aspectos emocionais e cognição. Gestores de saúde enfrentam desafios técnicos e comportamentais diários, sendo os últimos mais complexos, pois lidam com profissionais que cuidam de indivíduos em sofrimento físico e mental. Este estudo qualitativo-descritivo teve por objetivo descrever a compreensão dos gestores de saúde sobre o construto de IE. Utilizou-se o estudo de caso como método e IE como unidade de análise. Participaram 10 gestores de saúde graduados e/ou egressos do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da UFMG, matriculados entre os anos de 2018 e 2020. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas on-line, transcritas e analisadas pela técnica de análise de conteúdo. A análise revelou que gestores de saúde entendem a IE como um conjunto de capacidades mentais relacionadas à percepção, compreensão e gerenciamento das emoções próprias e alheias. Também evidenciou a relevância da IE nos ambientes de saúde e seus benefícios, destacando a importância de investimentos em aprendizagem socioemocional, tanto pessoais como organizacionais.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de pessoas em saúde; Liderança; Emoções; Inteligência Emocional

1 INTRODUÇÃO

A Inteligência Emocional (IE) é um constructo relativamente recente que busca ampliar o conceito tradicional de inteligência, integrando dimensões relacionadas à interseção entre emoções e pensamento. A IE representa um conjunto de capacidades essenciais para a liderança, especialmente em posições hierárquicas superiores, onde as habilidades socioemocionais constituem a maior parte dos modelos de competências. Estudos demonstram o impacto significativo dos estados emocionais dos líderes sobre seus liderados, sublinhando a importância de uma liderança emocionalmente inteligente para fomentar engajamento e comprometimento. Além disso, verifica-se que as habilidades de IE dos líderes são, particularmente, cruciais durante períodos de crise (Folman *et al*., 2024; Davoglio; Goleman; Boyatzis; McKee, 2018; Santos, 2017; Woyciekoski; Hutz, 2009; Mayer, 2004).

Os gestores de saúde enfrentam desafios diários que englobam tanto os aspectos técnicos como as habilidades comportamentais, principalmente no que diz respeito às emoções e à empatia. Enquanto os aspectos técnicos podem ser abordados por intermédio do conhecimento científico e de habilidades específicas, a gestão da complexidade do comportamento humano demanda um esforço emocional substancial, especialmente frente ao sofrimento dos pacientes. A IE se torna essencial para uma liderança que responda adequadamente às necessidades emocionais dos colaboradores, beneficiando não apenas a organização, mas, também, os próprios colaboradores e os pacientes (Araújo *et al.*, 2012).

A competência em IE permite aos gestores de saúde criar um ambiente de trabalho onde a empatia, a comunicação eficaz e a resolução de conflitos são valorizadas. Isso resulta em maior satisfação e bem-estar dos colaboradores, o que, por sua vez, melhora a qualidade do atendimento ao paciente. Além disso, a IE facilita a implementação de práticas de cuidado centrado no paciente, onde as necessidades emocionais são reconhecidas e tratadas com a mesma importância que as necessidades clínicas. Dessa forma, a liderança emocionalmente inteligente é um componente vital para a eficácia organizacional e para a promoção de um cuidado holístico e humanizado (Lobão, 2020; Isbell *et al*., 2019; Oliveira, 2018; Goleman, 2015; Alves; Ribeiro; Campos, 2012).

Para este estudo, considerou-se gestores de serviços de saúde os profissionais que lideram equipes e desempenham atividades assistenciais e/ou administrativas em unidades de saúde. Esses gestores são essenciais para coordenar, gerenciar e melhorar os serviços de saúde oferecidos pela unidade sob sua responsabilidade. Seu papel envolve administrar os serviços de saúde em esferas públicas e/ou privadas, identificando necessidades, prioridades, propondo soluções, promovendo melhorias contínuas, reduzindo a sobrecarga de trabalho e mediando relações para garantir uma gestão participativa (Paiva *et al.*, 2018; Bloise, 2015; Santos; Giovanella, 2014; Reis; Cesse; Carvalho, 2010).

A definição do papel do gestor de serviços de saúde é uma lacuna importante a ser preenchida, conforme discutido por diversos autores que destacam os desafios e transtornos enfrentados pelos profissionais. A falta de formação adequada, também se mostra como uma lacuna significativa na gestão da área da saúde. Estudos revelam que mais de 70% dos profissionais em posições de liderança não receberam treinamento específico para suas funções, agravando-se devido à falta de planejamento dos serviços, infraestrutura inadequada, demanda por novas tecnologias e falta de autonomia. Para superar esses desafios, os gestores de saúde devem desenvolver habilidades socioemocionais, como trabalho em equipe, gestão de conflitos, e buscar desenvolvimento profissional contínuo (Paiva *et al*., 2018; Lorenzetti *et al*., 2014; Silva; Roquete, 2013; Amaral, 2011; Berretta; Lacerda; Calvo, 2011; Mendonça *et al*., 2010; Cecilio, 2010; André; Ciampone, 2007).

Diante do exposto, a pergunta que orientou esta pesquisa foi: qual é a compreensão dos gestores de saúde sobre a IE nas práticas profissionais? Assim, esse estudo teve como objetivo descrever a compreensão dos gestores de saúde sobre o construto de IE.

No decorrer das atividades profissionais e acadêmicas, foi observada pelas pesquisadoras a falta de disciplinas voltadas para o desenvolvimento de competências socioemocionais na formação básica dos profissionais de saúde, essenciais tanto para o desempenho profissional como para uma gestão eficaz. De forma empírica, também foram registrados relatos verbais de gestores de saúde sobre as dificuldades enfrentadas no gerenciamento de pessoas, especialmente relacionadas aos aspectos comportamentais. Isso impacta diretamente nos resultados organizacionais, na assistência ao paciente, na qualidade de vida e na saúde mental dos profissionais, o que justificou a realização deste estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A inteligência e a emoção têm sido temas de intensa investigação e debate ao longo da história, refletindo evoluções nas concepções de inteligência. Inicialmente, delineou-se entre uma visão de inteligência como capacidade geral e, outra, que a descreve como um conjunto de habilidades independentes (Folman et al., 2024; Davoglio; Goleman; Boyatzis; McKee, 2018; Santos, 2017). A teoria das Inteligências Múltiplas de Gardner ampliou essa compreensão ao identificar diversas inteligências operando em circuitos cerebrais distintos, como linguística, lógico-matemática e interpessoal, destacando a diversidade nas capacidades cognitivas e emocionais (Gardner, 1983; 1995).

A inteligência emocional (IE) surgiu como um campo que expande o conceito tradicional de inteligência ao incorporar aspectos emocionais. Inicialmente concebida por Salovey e Mayer (1990), a IE foi definida como um subconjunto da inteligência social que envolve a capacidade de monitorar e discernir sentimentos e emoções próprios e alheios, utilizando essas informações para orientar o pensamento e as ações. No entendimento dos autores, as tarefas cotidianas, bem como o pensamento construtivo, estão carregadas de informações afetivas que necessitam ser processadas, possivelmente de maneira distinta das informações cognitivas. Além disso, os indivíduos podem diferir na habilidade de processar essas informações emocionais.

A IE está alinhada com a visão de Gardner sobre a inteligência social, que ele denomina inteligências pessoais. Essas inteligências pessoais, divididas em inteligência interpessoal e intrapessoal, englobam o conhecimento sobre si mesmo e sobre os outros. Um aspecto fundamental da inteligência pessoal está relacionado aos sentimentos, aproximando-se do conceito de inteligência emocional (Gardner, 1983; Salovey; Mayer, 1990).

No modelo inicial proposto por Salovey e Mayer (1990), a IE está estruturada em torno de um conjunto de habilidades mentais relacionadas ao processamento de informações emocionais. Essas habilidades incluem: a) a capacidade de avaliar e expressar emoções tanto em si mesmo como nos outros; b) a habilidade de regular as emoções próprias e alheias; e c) o uso adaptativo das emoções. Embora essas habilidades sejam comuns a todos os indivíduos, o modelo também reconhece diferenças individuais em estilos e capacidades de processamento emocional. Essas variações são importantes por duas razões principais: primeiramente, há uma tradição médica secular que reconhece a diversidade na capacidade das pessoas de compreender e expressar emoções; e, em segundo lugar, essas diferenças podem estar baseadas em competências subjacentes que podem ser desenvolvidas, o que pode, por sua vez, contribuir para a saúde mental e o bem-estar dos indivíduos.

A IE experimentou significativa popularização impulsionada pela publicação do livro "Inteligência Emocional" por Daniel Goleman (1996). Este marco não apenas disseminou o conceito, mas, também, provocou uma revisão da definição inicial da IE, que passou a incluir aspectos da personalidade. Em resposta a essa evolução, Mayer e Salovey (1997) definiram a IE como a capacidade de perceber detalhadamente, avaliar e expressar emoções, além de gerar emoções que facilitam o pensamento. Eles também destacaram a importância da compreensão emocional e do conhecimento emocional, juntamente com a habilidade de gerenciar emoções para promover crescimento emocional e cognitivo.

Mayer e Salovey desenvolveram um modelo de quatro níveis para o processamento de informações emocionais, estruturando o conceito de IE. Esse modelo inclui: 1) percepção precisa das emoções; 2) utilização das emoções para facilitar o pensamento e a resolução de problemas; 3) compreensão das emoções; e 4) regulação das emoções para o crescimento pessoal (Mayer; Caruso; Salovey, 2016; Mayer; Salovey, 1997; Mayer; Salovey; Caruso, 2002; Schwarz, 1990; Woyciekoski; Hutz, 2009).

Mayer, Caruso e Salovey (1999) afirmam que a IE deve cumprir três critérios para ser reconhecida como uma forma de inteligência estabelecida: conceitual, correlacional e desenvolvimental. O primeiro critério exige que a IE reflita uma performance mental e, não, formas de comportamento, autoestima ou características não intelectivas. Portanto, as habilidades emocionais devem ser avaliadas por meio de testes que exijam desempenho mental. O segundo critério, empírico, requer que a IE inclua um conjunto de habilidades inter-relacionadas que sejam similares, mas distintas das habilidades mentais descritas por outras inteligências (Neisser et al., 1996). O terceiro critério estabelece que a inteligência deve ser capaz de se aprimorar ao longo da vida, com a idade e a experiência.

Embora a IE tenha sido concebida como uma habilidade que envolve o processamento cognitivo de informações emocionais, ela também abrange a percepção, assimilação,

compreensão e gestão das emoções. Assim, além de ser uma habilidade mental, a IE é vista como uma competência que pode ser desenvolvida ao longo do tempo, contribuindo para a saúde mental e o bem-estar dos indivíduos (Mayer; Caruso; Salovey, 1999).

Baseando-se nesses conceitos, surgiram várias concepções alternativas da IE, culminando em modelos com inúmeras variações que representam perspectivas diferentes. O modelo de Reuven Bar-On (1997), por exemplo, amplia o escopo ao incluir dimensões de bem-estar emocional e ajustamento psicológico, considerando uma visão holística das competências emocionais. O Modelo de Competência de Liderança em Inteligência Emocional e Social (ESCI) de Goleman et al. (2018), por sua vez, enfatiza a aplicação da IE no contexto organizacional e de liderança, integrando aspectos como motivação, persistência e otimismo como componentes essenciais da inteligência emocional aplicada ao desempenho no trabalho. Cada um desses modelos oferece uma perspectiva distinta e complementar sobre como a IE pode ser compreendida e cultivada em diferentes áreas da vida e do trabalho (Goleman, 1996; Goleman et al., 2018; Bar-On, 1997).

No contexto organizacional, a IE desempenha um papel crucial na liderança, especialmente em níveis superiores. Empresas que investem no desenvolvimento da IE entre seus líderes observam benefícios significativos, como maior engajamento e produtividade dos colaboradores, além de elevar a capacidade de inovação e lealdade dos clientes. A capacidade dos líderes de integrar propósitos além dos objetivos financeiros se torna crucial para o sucesso organizacional e para a criação de ambientes de trabalho que promovam o bem-estar e o desempenho sustentável (Goleman, 2015; HBR-AS, 2019).

No contexto da saúde, a IE também emerge como um fator determinante para a prática clínica eficaz. Profissionais de saúde com alta IE são mais capazes de estabelecer relações empáticas e eficazes com pacientes, colegas e equipes multidisciplinares, o que influencia positivamente na qualidade do cuidado prestado e na segurança do paciente (Lobão, 2020; Fernández-Berrocal; Extremera, 2006; Lewis et al., 2005). Diante das constantes transformações tecnológicas e do envelhecimento da população, espera-se que profissionais de saúde do futuro enfrentem desafios cada vez mais complexos, exigindo habilidades emocionais sólidas para lidar com expectativas elevadas e demandas variadas (Lobão, 2020; Vatandoost; Litkouhi, 2019).

A necessidade de desenvolver competências emocionais entre profissionais de saúde é evidente não apenas para melhorar a qualidade do cuidado clínico, mas também para mitigar o risco de exaustão emocional e burnout. Estudos destacam que médicos e enfermeiros com alta IE demonstram maior motivação, satisfação profissional e resistência ao estresse, contribuindo para um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo (Lobão, 2020; Lin et al., 2016). No entanto, a implementação efetiva da IE nas práticas de saúde ainda enfrenta desafios, incluindo resistência cultural e a falta de treinamento específico em habilidades emocionais dentro do currículo educacional e do ambiente de trabalho (Alves; Ribeiro; Campos, 2012).

Essas evidências sublinham a importância crescente da IE como uma competência crítica tanto na liderança organizacional como na prática clínica, promovendo melhores resultados para os profissionais e os pacientes. A integração da IE nos currículos de formação e nos programas de desenvolvimento profissional pode oferecer um caminho promissor para enfrentar os desafios emocionais complexos encontrados em ambientes de saúde contemporâneos (Lobão, 2020; Codier; Codier, 2015; Goleman, 2015; Croskerry; Abbass; Wu, 2010).

3 METODOLOGIA

A pesquisa se configura como um estudo qualitativo descritivo, cujo objetivo é o de explorar a compreensão dos gestores de saúde sobre a IE. A abordagem qualitativa se faz

essencial neste contexto, pois permite investigar as concepções e percepções dos participantes, utilizando-se de um material empírico que oferece interpretações potenciais capazes de impactar o ambiente estudado. O método escolhido foi o estudo de caso, que revela as particularidades de um grupo ou população delimitada, permitindo a análise de relações entre diferentes fenômenos ou variáveis (Vergara, 2016; Flick, 2009).

A amostra foi constituída por alunos e egressos do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais. Estes foram selecionados entre aqueles que ingressaram no Mestrado Profissional entre os anos de 2018 e 2020, com formação em cursos correlatos à área da saúde. A amostra totalizou 10 participantes, incluindo um discente da turma de 2018 e nove alunos da turma de 2020, sem a participação da turma de 2019. A seleção dos participantes foi intencional, visando abordar questões psicossociais relevantes ao contexto estudado e considerando a necessidade de flexibilidade (Flick, 2009). Os critérios de inclusão abrangeram todos os indivíduos com formação na área da saúde, que autodeclararam ocupar posições de gestão em instituições de saúde, em áreas administrativas e assistenciais. Foram excluídos os participantes que se recusaram a participar, não devolveram o formulário inicial ou apresentaram ausências durante o processo de coleta de dados.

Inicialmente, foi enviado um e-mail aos alunos e egressos do curso Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, resultando em 21 retornos positivos de um total de 59 convidados. Dos 21 aceites, 15 devolveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto com o formulário inicial. Destes, 10 demonstraram disponibilidade para as entrevistas. Todos os participantes foram identificados com o código E seguido de um numeral de 1 a 10, conforme os critérios de inclusão. Do total, sete são mulheres e três são homens; sete trabalham no setor público e, três, no privado, representando cursos como Enfermagem, Gestão dos Serviços de Saúde, Farmácia, Medicina, Psicologia, Comunicação Social e Bioquímica. Os principais obstáculos mencionados para a não participação incluíram falta de tempo e sobrecarga de trabalho, agravadas pela pandemia de COVID-19, com alunos da turma de 2020 também enfrentando desafios adicionais devido às exigências acadêmicas para a conclusão de seu curso.

Para a coleta de dados deste estudo, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado composto por 10 perguntas elaboradas pelos autores, todas voltadas para explorar a compreensão dos gestores de saúde sobre IE. Devido ao contexto da pandemia de COVID-19, as entrevistas foram conduzidas on-line, garantindo a segurança de todos os participantes e pesquisadores e cumprindo as normativas sanitárias vigentes. O período de coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2021 e março de 2022. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas integralmente, com os participantes devidamente informados sobre esse procedimento. As respostas obtidas foram organizadas para a análise de conteúdo do tipo categorial temática, cujo objetivo foi elucidar a compreensão dos participantes sobre o construto da IE. A análise resultou na definição das seguintes categorias temáticas, baseadas no roteiro da entrevista semiestruturada: Categoria 1: Definição de inteligência emocional; e Categoria 2: Impacto das emoções no ambiente de trabalho.

A pesquisa foi iniciada após a aprovação da Câmara Departamental de Gestão em Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer nº 4.864.723. Além disso, foi mantido o anonimato dos participantes em todas as etapas da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Compreensão sobre o Conceito de Inteligência Emocional

Existem diversas definições de inteligência emocional disponíveis, muitas podem ser encontradas na internet, frequentemente popularizadas pela imprensa e livros de consumo geral. No entanto, uma definição cientificamente robusta de inteligência emocional se distingue por integrar de maneira inteligente as emoções e os processos cognitivos. Em outras palavras, seu significado essencial reside na habilidade de manejar eficazmente a interação entre emoções e pensamentos (Caruso; Salovey, 2016).

As falas dos participantes da pesquisa refletem uma compreensão prática e popular da IE, destacando sua aplicação em contextos específicos e sua capacidade de facilitar relações interpessoais e tomada de decisões. Se faz importante notar que essa compreensão abrange conceitos de diversos autores, como Bar-On (1997, 2006), Goleman (1996), Mayer, Dipaolo e Salovey (1990), e Mayer, Caruso e Salovey (2016).

> Eu entendo Inteligência Emocional como você saber controlar suas emoções em determinados momentos que são cruciais. (E2)
>
> Inteligência Emocional é você conseguir lidar com seus sentimentos e com os seus anseios de uma maneira organizada [...] naquele momento que você precisa dar uma resposta [...] não é que você não vai ter uma resposta emocional [...] vai agir com mais racionalidade, dentro daquela resposta que precisará dar. (E3)
>
> Inteligência Emocional é trabalhar as suas emoções com inteligência [...] refletir sobre seus sentimentos, emoções e canalizar essas emoções para que você tenha uma vida pessoal e profissional mais adequada [...] dentro de um equilíbrio [...] é uma balança [...] é tentar equilibrar essa balança. (E9)
>
> É a capacidade de você gerenciar suas emoções e de lidar com as emoções do outro [...] com as reações dos outros, com o sentimento dos outros, sem que isso interfira na sua vida de forma direta e prejudicial [...] acho que Inteligência Emocional, para mim, é quando você sabe usar as emoções e sentimentos de acordo com o momento [...] sem prejudicar as demais relações e as intra-relações e inter-relações. (E4)

A IE está intrinsecamente ligada a processos mentais que envolvem a avaliação e expressão das emoções, a compreensão emocional própria e alheia e o uso das emoções para facilitar o pensamento e a resolução de problemas. Embora esses processos sejam universais, as variações individuais na capacidade de compreender e expressar emoções sugerem que essas habilidades podem ser desenvolvidas ao longo da vida, contribuindo significativamente para o crescimento pessoal e a saúde mental (Woyciekoski; Hutz, 2009; Mayer; Salovey; Caruso, 2004a; Mayer; Salovey, 1997).

Outro aspecto relevante a ser considerado está no reconhecimento dos participantes de que a IE consiste em um conjunto de habilidades que devem ser desenvolvidas no longo da vida e que estão profundamente ligadas às características individuais, influenciando significativamente as respostas comportamentais em contextos semelhantes. Essas características desempenham um papel crucial no processo de aprendizagem socioemocional, promovendo o desenvolvimento de novas habilidades, como exemplificado na fala abaixo:

> Capacidade que as pessoas desenvolvem, constroem [...] as pessoas não nascem assim [...] é ensinada [...] é algo trabalhado em conjunto [...] informações que a pessoa recebe e a partir disso constrói uma maneira de gerir, de lidar com as emoções [...] eu acredito que é uma construção de valores e iniciativas que a pessoa se dedica. (E10)

A IE pode ser compreendida como um conjunto de capacidades mentais relacionadas ao processamento das emoções e suas implicações individuais e coletivas. No entanto, ainda há oportunidades na literatura para aprofundar o entendimento desse campo, mesmo na

existência de teorias complementares (Marin et al., 2017; Frederickson; Petrides; Simmonds, 2012; Mavroveli; Sánchez-Ruiz, 2011; Andrade Neta; Garcia; Gargallo, 2008;).

A compreensão empírica da IE pelos entrevistados, apesar de muitos não possuírem formação formal específica, destaca a crescente importância dessas habilidades no contexto contemporâneo das organizações de saúde, especialmente diante dos desafios intensificados pela pandemia da COVID-19.

Bem como resultado da popularização da IE e da demanda por habilidades socioemocionais percebidas pelos gestores em suas práticas profissionais. Especificamente no contexto brasileiro. No entanto, muitas das informações veiculadas nos meios de comunicação populares frequentemente carecem de embasamento científico, apresentando dados não verificados.

4.2 Emoções e suas Interferências nos Ambientes de Trabalho

A interferência das emoções em diversos campos da existência e da atividade humana é amplamente reconhecida como uma parte essencial da vida (Vilela, 2006). No ambiente de trabalho, onde as pessoas passam grande parte de suas vidas, as emoções e comportamentos são frequentemente revelados, necessitando de habilidades socioemocionais para promover o equilíbrio. Estados emocionais influenciam diretamente comportamentos, relações e desempenho organizacional (Jesus et al., 2020; Valle, 2006).

A interação contínua dos membros de um grupo cria uma combinação emocional, e cada membro contribui com suas próprias emoções. Todavia, estudos revelam que o líder é responsável por uma parte significativa dessa carga emocional (Floman et al., 2024; Goleman, 2015; Goleman, Boyatzis; McKee, 2018). Nos ambientes de saúde, as emoções têm particular relevância, pois os profissionais lidam diretamente com a condição humana. Assim, a capacidade desses profissionais de reconhecer e gerenciar suas emoções se faz crucial (Rebelo, 2012).

Na presente pesquisa, todos os entrevistados (100%) relataram que as emoções exercem fortes influências tanto em nível individual quanto grupal. Os principais impactos estão associados às relações interpessoais, à execução do trabalho, à produtividade e à tomada de decisão. Além disso, 30% dos entrevistados afirmaram que a relação com a liderança, seja de confiança ou de insatisfação, afeta significativamente o clima emocional. Os relatos a seguir descrevem essas afirmações:

> As emoções interferem claramente, e eu trabalho com recursos humanos, então acho que faz parte do nosso trabalho compreender um pouco disso [...] eu colocaria duas coisas principais: emoções e relações de poder, acho que são coisas que afetam diretamente na forma como as pessoas executam as suas atividades e como elas se relacionam [...] como as emoções são diversas elas afetam de formas diversas. As emoções afetam positivamente, pensando na questão do engajamento, quando elas se identificam com algo e se sentem felizes, a tendência é que engajem mais, sejam mais comprometidas [...] é bem amplo a forma como influência [...], mas com certeza impacta e as relações de poder também. (E1)

> Percebo de um lado, como positivo [...] por exemplo de ansiedade, isso gera uma situação de maior produtividade dentro da equipe, ou uma maior cobrança minha em relação ao maior grupo de resultado [...] então é um lado positivo das emoções, mas também tem o lado negativo para tentar equilibrar essas emoções negativas [...] uma tristeza por exemplo, uma situação que a pessoa não conseguiu fazer uma entrega ou que ela está com algum problema pessoal [...] ela pode expor isso perante o time e isso gerar um sentimento de comoção [...] Então, as emoções tem interferências positivas e negativas no dia a dia do trabalho. (E4)

> Eu trabalhava com medo de errar [...] eu ouvia certas coisas que me chateava [...] eu trabalhei com medo e a maioria das pessoas também, porque era um sentimento mútuo [...] a maioria das pessoas estavam insatisfeitas com a chefia, porque a chefia não valorizava, a chefia não tentava compreender [...] a chefia não se preocupava com o adoecimento do outro, principalmente adoecimento mental. (E2)

As falas dos entrevistados estão em conformidade com a literatura existente. Os avanços em pesquisas evidenciam que os estados emocionais dos indivíduos, especialmente dos líderes, impactam significativamente o ambiente de trabalho e as pessoas nele envolvidas. Esses estados emocionais podem gerar entusiasmo, motivação e comprometimento, ou, por outro lado, trazer impactos negativos. A influência do humor do líder sobre as emoções dos membros da equipe é explicada pela característica de circuito aberto do sistema emocional cerebral. (Floman et al., 2024; Friedman; Riggio, 1981; Goleman, 2015; Goleman, Boyatzis; McKee, 2018).

Tradicionalmente, os ambientes de trabalho eram vistos como propícios ao uso da razão e inapropriados para manifestações emocionais (Pires, 2010). No entanto, ao longo do tempo, estudos de pesquisadores como Elfenbein (2007, 2022), Hochschild (1979, 1983), Morais et al. (2014), Pestana, Sauerbronn e Morais (2011) e Pires (2010) conferiram maior legitimidade às emoções no contexto corporativo.

Uma variedade de estudos discorre sobre o trabalho no mundo globalizado e as consequências de negligenciar emoções nos ambientes organizacionais (Warpechowski, 2018). A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) relatou, em 2015, que um em cada cinco trabalhadores sofre de doenças mentais e metade das pessoas pode apresentar algum adoecimento mental ao longo da vida. No Brasil, entre 2012 e 2016, adoecimentos mentais foram a terceira maior causa de afastamento entre trabalhadores (Chagas, 2017). Em Portugal, o relatório "Saúde Mental em Números" de 2014 declarou que transtornos mentais afetavam mais de um quinto da população (Direção-geral da Saúde, 2014).

Gonzaga e Monteiro (2011), em um estudo com 30 gestores brasileiros, investigaram a relação entre IE e qualidade de vida. Os resultados mostraram que a percepção emocional dos líderes está relacionada à sua qualidade de vida, destacando a importância das emoções positivas para o bem-estar. Pesquisas de Boyatzis (2018), Camuffo, Gerli e Gubitta (2012), Dreyfus (2008) e Spencer et al. (2007) também demonstraram a importância da IE para um desempenho eficaz nos ambientes de trabalho.

Paula et al. (2021) através do seu estudo qualitativo em um hospital do interior do estado do Paraná, cujo objetivo era a compreensão das reações e sentimentos dos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da COVID-19, obteve como resultados sentimentos de medo, ansiedade, obrigação, apreensão com a morte, tristeza, discriminação, solidão, incertezas e dúvidas em relação ao futuro. Desta forma, pode-se constatar que os estudos citados endossaram os achados encontrados nesta pesquisa.

Floman et al. (2024) demonstraram que a regulação emocional dos líderes tem um impacto positivo significativo no bem-estar dos professores, especialmente em um período de crise como o provocado pela pandemia da COVID-19. O apoio emocional dos líderes foi particularmente benéfico para aqueles professores que foram mais severamente afetados pela pandemia. Utilizando a teoria do contágio emocional, os autores exploraram como a capacidade dos líderes de gerenciar suas próprias emoções pode desencadear uma reação em cadeia, propagando emoções positivas ou negativas por toda a organização. Eles também consideraram a teoria da conservação de recursos, que sugere que a preservação e o fortalecimento dos recursos emocionais e psicológicos dos indivíduos são essenciais para o bem-estar e o desempenho organizacional. Este estudo sublinha a importância da regulação emocional e do apoio emocional por parte dos líderes, especialmente em tempos de crise, e

como essas práticas podem influenciar positivamente o ambiente de trabalho e o bem-estar dos colaboradores.

As emoções se difundem inevitavelmente sempre que pessoas se agrupam, mesmo que o contato seja não verbal, podendo alterar a fisiologia humana e, consequentemente, as emoções (Berkman; Leo-Summers; Horwitz, 1992; Friedman; Riggio, 1981; Lewis; Amini; Lannon, 2000). Esse fenômeno, chamado de espelhamento, ocorre intensamente em situações de conflito, na presença de raiva e mágoa, mas, também, durante interações agradáveis. O espelhamento se torna menos evidente em discussões emocionalmente neutras.

Quando pessoas trabalham em grupo, inevitavelmente captam as emoções umas das outras, e quanto maior a harmonia do grupo, mais forte o compartilhamento (Kelly; Barsade, 2001). Estados emocionais positivos estimulam a cooperação, o trabalho em equipe e a imparcialidade, favorecendo o desempenho organizacional (Barsade; Gibson, 1998; Bartel; Saavedra, 2000; Goleman; Boyatzis; McKee, 2018).

Uma pesquisa de Bartel e Saavedra (2000) demonstrou que durante reuniões empresariais, os participantes compartilhavam seus estados emocionais em até duas horas. Enfermeiros e contadores monitorados ao longo de semanas, enquanto trabalhavam juntos, exibiram emoções semelhantes (Totterdell et al., 1998). Estudos com equipes esportivas realizados por Totterdell (2000) mostraram resultados semelhantes. Pesquisa da Escola de Administração da Universidade de Yale, conduzida por Barsade e Gibson (1998), comprovou que, em grupos de trabalho, a animação e a alegria se propagam mais facilmente, enquanto a irritabilidade e a depressão têm menor transmissão.

De acordo com Goleman, Boyatzis; McKee (2018) e Havers (2010), a habilidade em lidar com as emoções afeta diretamente os estilos de liderança, podendo promover um ambiente emocionalmente positivo ou negativo e de alto ou baixo desempenho. Líderes com sólidas habilidades de IE tendem a usar estilos de liderança que melhoram o clima organizacional. Esses estilos resultam em maior desempenho organizacional, excelência operacional, fidelidade do cliente/paciente, desempenho financeiro e atração e retenção de talentos. Em contrapartida, líderes com baixa capacidade socioemocional tendem a utilizar estilos de liderança modelador e coercitivo. Esses estilos, frequentemente, ignoram os membros da equipe, provocando desarmonia, resistência à implementação de novas ideias, clima negativo e desempenho insatisfatório em geral.

A pesquisa conduzida por Hansen et al. (2018) investigou a relação entre a IE e o engajamento no trabalho em 135 gestores do estado do Rio Grande do Sul, concluindo que há uma forte associação entre IE e níveis elevados de engajamento profissional. Conforme Goleman (2015) e Goleman, Boyatzis e McKee (2018), líderes eficazes frequentemente demonstram alta motivação e são capazes de gerenciar suas emoções de maneira a impactar positivamente toda a organização, especialmente em um ambiente competitivo marcado por rápidas transformações tecnológicas. A habilidade de gestão emocional dos líderes facilita sua adaptação a essas mudanças.

Os participantes da pesquisa destacaram os profundos impactos das emoções no ambiente de trabalho, particularmente nos setores de saúde, onde o foco da atividade é diretamente o ser humano. Profissionais nessas áreas necessitam de habilidades emocionais como empatia, flexibilidade, comunicação assertiva, além da capacidade de compreender e regular seus próprios sentimentos e os dos outros. Durante a pandemia, esse contágio emocional pareceu intensificado, exacerbando emoções de valência negativa e sublinhando a importância da IE.

A análise das respostas dos entrevistados revelou que indivíduos com maior competência socioemocional contribuem significativamente para um ambiente de trabalho harmonioso e leve, beneficiando a dinâmica organizacional. Por outro lado, a ausência dessas habilidades resulta em um desgaste emocional severo, com impactos negativos na

produtividade, engajamento, relações interpessoais, atendimento ao cliente/paciente e na saúde mental e emocional dos profissionais.

5 CONCLUSÃO

Diante do cenário dinâmico e contínuo das transformações nos sistemas de saúde, há um crescente interesse e pesquisa em IE como evidenciado por este estudo. Os objetivos foram alcançados ao explorar a compreensão dos gestores de saúde sobre a IE, evidenciando sua relevância em ambientes públicos e privados. Por intermédio das entrevistas, foi demonstrado que a IE contribui para um ambiente mais harmonioso e produtivo, promovendo cooperação, comunicação eficaz, cuidado humanizado e melhorando a saúde mental dos profissionais de saúde.

Além disso, os resultados sublinham a urgência de investimentos em estratégias de aprendizagem socioemocional, especialmente diante dos desafios que imergiram no contexto da pandemia ocasionada pela COVID-19. Este estudo contribui cientificamente para a compreensão do construto da IE e sugere a inclusão de disciplinas relacionadas ao desenvolvimento socioemocional nos currículos de graduação da saúde. A participação dos gestores na pesquisa facilitou o diálogo, ampliou conhecimentos e estimulou reflexões sobre melhorias organizacionais, apesar das limitações de amostra específica identificadas.

Este estudo reconheceu como limitações o fato de os participantes entrevistados serem exclusivamente egressos e alunos de um único programa de mestrado, predominantemente gestores de serviços públicos de saúde. Sugere-se que uma amostra mais diversificada de gestores de saúde poderia enriquecer o estudo com informações adicionais.

Para futuras pesquisas, recomenda-se a implementação de treinamentos específicos, novas análises sobre IE e a medição de impactos no ambiente de trabalho, além da utilização de técnicas adicionais de coleta de dados para aprofundar as análises realizadas.

5 REFERÊNCIAS

ACKERMAN, P. L.; HEGGESTAD, E. D. Intelligence, personality, and interests: Evidence for overlapping traits. **Psychological Bulletin**, v. 121, n. 2, p. 219–245. DOI: https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.2.219. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9100487/. Acesso em: 15 jul. 2024.

ALVES, J. A. C.; RIBEIRO, C.; CAMPOS, S. A inteligência Emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbrav. 3, n. 7, p. 33-42, jul. 2012. DOI http://dx.doi.org/10.12707/RIII1199. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200004. Acesso em: 17 mar. 2021.

AMARAL, A. E. E. H. B. Gestão de pessoas. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 553-585.

ANDRADE NETA, N. F.; GARCIA, E. G.; GARGALLO, I. S. A Inteligência Emocional no âmbito acadêmico: uma aproximação teórica e empírica. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 26, n. 52, p. 11-22, jan./mar. 2008. Disponível em: https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/19807. Acesso em: 29 set. 2021.

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 835-840, dez. 2007. Número Especial. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea16.pdf. Acesso em: 17 mar. 2021.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M.J.P.; SIMONE, G.G.; TORALES, G.M.G. Emotional intelligence in the work of palliative cares teams. **Revista BioeThikos**, São Camilo, v. 6, n. 1, p. 58-65, 2012. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/91/a06.pdf. Acesso em: 17 mar. 2021.

BAR-ON, R. The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). **Psicothema**, Oviedo, v. 18, p. 13-25, 2006. Supplement. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17295953/. Acesso em: 29 set. 2021.

BAR-ON, R. **The emotional intelligence inventory (EQ-I)**: technical manual. Toronto: Multi-Health Systems, 1997. 216 p

BARSADE, S. G.; GIBSON, D. E. Group emotion: a view from top and bottom. In: GRUENFELD, D.H.; MANNIX, E. A.; NEALE, M. A. (ed.). **Research on managing groups and teams**. Stamford, CT: JAI Press, 1998. p. 81–102.

BARTEL, C. A.; SAAVEDRA, R. The collective construction of work group moods. **Administrative Science Quarterly**, Ithaca, v. 45, n. 2, p. 197-231, 2000. DOI https://doi.org/10.2307/2667070. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/2667070. Acesso em: 20 abr. 2022.

BERKMAN, L. F.; LEO-SUMMERS, L.; HORWITZ, R. I. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 117, n. 12, p. 1003-1009, dec. 1992. DOI 10.7326/0003-4819-117-12-1003. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1443968/. Acesso em: 14 mar. 2021.

BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-54, nov. 2011. DOI https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/7vSzM8H97xfXvyPGjT9J3Sj/?lang=pt. Acesso em: 20 mar. 2021.

BLOISE, M. S. **Os gerentes de unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro**: perfil, vivências e desafios. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

BOYATZIS, R. E. The Behavioral level of emotional intelligence and its measurement. Frontiers in Psychology, **Pully**, v. 9, n. 1438, p. 1-12, aug. 2018. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01438. Disponível em: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01438/full. Acesso em: 6 maio 2022.

CAMUFFO, A.; GERLI, F.; GUBITTA, P. Competencies matter: modeling effective entrepreneurship in northeast of Italy small firms. **Cross Cultural Management**: An

international Journal, London, v. 19, n. 1, p. 48-66, 2012. DOI: https://doi.org/10.1108/13527601211195628. Disponível em: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/13527601211195628/full/html. Acesso em: 7 maio 2022.

CHAGAS, P. V. **Transtornos mentais são terceira maior causa de afastamento do trabalho**. Agência Brasil, Brasília, 26 abr. 2017. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/ noticia/2017-04/transtornos-mentais-sao-terceiramaior-causa-de-afastamento-do-trabalho. Acesso em: 7 maio 2022.

CECILIO, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, mar. 2010. DOI https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/7NZYv8HbMRH5rrNkzBTcDKv/?lang=pt. Acesso em: 17 mar. 2021.

CODIER, E.; CODIER, D. A model for the role of emotional intelligence in patient safety. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, Mumbai, v. 2, n. 2, p. 112-117, apr./june 2015. DOI https://doi.org/10.4103/2347-5625.157594. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123476/. Acesso em: 20 mar. 2021.

CROSKERRY, P.; ABBASS, A.; WU, A. W. Emotional influences in patient safety. **Journal of Patient Safety**, Philadelphia, v. 6, n. 4, p. 199-205, dec. 2010. DOI https://doi.org/10.1097/pts.0b013e3181f6c01a. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21500605/. Acesso em: 18 mar. 2021.

DAVOGLIO, T. R.; SANTOS, B. S. Motivação docente: reflexões acerca do construto. **Avaliação**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 772-792, nov. 2017. DOI https://doi.org/10.1590/S1414-407720170003000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/aval/a/QVw5F5DR3LdKSCfMs6jQTQq/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 6 maio 2022.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Saúde Mental em números – 2014**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2014.

DREYFUS, C. R. Identifying competencies that predict effectiveness of R&D managers. **Journal of Management Development**, Bradford, v. 27, n. 1, p. 76- 91, 2008. DOI https://doi.org/10.1108/02621710810840776. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228969694_Identifying_competencies_that_predict_effectiveness_of_RD_managers. Acesso em: 7 maio 2022.

EISENBERGER, N. I. Social pain and the brain: Controversies, questions, and where to go from here. **Annual Review of Psychology**, v. 66, p. 601–629, 2015. DOI:10.1146/annurev-psych-010213–115146. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25251482/. Acesso em: 15 jul. 2024.

ELFENBEIN, H. A. Emotion in organizations: a review and theoretical integration. **The Academy of Management Annals**, New York, v. 1, n. 1, p. 315-386, 2007. DOI https://doi.org/10.1080/078559812. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/2011-23231-007. Acesso em: 20 abr. 2022.

ELFENBEIN, H. A. Emotion in organizations: theory and research. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto, p. 1-69, feb. 2022. DOI http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4028773. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4028773. Acesso em: 20 abr. 2022.

FERNÁNDEZ-BERROCAL, P.; EXTREMERA, N. Emotional intelligence: a theoretical and empirical review of its first 15 years of history. **Psicothema**, Oviedo, v. 18, p. 7-12, 2006. Supplement. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17295952/. Acesso em: 13 mar. 2021.

FLANAGAN, D. P.; MCGREW, K. S.; ORTIZ, S. O. **The Wechsler Intelligence Scales and Gf-Gc theory**: A contemporary approach to interpretation. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 2000.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 164 p.

FOLMAN, J. L.; PONNOCK, A.; JAIN, J.; BRACKETT, M. A. Emotionally intelligent school leadership predicts educator well-being before and during a crisis. **Frontiers in Psychology**, v. 14, p. 1-25, 2024. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1159382. Disponível em: https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1159382/full. Acesso em: 15 jul. 2024.

FREDERICKSON, N.; PETRIDES, K. V.; SIMMONDS, E. Trait emotional intelligence as a predictor of socioemotional outcomes in early adolescence**. Personality and Individual Differences**, London, v. 52, p. 323–328, 2012. DOI https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.034. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886911004892. Acesso em: 5 maio 2022.

FRIEDMAN, H. S.; RIGGIO, R. E. Effect of individual differences in nonverbal expressiveness on transmission of emotion. **Journal of Nonverbal Behavior**, New York, v. 6, n. 2, p. 96-104, dec. 198I. DOI https://doi.org/10.1007/BF00987285. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/BF00987285. Acesso em: 18 abr. 2022

GARDNER, H. **Frames of mind**: the theory of multiple intelligences. New York: Basic Books, 1983. 440 p.

GARDNER, H. **Inteligências múltiplas**: a teoria na prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 346 p.

GOLEMAN, D. **Inteligência Emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1996. 375 p.

GOLEMAN, D. **Liderança**: a Inteligência Emocional na formação do líder de sucesso. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015. 144 p.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R.; DAVIDSON, R. J.; DRUSKAT, V.; KOHLRIESER, G. **Emotional self-awareness**: a primer. (Building blocks of emotional intelligence, Book 1). Florence: More Than Sound, 2018. E-book Kindle.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R.; McKEE, A. **O poder da Inteligência Emocional**: como liderar com sensibilidade e eficiência. São Paulo: Objetiva, 2018. E-book Kindle.

GONZAGA, A. R.; MONTEIRO, J. K. Inteligência Emocional e qualidade de vida em gestores brasileiros. **Avaliação Psicológica**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 117-127, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000200003. Acesso em: 13 maio 2022

HANSEN, R.; FABRICIO, A.; ROTILI, L. B.; LOPES, L. F. D. Inteligência Emocional e engajamento no ambiente de trabalho: estudo empírico a partir de gestores e equipes. **Revista Gestão Organizacional**, Chapecó, v. 11, n. 1, p. 3-24, jan./abr. 2018. DOI https://doi.org/10.22277/rgo.v11i1.3980. Disponível em: http://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/3980. Acesso em: 07 maio 2022.

HARVARD BUSINESS REVIEW ANALYTIC SERVICES (HBR-AS). **The EI Advantage: driving innovation and business success through the power of emotional intelligence**. Toronto: Four Seasons Hotels and Resorts, 2019. Disponível em: https://hbr.org/resources/pdfs/comm/fourseasons/TheEIAdvantage.pdf. Acesso em: 15 set. 2020.

HAVERS, G. **EI at the heart of performance**: the implications of our 2010 ESCI research. Boston: Hay Group, 2010. (Research Report).

HOCHSCHILD, A. R. Emotion work, feeling rules, and social structure. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 85, n. 3, p. 551-575, nov. 1979. Disponível em: https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/227049. Acesso em: 6 maio 2022.

HOCHSCHILD, A. R. **The managed heart**: commercialization of human feeling. Berkeley: University of California Press, 1983.

ISBELL, L. M.; BOUDREAUX, E. D.; CHIMOWITZ, H.; LIU, G.; CYR, E.; KIMBALL, E. What do emergency department physicians and nurses feel? A qualitative study of emotions, triggers, regulation strategies, and effects on patient care. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 29, n. 10, p. 1-2, oct. 2019. DOI https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010179. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/29/10/1.5. Acesso em: 10 mar. 2021.

IZARD, C. E. The many meanings/aspects of emotion: Definitions, functions, activation, and regulation. **Emotion Review**, v. 2, p. 363–370, 2010. DOI:10.1177/1754073910374661. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1754073910374661. Acesso em 15 jul 2024.

JESUS, E. O.; DAMIÃO, W. S.; OLIVEIRA, E. D.; CARVALHO, L. S. A importância da inteligência emocional no ambiente corporativo na visão de jovens universitários. In: OLIVEIRA, E. J.; DAMIÃO, W. S.; OLIVEIRA, E. D. (org.). **Gestão estratégica**. Belo Horizonte: Poisson, 2020. p. 46-57.

KELLY, J. R.; BARSADE, S. Mood and emotions in small groups and work teams. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, San Diego, v. 86, n. 1, p. 99–

130, sept. 2001. DOI https://doi.org/10.1006/obhd.2001.2974. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/222829420_Mood_and_Emotions_in_Small_Groups_and_Work_Teams. Acesso em: 18 abr. 2022.

LEWIS, N. J.; REES, C. E.; HUDSON, J. N.; BLEAKLEY, A. Emotional intelligence medical education: measuring the unmeasurable? **Advances in Health Sciences Education: theory and practice**, [Dordrecht], v. 10, n. 4, p. 339-355, nov. 2005. DOI https://doi.org/10.1007/s10459-005-4861-0. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16362622/. Acesso em: 10 mar. 2021.

LEWIS, T.; AMINI, F.; LANNON, R. **A general theory of love**. New York: Random House, 2000.

LIN, D. T.; LIEBERT, C. A.; TRAN, J.; LAU, J. N.; SALLES, A. Emotional intelligence as a predictor of resident well-being. **Journal of the American College of Surgeons**, Chicago, v. 223, n. 2, p. 352-358, aug. 2016. DOI https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.04.044. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27182037/Acesso em: 17 mar. 2021.

LOBÃO, M. J. N. A importância da Inteligência Emocional para a prática médica do internista no futuro. **Medicina Interna**, Lisboa, v. 27, n. 4, p. 328-333, dez. 2020. DOI http://dx.doi.org/10.24950/Revisao/MJLobao/4/2020. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2020000500010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2021.

LORENZETTI, J.; LANZONI, G. M. M.; ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, abr./jun. 2014. DOI https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 mar. 2021.

MARIN, A. H.; SILVA, C. T.; ANDRADE, E. I. D.; BERNARDES, J.; FAVA, D. C. Competência socioemocional: conceitos e instrumentos associados. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 92-103, dez. 2017. DOI https://doi.org/10.5935/1808-5687.20170014. Disponível em: https://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=255#:~:text=Resumo%3A,estar%20ao%20longo%20da%20vida. Acesso em: 6 maio 2022.

MAVROVELI, S.; SÁNCHEZ-RUIZ, M. J. Trait emotional intelligence influences on academic achievement and school behaviour. **British Journal of Educational Psychology**, Leicester, v. 81, p. 112–134, mar. 2011. DOI: https://doi.org/10.1348/2044-8279.002009. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21199490/. Acesso em: 4 maio 2022.

MAYER, J. D. What is emotional intelligence? **UNH Personality**, Hamphire, n. 8, p. 1-15, 2004. Disponível em: https://scholars.unh.edu/personality_lab/8/. Acesso em: 22 abr. 2022.

MAYER, J. D.; CARUSO, D.; SALOVEY, P. Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for an Intelligence. Intelligence, v. 27, n. 4, p. 267-298, 1999. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0160-2896(99)00016-1. Disponível em:

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0160289699000161. Acesso em: 15 jul. 2024.

MAYER, J. D.; CARUSO, D.; SALOVEY, P. The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. **Emotion Review**, v. 8, n. 4, p. 290–300, 2016. DOI: https://doi.org/10.1177/1754073916639667. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1754073916639667. Acesso em: 15 jul. 2024.

MAYER, J. D.; DIPAOLO, M.; SALOVEY, P. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. **Journal of Personality Assessment**, [Burbank], v. 54, n. 3-4, p. 772-781, 1990. DOI 10.1080/00223891.1990.9674037. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2348356/. Acesso em: 1 mar. 2021.

MAYER, J. D.; SALOVEY, P. What is emotional intelligence? In: SALOVEY, P.; SLUYTER, D.J. (ed.). **Emotional development and emotional intelligence**: implications for educators. New York: Basic Books, 1997. p. 3-31.

MAYER, J. D.; SALOVEY, P.; CARUSO, D. R. **Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual**. Toronto: MHS, 2002. 110 p.

MAYER, J. D.; SALOVEY, P.; CARUSO, D. R.; SITARENIOS, G. Emotional intelligence as a standard intelligence. **Emotion**, Washington, v. 1, n. 3, p. 232-242, sept. 2001. DOI https://doi.org/10.1037//1528-3542.1.3.232-242. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12934682/. Acesso em: 1 mar. 2021.

MAYER, J. D.; SALOVEY, P.; CARUSO, D. R. Emotional intelligence: theory, findings, and implications. **Psychological Inquiry**, Hershey, v. 15, n. 3, p. 197-215, nov. 2004b. DOI https://doi.org/10.1207/s15327965pli1503_02. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/20447229. Acesso em: 22 abr. 2022.

MAYER, J. D.; SALOVEY, P.; CARUSO, D. R. A further consideration of the issues of emotional intelligence. **Psychological Inquiry**, Essex, v. 15, n. 3, p. 249-255, 2004a. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/20447235. Acesso em: 6 maio 2022.

MCGREW, K. S. CHC theory and the Human Cognitive Abilities Project: Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research. **Intelligence**, v. 37, n. 1, p. 1–10, 2009. DOI:10.1016/j.intell.2008.08.004. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0160289608000986. Acesso em: 15 jul 2024.

MENDONÇA, M. H. M.; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, ago. 2010. DOI http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 mar. 2021.

MORAIS, F. J.; SAUERBRONN, J. F. R.; OLIVIERA, J. S.; PESTANA, F. N. Gestão das emoções em ambiente de serviços: uma análise do trabalho emocional dos operadores em uma central de atendimento telefônico. In: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS

DA ANPAD, 8., 2014, Gramado. **Anais [...]**. Gramado: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração/ANPAD, 2014. p. 1-16

NEISSER, U.; BOODOO, G.; BOUCHARD, Jr.; THOMAS, J.; BOYKIN, A. W.; BRODY, N.; CECI, S. J.; HALPERN, D. F.; LOEHLIN, J. C.; PERLOFF, R.; STERNBERG, R. J.; URBINA, S. Intelligence: knowns and unknowns. **American Psychologist**, Washington, v. 51, n. 2, p. 77-101, feb. 1996. DOI https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.2.77. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1996-02655-001. Acesso em: 20 mar. 2021.

OLIVEIRA, D. S. Competências da Inteligência Emocional: um estudo sobre a influência nos processos de feedback. **Revista Científica Digital**, Porto Alegre, n. 2, p. 18-31, 2018. Disponível em: https://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index.php/folio/article/view/664. Acesso em: 1 jun. 2019

PAIVA, R. A.; RANDOW, R.; DINIZ, L. P.; GUERRA, V. A. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, p. 181-184, 2018. Suplemento 5. DOI: https://doi.org/10.5935/2238-3182.20180135. Disponível em: http://rmmg.org/artigo/detalhes/2455. Acesso em: 12 mar. 2021.

PESTANA, F. N.; SAUERBRONN, J. F. R.; MORAIS, F. J. Reforma administrativa do Estado e trabalho emocional: um estudo a respeito da gestão das emoções realizada por servidores do INSS. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, [S.l.], v. 10, n.30, p. 532-565, dez. 2011. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/rbse/RBSE%20v10%20n30%20dez2011%20em%20pdf.pdf. Acesso em: 6 maio 2022.

PIRES, A. B. **Emoções no trabalho**: um estudo com gerentes médios da área de recursos humanos. 2010. Dissertação (Mestrado em Administração) – Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

REBELO, A. C. J. **Inteligência Emocional dos profissionais de saúde da rede nacional de cuidados continuados integrados**. 2012. Dissertação (Mestrado em Gestão) – Universidade Católica Portuguesa, Viseu, 2012.

REIS, Y. A. C.; CESSE, E. A. P.; CARVALHO, E. F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. 157-72, nov. 2010. Supl. 1. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/yLRmFYPWgXXcdDLm63ZZVzD/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 mar. 2021.

ROLFHUS, E. L.; ACKERMAN, P. L. Assessing individual differences in knowledge: Knowledge, intelligence, and related traits. **Journal of Educational Psychology**, v. 91, n. 3, p. 511–526, 1999. https://doi.org/10.1037/0022-0663.91.3.511. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1999-11091-008. Acesso em: 15 jul. 2024.

SALOVEY, P.; MAYER, J. D. Emotional intelligence. Imagination, Cognition and Personality, **Farmingdale**, v. 9, n. 3, p. 185-211, mar. 1990. DOI https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG. Disponível em:

https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG. Acesso em: 1 mar. 2021.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, ago. 2014. DOI https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000400622&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 mar. 2021.

SCHNEIDER, W. J.; NEWMAN, D. A. Intelligence is multidimensional: Theoretical review and implications of specific cognitive abilities. ***Human Resource Management Review**, v. 25, n.* 1, p. 12–27, 2015. https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2014.09.004. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/2014-53077-001. Acesso em: 15 jul. 2024

SCHWARZ, N. Feelings as information: Informational and motivational functions of affective states. In: HIGGINS, E. T; SORRENTINO, R. M. (Eds.). **Handbook of motivation and cognition**: Foundations of social behavior. The Guilford Press, 1990. v. 2, pp. 527–561,

SILVA, Y.C.; ROQUETE, F. F. Competências de gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 58, p. 2-12, jan./mar. 2013. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-704500. Acesso em: 12 mar. 2021.

SPENCER, S.M.; RAJAH, T.; NARAYAN, S. A.; MOHAN, S.; LAHIRI, G. **The Indian CEO**: a portrait of excellence. Los Angeles: Sage, 2007.

TOTTERDELL, P. Catching moods and hitting runs: mood linkage and subjective performance in professional sport teams. **Journal of Applied Psychology**, Washington, v. 85, n. 6, p. 848-859, dec. 2000. DOI: https://doi.org/10.1037//0021-9010.85.6.848. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/2000-16508-002. Acesso em: 19 abr. 2022.

TOTTERDELL, P.; KELLETT, S.; TEUCHMANN, K.; BRINER, R. B. Evidence of mood linkage in work groups. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 74, n. 6, p. 1504-1515, 1998. DOI: https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1504. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1998-02892-007. Acesso em: 19 apr. 2022

VALLE, P. B. **Inteligência Emocional no trabalho**: um estudo exploratório. 2006. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Economia E Finanças IBMEC, Rio de Janeiro, 2006.

VATANDOOST, M.; LITKOUHI, S. The future of healthcare facilities: how technology and medical advances may shape hospitals of the future. **Hospital Practices and Research**, Tehran, v. 4, n. 1, p. 1–11, feb. 2019. DOI: https://doi.org/10.15171/HPR.2019.01. Disponível em: http://www.jhpr.ir/article_84115.html. Acesso em: 10 mar. 2021.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2016. 104 p.

VILELA, A. C. L. **Capacidades da inteligência Emocional em enfermeiros**: validação de um instrumento de medida. 2006. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) - Universidade de Aveiro, Aveiro, 2006

WARPECHOWSKI, A. C. M. Inteligência Emocional no ambiente de trabalho do século XXI. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, [S.l.], v. 4, n. 6, p. 809-845, 2018. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2018/6/2018_06_0809_0845.pdf. Acesso em: 7 maio 2022.

WOYCIEKOSKI, C.; HUTZ, C. S. Inteligência Emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 1-11, 2009. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000100002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2021.

FEEDBACKS EM AMBIENTES VIRTUAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIAS NO CURSO TÉCNICO DE FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DE COMBATE A ENDEMIAS DO PROJETO SAÚDE COM AGENTE

Renato Rodrigues da Silva, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, FUMEC

Williams Emerson dos Santos, Mestre em Educação em Ciências da Saúde, CEAM

Lorene Almeida Tiburtino da Silva, Doutora em Desenvolvimento Local, UCDB

Patricia Elaine Gonçalves Tozzo, Doutora em Odontologia Preventiva e Social, UNINOVE

Maria Cristina de Lima Teixeira, Especialista em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS, ULBRA

Sergio Wilson de Araujo, Mestre em Educação, UFVJM

RESUMO: A Educação à Distância tem sido usada de forma ampla para formar pessoas para além das barreiras físicas e temporais. O tutor possui papel relevante no processo de ensino-aprendizagem e um de seus papéis é fornecer o feedback para os alunos. Esse artigo apresenta o relato de experiência dos autores no projeto Saúde com Agente que buscou formar Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates a Endemias em um curso online oferecido em 2022 e 2023 pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Os resultados apontam para a importância do feedback na formação desses profissionais, a necessidade de adequar a interação para o objetivo previsto, os conflitos que existem na relação e oportunidades de preencher lacunas em novas ofertas da formação, bem como reduzir a evasão nos cursos.

PALAVRAS-CHAVE: educação à distância; feedback; tutoria.

1 Introdução

A Educação à Distância (EAD) tem sido amplamente adotada como estratégia educacional para formar pessoas em diversos níveis como em cursos de curta duração, graduação e pós-graduação. Seu surgimento é datado do início do século XIX quando cursos por correspondência foram realizados na Inglaterra, Estados Unidos e Suécia (Martins, 2020).

De modo geral, a literatura considera que EAD é uma modalidade de ensino caracterizada pela não necessidade de que professor e aluno não ocupem o mesmo espaço físico, além disso há o uso de tecnologia para mediar o processo de ensino-aprendizagem. Esse conceito é apresentado no Decreto 5.622, de 19 de dezembro de 2005, que regulamentou a EAD no país (Brasil, 2005; Martins, 2020).

A EAD por não exigir que o professor e aluno compartilhem do mesmo espaço físico e pelo uso de tecnologias, exige que haja uma estrutura de suporte para facilitar o processo de ensino. Para tanto, a figura do tutor é muito importante e pode ser compreendida como aquele que orienta e colabora. (Crepaldi & Santos, 2021).

Um dos papéis esperados do tutor é a sua interação com os alunos nos ambientes virtuais e a promoção do feedback em relação às atividades propostas e ao processo de ensino aprendizagem. Os autores relatam ainda que o feedback é capaz de motivar o aluno a continuar

os estudos, reduzindo, portanto, a evasão dos cursos EAD. Dessa forma é esperado que os tutores exerçam um papel ativo, em tempo razoável, com qualidade e que apontem para uma crítica construtiva, permitindo ao aluno entender seu desempenho e os pontos que precisa de mais atenção (Hatte, Ribas & Paulo, 2014).

A educação em saúde possui importância social para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde. Dentro da organização das ações para capacitação dos profissionais de saúde ao longo da sua atuação temos a Educação Permanente em Saúde (EPS) que pode ser compreendida como "aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho". (Brasil, 2006).

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel central na lógica das Redes de Atenção à Saúde e é exercida por profissionais de diversas formações e atuações. Considerando que a atuação da APS é feita por equipe multiprofissional, destaca-se dois profissionais que são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE). A partir do papel central dos dois atores na Estratégia de Atenção Básica, faz-se necessário desenvolver ações de educação permanente (Brasil, 2017; Brasil, 2020).

Tendo como base o contexto apresentado, o presente artigo propõe realizar o relato de experiência dos autores - que foram tutores no respectivo projeto -, com o processo de feedback durante o curso com o objetivo de contribuir para a reflexão prática da atuação e oportunizar melhorias e outras discussões sobre o papel desse agente no processo de ensino e aprendizagem. Esse trabalho se justifica pela necessidade de contribuir com implicações práticas na organização e funcionamento de cursos EAD semelhantes e por se tratar de um projeto novo que ainda é pouco explorado no meio científico e que possui potencial de contribuir com a prática dos Agentes em suas realidades nos territórios.

2 Fundamentação Teórica

2.1 Conceitos, História e Fundamentos da Educação à Distância

Educação a Distância (EaD) é uma modalidade de ensino/aprendizagem em que professores e alunos não estão fisicamente presentes, mas podem se conectar por meio de tecnologias, especialmente as telemáticas, como a Internet, para facilitar a comunicação e o aprendizado à distância, havendo uma interação entre a EaD com às Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) (Matos, *et. al*., 2021).

O método de ensino a distância teve como uma de suas primeiras notícias documentadas em 1728, o anúncio de aulas por correspondência publicado no Gazette de Boston, nos Estados Unidos, em que Caleb Philips foi mencionado como o pioneiro nesse novo método, enviando lições semanais para os alunos inscritos, marcando assim o início oficial do ensino à distância registrado historicamente (Beirão, Carvalho & Oliva; 2023).

No que se refere a Educação a Distância (EaD) no Brasil pode ser resumida em três momentos históricos, no primeiro remonta às Escolas Internacionais em 1904 e à Rádio Sociedade do Rio de Janeiro em 1923; na intermediária é caracterizada pelo surgimento do Instituto Monitor em 1939 e do Instituto Universal Brasileiro em 1941. E a fase moderna com três organizações: a Associação Brasileira de Teleducação (ABT), o Instituto de Pesquisas Espaciais Avançadas (IPAE) e a Associação Brasileira de Educação a Distância (ABED) (Crepaldi & Santos, 2021).

O processo de aprendizagem multidimensional requer técnicas específicas de planejamento de cursos, instrução e comunicação por meio de diversas tecnologias, além de exigir disposições organizacionais e administrativas especiais, na qual, as novas tecnologias, oferecem uma gama de ferramentas como chats, gamificação, fóruns, bibliotecas virtuais e conteúdo multimídia, impactando no ensino/aprendizagem (Rocha, 2022).

Salientando que a tecnologia por si só não é suficiente para promover a aprendizagem eficaz; é necessário adotar uma abordagem proativa, em que a tecnologia é usada de forma estratégica, integrando-a de maneira significativa ao processo educacional, um passo importante para seu impulso foi a regularização da Educação a Distância (EaD) pelo Decreto nº 5.622/2005, que regulamentou o artigo 80 da Lei nº. 9.394/1996, estabelecendo diretrizes para essa modalidade educacional (Vriesmann, 2021).

A partir dessa regulamentação, a transmissão dos cursos EaD passou a predominância da internet, utilizando redes de conferência por computador e estações de trabalho multimídia, facilitando o contato entre professores e alunos; as legislações subsequentes, como o Decreto n° 5.773/2006, o Decreto nº 6.303/2007 e a Portaria nº 10/2009, também incluíram a EaD, refletindo a sua crescente importância nas políticas educacionais (Rocha, 2022).

2.2 Papel do Tutor na Educação à Distância e os *feedbacks*

Na Educação a Distância, o tutor desempenha um papel crucial no sucesso do ensino remoto, atuando como guia e incentivador da autonomia do aluno, além de facilitar a interação no Ambiente Virtual de Aprendizagem, em que o tutor deve estar em constante aprendizado, possuir habilidades técnicas, gerenciar conflitos, motivar os alunos, demonstrando habilidades de gestão de conflitos e compreensão do perfil do estudante (Mello, *et. al*., 2021).

No contexto EAD, o feedback dos professores é uma resposta sobre o desempenho dos alunos, com o intuito de melhorar o processo de aprendizagem, para motivar e estimular, reduzir a taxa de evasão. Devendo ser detalhado e individualizado, destacando pontos positivos e áreas de melhoria, transformar erros em oportunidades de aprendizado. Para os alunos, compreender seu desempenho, critérios de avaliação, sua progressão no curso é incentivadora para uma participação ativa nas interações no ambiente virtual (Hattge, Ribas & Paulo, 2014). A interação ativa do tutor com os alunos é crucial para o sucesso da educação a distância, em que esse profissional desempenha um papel de mediador, orientador e colaborador, com uma abordagem pedagógica centrada no aluno, com uma reflexão contínua sobre sua prática e formação, permitindo intervenções eficazes; com uma personalização da tutoria estimulando a participação e favorecendo uma aprendizagem significativa (Garcia, *et. al*., 2022).

As estratégias de feedback desempenham um papel crucial na motivação e na redução da evasão nos cursos EAD, em que o feedback, oferecido de forma construtiva e reflexiva, estimula a participação dos alunos, orientando-os no desenvolvimento das atividades e promovendo um ambiente de aprendizagem que valoriza o erro como oportunidade de crescimento, fortalecendo o vínculo afetivo e a permanência no curso (Hattge, Ribas & Paulo, 2014).

Quanto às intervenções e aprendizagens, Garrison et al. (2003; apud Real, Ziede, 2023), classificam nos seguintes perfis: presença de ensino, social e cognitiva. A presença de ensino é executada quando o professor/tutor partilha material (textos, bibliografias, etc), que geralmente já são disponibilizados no início do curso ou para complementação da discussão em grupo. Já a cognitiva se relaciona à capacidade dos estudantes em construírem conhecimentos e saberes através da reflexão e debate. Enquanto, a social se manifesta através das características individuais dos discentes, por meio de suas experiências e vivências parte da sua subjetividade e de seus sentimentos

2.3 Educação Permanente em Saúde (EPS) e Atenção Primária à Saúde (APS)

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma abordagem em constante evolução destinada aos profissionais da saúde, com o objetivo de manter os profissionais atualizados em conhecimentos, habilidades e atitudes, permitindo-lhes acompanhar as mudanças e avanços na

área da saúde, sendo agentes de transformação, contribuindo para melhorar o sistema de saúde e a qualidade dos serviços prestados (Brasil, 2006).

A EPS é fundamental para aprimorar os profissionais da área, oferecendo oportunidades contínuas de aprendizado e atualização, não só amplia seu conhecimento técnico e científico, mas também fortalece a ética em seu trabalho, beneficiando os serviços de saúde ao fomentar uma cultura de aprendizado nas instituições, promovendo reflexão, colaboração e inovação (Rocha, 2022).

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) melhora o acesso, a efetividade e a eficiência dos serviços de saúde, com uma abordagem integrada e centrada no paciente em toda a rede de atenção à saúde, sendo essencial está atrelada a EPS, em que a APS é essencial nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo ponto de entrada no sistema de saúde e nos diferentes níveis de atenção, com a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento e coordenação dos cuidados (Nunes, Silva & Campos, 2021).

2.4 Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) na APS

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham um papel essencial na Atenção Básica, agindo como intermediários entre a comunidade e os serviços de saúde. Suas tarefas englobam visitas domiciliares para detectar problemas de saúde, promover medidas preventivas e educativas, acompanhar famílias em situação de vulnerabilidade, orientar sobre acesso aos serviços de saúde e coletar dados epidemiológicos. Os Agentes de Combate às Endemias (ACE) também têm importância crucial, focalizando-se na luta contra doenças endêmicas, como dengue, zika e *chikungunya*, através de vigilância e controle de vetores (Mello, *et.al*., 2021).

Os ACS's e ACE's, com ensino fundamental completo e treinamento específico, são contratados pelos municípios para realizar visitas domiciliares. O ACS atua na identificação de problemas de saúde na comunidade, com ações preventivas sendo o elo entre a população e os serviços de saúde, com foco na promoção da saúde. Por outro lado, os ACE, foca no controle e prevenção de doenças como dengue e malária, identificando focos de vetores, promover medidas sanitárias e atuar na vigilância epidemiológica, colaborar em campanhas de vacinação, e no combate a doenças endêmicas (Mello, *et.al*., 2021).

A educação permanente é crucial para capacitar e atualizar os ACS's e os ACE's na Atenção Básica, em que a formação contínua é essencial para garantir a qualidade dos serviços diante das demandas em constante evolução, envolvendo não apenas habilidades técnicas, mas também de comunicação, trabalho em equipe e gestão de casos; fortalecendo a identidade profissional e a autoestima desses profissionais (Brasil, 2006).

O programa Saúde com Agente exemplifica uma estratégia crucial para capacitar os ACS's e os ACE's, ainda mais, quando a educação remota ganha importância, em que esses projetos oferecem flexibilidade de acesso ao conhecimento, adaptando-se às necessidades dos profissionais, eliminando barreiras geográficas, facilitando a integração com o trabalho de campo; sendo preciso levar em consideração suas as particularidades e demandas reais, promovendo uma formação de qualidade e contextualizada (Garcia, *et. al*., 2022).

3 Metodologia

O presente trabalho foi desenvolvido como relato de experiência, a qual se permite a construção do conhecimento, por meio de edificação de textos, que colabora de forma ampliada para o progresso da ciência, já que o conhecimento científico adquirido, contribui na melhoria de intervenções e possibilitar o usufruto de futuras propostas de trabalho, respectivamente

(Mussi, Flores & Almeida, 2021). Todos os autores fazem parte de um grupo social sobre o curso Programa Saúde com Agente e manifestaram interesse em realizar este trabalho de forma colaborativa. Todos atuaram com tutores no curso técnico de Agente Comunitário de Saúde.

A pesquisa se configurou na descrição informativa (OLIVA, RODRIGUES, 2020). O período temporal da atividade, a descrição do local no qual a atividade foi desenvolvida, eixo da experiência, caracterização da atividade relatada, tipo da vivência, público da ação interventiva, recursos e eticidade, que promoverá a identificação de dificuldades e potencialidades, bem como proposições sobre essa atividade executada. Além disso, empregou-se como referência o trabalho de Real e Ziede (2023) quanto às intervenções e aprendizagens no que se refere ao perfil do feedback desenvolvido pelos autores.

O relato de experiência foi compartilhado pelos seis autores, que atuaram como Tutores no Projeto Saúde com Agente, onde foi concretizado por meio de uma parceria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) para a oferta de Curso Técnico para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE). Cada tutor foi responsável por um grupo de 50 alunos (ACS ou ACE). O curso teve duração de dez meses, perfazendo uma carga horária de 1.275 horas com conteúdo dividido em 26 módulos.

4 **Resultados e discussão**

A partir do referencial teórico e discussão do grupo, elaborou-se um quadro (QUADRO 1, 2, 3, 4, 5 e 6) com as seguintes temáticas sobre a experiência com feedbacks: região de moradia e de tutoria, relação aos benefícios, conflitos, perfil desenvolvidos e oportunidades de melhorias no processo do feedback.

Os tutores desenvolveram a função de estimular a aprendizagem, orientar, acompanhar o desenvolvimento das atividades no AVA, avaliar o desempenho dos alunos de acordo com o plano de ensino de cada disciplina, e com o sistema de notas e conceitos, buscando estimular o protagonismo do aluno.

Os relatos dos autores participantes tutores encontram-se nos quadros a seguir:

Quadro 1 - Experiência com feedback do Tutor 1

Região de moradia Região de tutoria	Belo Horizonte/MG Dourados/MS
Benefícios do feedback	O feedback serviu para apoiar o desenvolvimento dos alunos, em especial aqueles que estavam com uma participação aquém do previsto para o curso, com entregas não realizadas e com um desempenho insuficiente no curso.
Conflitos no feedback	Algumas mensagens eram sequer respondidas pelos alunos, o que demonstrava o desinteresse no curso. Algumas notas quando eram atribuídas gerava questionamento por parte dos alunos porque não compreendiam bem os critérios avaliativos. Esse ponto foi muito comum nos fóruns em que a avaliação do tutor era feita a partir das postagens nos fóruns.
Perfil do feedback	O perfil social foi empregado em grande parte dos momentos de interação e correção das atividades propostas, porém foi necessário empregar o perfil cognitivo nas interações no fórum para que pudesse provocar nos alunos a reflexão sobre sua compreensão do conhecimento adquirido e reforçar conceitos centrais que faziam parte do conteúdo didático da disciplina.
Oportunidades para	As avaliações das atividades precisam ser bem conectadas com os critérios

melhoria do processo de feedback	estabelecidos, conforme proposta pedagógica e parece que esse ponto não era seguido por todos os tutores, uma vez que os alunos observaram critérios diferentes sendo aplicados.

Quadro 2 - Experiência com feedback do Tutor 2 - Curso ACS

Região de moradia Região de tutoria	Curitiba/PR Francisco Beltrão/PR
Benefícios do feedback	Proporcionou humanização na relação tutor-aluno, além do combate às evasões dos alunos em relação ao curso ACS.
Conflitos no feedback	A principal dificuldade encontrada no curso EAD Saúde com Agente, foi a falta de conhecimento por muitos alunos na utilização do ambiente virtual, pois alguns alunos não tinham conhecimento básico na área de informática.
Perfil do feedback	As interações entre tutor-aluno se deram através dos fóruns de discussão em cada módulo, oportunizando um espaço participativo e colaborativo, destinado a troca de experiência e a tirar as dúvidas dos alunos, sobre as temáticas abordadas em cada disciplina.
Oportunidades para melhoria do processo de feedback	Criar grupos de Whatsapp, enviar e-mail e mensagens através do Fórum aos alunos, facilitam o feedback, bem como as reuniões entre tutores e supervisores e o curso de Formação dos Tutores EAD, oferecido pela UFRGS, foi essencial para orientar tutores em como atuarem nos cursos técnicos na modalidade a distância dos ACS e ACE com o propósito de dar suporte à aprendizagem dos estudantes.

Quadro 3 - Experiência com feedback do Tutor 3

Região de moradia Região de tutoria	Cabo de Santo Agostinho/PE Catolé da Rocha/PB
Benefícios do feedback	Contribuiu para uma melhoria no ensino/aprendizagem, pude identificar as áreas de aperfeiçoamento, e adaptação das práticas educacionais às necessidades dos alunos.
Conflitos no feedback	Iniciei como tutor substituindo um outro profissional que havia sido desligado, o que gerou a princípio desconfiança dos alunos, e expectativas divergentes, sendo um desafio conquistar a confiança de todos.
Perfil do feedback	Foi preciso ser específico, orientado na resolutiva das problemáticas, adaptativo nos momentos de feedback, para ser incentivo e ser incentivador de uma turma em andamento.
Oportunidades para melhoria do processo de feedback	Os encontros online entre os tutores e os supervisores, foi algo assertivo para o curso fluir sem grandes transtornos, o encontro semanal contribuiu para que as dúvidas e possíveis dificuldades pudessem ser sanadas.

Quadro 4 - Experiência com feedback do Tutor 4

Região de moradia Região de tutoria	São Paulo/SP São Paulo/SP
Benefícios do feedback	Na minha experiência foi com alunos que tinham dificuldade de acesso ao curso, desde da internet para acessar o curso até o domínio do uso da ferramenta para estudo, os feedbacks rápidos e assertivos permitiam ao

	aluno uma visão de organização para seus estudos, e se sentiam acolhidos junto aos demais. Durante as atividades, os feedbacks foram essenciais para a construção colaborativa de conhecimento entre o grupo e pertencimento à identidade do grupo.
Conflitos no feedback	Os conflitos ocorreram quando houve mudança na pontuação de atividades, em que os alunos procuravam entender a "nova métrica emitida pela coordenação" o que gerou medo entre os alunos de perder o curso. Houve momentos em que os próprios tutores não detinham o conhecimento do motivo da mudança das métricas.
Perfil do feedback	Para o engajamento do aluno no curso, empregou-se o perfil social . Já o perfil cognitivo, que são realizados construções feitas para que os estudantes reflitam e compreendam a questão proposta até a sua exploração, integração e aplicação da mesma ou de Ensino, que foi o direcionamento para o processo de cognição e social do grupo ocorreu com mais frequência com intuito do grupo sedimentar o conteúdo ministrado/apresentado.
Oportunidades para melhoria do processo de feedback	Acredito que a capacitação do grupo de tutores por meio do curso de Extensão "Formação de Tutores" ofertado pela UFRGS e discussão em grupos com a supervisora para direcionamento das atividades, métricas e retomadas dos temas dos fóruns e atividades são essenciais para uma boa execução de processos de feedbacks.

Quadro 5 - Experiência com feedback do Tutor 5

Região de moradia Região de tutoria	Campo Grande/MS Ponta Porã/MS
Benefícios do feedback	Parte dos alunos tinha pouca familiaridade com o termo feedback, além de dificuldades com acesso a internet e aparelhos que permitiam o acesso ao curso. Foi importante o uso de redes sociais (grupos de whatsapp), para explicar o que era o feedback e auxiliar de forma mais personalizada, com o tempo os alunos foram se acostumando e usando com frequência a ferramenta.
Conflitos no feedback	Compreender exatamente como funcionava a ferramenta e depois de pedir que os alunos tivessem a rotina de conferir o feedback.
Perfil do feedback	Era baseado no perfil de cada aluno de forma a se tornar personalizado e de forma a construir uma relação de proximidade (perfil social), sempre pontuando os pontos positivos e dando indicação de aspectos que poderiam ser melhorados e dos critérios de avaliação (perfil cognitivo).
Oportunidades para melhoria do processo de feedback	Aumentar a clareza e a conexão do feedback com os objetivos de aprendizagem, além disso, criar formas de reduzir o intervalo entre a tarefa e o feedback para manter o aluno motivado e engajado.

Quadro 6 - Experiência com feedback do Tutor 6

Região de moradia Região de tutoria	Gouveia - MG Municípios dos Vales do Jequitinhonha: Gouveia, Datas, Presidente Kubitschek, Diamantina e Congonhas do Norte.
Benefícios do feedback	Os municípios que atuei, na experiência da tutoria no Programa Saúde com Agente, eram alunos provenientes de municípios de uma das regiões mais carentes do estado de Minas Gerais, com um dos menores IDH (Índice de Desenvolvimento Humano do país. A importância da

	proximidade e da motivação dos feedbacks eram extremamente importantes, nesse sentido, houve baixa evasão dos agentes de saúde no curso.
Conflitos no feedback	Não houve grandes intercorrências, exceto quando houveram mudanças de pesos nas notas, propostas pela coordenação geral do curso, bem como a dificuldade de alguns estudantes com a frequência no curso, muitas vezes deixando atividades para serem realizadas no último minuto, balizada pela dificuldade do acesso à Internet, bem como, conforme relatos, a indisponibilidade das prefeituras oferecerem computadores para realização de atividades do curso. Muitos estudantes tiveram que contar com as prorrogações das atividades para realizá-las.
Perfil do feedback	Foi empregado um feedback personalizado, conforme observava o desenvolvimento do aluno no curso, tendo em vista os pontos fortes e pontos de atenção que necessitam de melhorias. Conforme mencionado anteriormente, o feedback social era um item obrigatório, de modo a motivar os estudantes e claro, o feedback pedagógico, conforme as orientações do fascículo do tutor.
Oportunidades para melhoria do processo de feedback	A carência de clareza em alguns pontos na chave de correção, contidas no fascículo do tutor poderiam ter sido minimizadas. O tutor, muitas vezes, não tinha autonomia para pontuar além das métricas pré-estabelecidas. Algumas atividades avaliativas deveriam ser ser pontuadas em 0 (zero), 7 (sete) ou 10 (dez), impossibilitando o tutor de fornecer notas melhores ou intermediárias, caso o aluno tivesse deixado de esclarecer melhor o seu raciocínio.

5 **Considerações finais**

Ao passo que a Educação à Distância (EAD) possibilitou levar o conhecimento para regiões mais remotas do nosso país, também trouxeram desafios que ainda necessitam serem superados, como a dificuldade de interação, ocasionado pela ausência do contato presencial. Neste sentido, o feedback em ambientes virtuais é primordial para o desenvolvimento contínuo dos estudantes e ao mesmo tempo, é um dos desafios mais expressivos no contexto da EAD.

Os objetivos dos cursos técnicos do programa Saúde com Agente, se justificam na importância da educação em saúde, tendo como princípio basilar, o apelo social, sendo uma das pautas mais importantes para a sociedade, com este curso, proporcionar o aperfeiçoamento dos serviços de saúde para a população, capacitando os profissionais que estão mais próximos da realidade das famílias brasileiras: os agentes de saúde e os agentes de controle de endemias.

O Projeto Saúde com Agente foi bastante desafiador por envolver todos os Estados e o Distrito Federal, bem como os municípios, que foram os principais parceiros nesta jornada. Nunca houve um programa de proporções similares no Brasil e podemos inferir que foi um marco na Educação à Distância brasileira.

A UFRGS proporcionou um curso de formação para tutores e supervisores, na tentativa de capacitar profissionais com pouca ou nenhuma experiência em EAD para atuação no Saúde com Agente. Houve um módulo específico que tratou sobre feedbacks, que durante todo o processo de tutoria, foi extremamente relevante, de modo a manter os estudantes informados sobre o seu progresso, suas notas, os pontos de atenção e melhoria, e consequentemente, diminuir a evasão no curso.

Adaptar-se às melhores práticas e utilizar as ferramentas adequadas pode maximizar os benefícios dos feedbacks, tornando-os mais oportunos e eficazes, como por exemplo, a proposição de feedbacks sociais e pedagógicos personalizados, com base no desenvolvimento

e a capacidade do estudante, observadas pelo tutor, ao longo do processo de ensino e aprendizagem. É importante mencionar a importância de garantir a autonomia para o tutor atribuir notas e fornecer o feedback pedagógico, ainda que se tenha a chave de correção.

Em suma, os feedbacks devem propiciar a autocrítica do estudante, estimulando a síntese e o raciocínio, reconhecendo o esforço e reduzindo o isolamento, que é um dos maiores desafios da EAD.

REFERÊNCIAS

Brasil (2005). Decreto 5.622. *Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional*. Brasília.

Brasil (2006). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. *Textos Básicos de Saúde*. Brasília.

Brasil (2017). Política Nacional de Atenção Básica. Portaria 2.436/2017. Ministério da Saúde. Brasília.

Crepaldi, N. P., & dos Santos, A. R. (2021). Mediação pedagógica no ensino à distância: o papel do tutor em ambientes colaborativos de aprendizagem. *Tecnologias, Sociedade e Conhecimento*, 8(2), 104-131.

Beirão, S. É., Carvalho, A. M. C., & Oliva, G. Q. (2023). A educação à distância no Brasil: um resgate histórico a partir do conceito schumpeteriano de inovação. *Revista Debate Econômico*, 9(2), 21-38.

García, G. S. M., et al. (2022). Território, doenças negligenciadas e ação de agentes comunitários e de combate a endemias. Revista de Saúde Pública, 56, 27.

Hattge, A. A. G., Ribas, C. C. C., & Paulo, A. B. D. (2014). A importância do feedback do tutor on-line no ensino a distância. E*NSAIOS PEDAGÓGICOS Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia das Faculdades*–OPET.

Martins, R. X. (2020). A covid-19 e o fim da educação a distância: um ensaio. *Em Rede-Revista de Educação a Distância*, 7(1), 242-256.

MORAN, J. M. (2006). *Contribuições para uma pedagogia de educação online.* São Paulo: Edições Loyola, 2. ed. 2006, p. 41-52.

Matos, H. C., et al. (2021). O que é o EAD? Estudo do censo da educação superior 2018. *Revista de Estudos Interdisciplinares*, 3(1).

Méllo, L. M. B. D. D., et al. (2021). Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface-Comunicação*, Saúde, Educação, 25.

Mussi, R. F. de F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. de. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práx. Educ.*, 17(48), 60-77. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-26792021000500060&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 16 maio 2024. Epub 25-Nov-2021. https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010.

Nunes, A. de F. P., da Silva, D. J. C., & de Campos, S. A. P. (2021). Institucionalização da Educação a Distância: em que processo de institucionalização estamos?. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, 43(2).

Oliva, A. C. S. de, & Rodrigues, V. D. S. (2020). Estágio curricular supervisionado: percepções sobre a etapa de caracterização da escola. *Revista Ciranda*, 4(2), 58-69. Disponível em: https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/ciranda/article/view/3242/3233. Acesso em: 16 mai. 2024.

Real, L. M. C., & Ziede, M. K. L. (2023). Intervenções e aprendizagens: presenças social, cognitiva e de ensino na educação a distância. In: *Workshop de Educação a Distância e Ensino Híbrido (WEADEH)*, 1., Passo Fundo/RS. Anais […]. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação, p. 52-59. DOI: https://doi.org/10.5753/weadeh.2023.236235.

Rocha, J. V., & Peterle, A. A. (2022). O uso das tecnologias digitais para o controle da evasão discente no Ensino Superior em Educação à Distância (EAD). *Revista Hipótese*, e022010-e022010.

Vriesmann, L. C. (2021). O CAMINHAR DA EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA NO BRASIL. *Revista UNIANDRADE*, 21(2), 108-115.

O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NA GESTÃO DE RESÍDUOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Nathalie de Freitas Panzera Morais; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Renato Rodrigues da Silva; Doutorando em Administração; Universidade FUMEC

Sônia Maria Nunes Viana; Mestre; Universidade Federal de Minas Gerais

Marcus Vinicius da Silva Costa; Mestre; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: O estudo teve como objetivo compreender o papel da comunicação na gestão de resíduos de serviços de saúde. Foram abordados os tópicos Comunicação nas organizações e Gestão de Resíduos de Saúde. Foi realizada uma revisãobibliográfica de artigos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que trataram a respeito da gestão de resíduos nos serviços de saúde. Os processos degestão abordados nos estudos escolhidos evidenciaram falhas que podem impactar a saúde pública e ambiental. Falhas as quais, estratégias de comunicação contribuiriam ativamente, desde a conscientização e treinamento de profissionais de saúde até a educação da comunidadesobre a segregação correta dos resíduos. Também foram apontadas tecnologias decomunicação, que facilitam a troca de informações e o monitoramento de processos. Concluiu-se que investir em comunicação com uma abordagem integrada e colaborativa tende a melhorar significativamente a eficiência, eficácia e a segurança dos processos de gestão de resíduos de saúde, contribuindo, assim, para a proteção da saúde públicae do meio ambiente.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de resíduos; Comunicação; Gestão de Serviços de Saúde

1 INTRODUÇÃO

Comunicar é conectar. Essa conexão é essencial para a promoção de práticas seguras e responsáveis. A comunicação não é apenas a transmissão de dados, é o que está por trás da mudança de comportamento. Na gestão de resíduos de saúde, essa mudança é fundamental para preservar a saúde pública e o meio ambiente, assegurar práticas seguras e agir de acordo com a regulação vigente (Smith, 2020).

A gestão eficaz de resíduos de saúde é um desafio multifacetado que demanda não apenas a aplicação de técnicas, mas também a criação de uma consciência coletiva em relação aos riscos e impactos associados (Salomão, 2023). No cenário atual, onde a saúde e a sustentabilidade são pilares essenciais, a interseção entre comunicação e gestão de resíduos de saúde emerge como um campo de estudo vital, devido ao fato da comunicação ser a ponte que conecta a compreensão individual à ação coletiva. A eficácia da comunicação desempenha um papel central na promoção de práticas seguras, na conformidade regulatória e na construção de uma cultura de responsabilidade ambiental (Smith, 2019).

A gestão eficiente de resíduos de saúde, atua além da manipulação de materiais contaminados, ela representa uma síntese entre responsabilidade ambiental, segurança pública e a necessidade imperativa de comunicação eficaz (Johnson, 2018).

A crescente complexidade dos serviços de saúde, em conjunto com o aumento constante na geração de resíduos, demanda uma abordagem proativa no gerenciamento desses materiais. A gestão de resíduos de saúde não é apenas uma obrigação legal, é uma responsabilidade ética que requer conscientização e engajamento constante. À medida que novas tecnologias e procedimentos médicos são introduzidos, a necessidade de comunicação clara e eficiente se torna ainda mais latente (Brown, 2019).

O presente trabalho busca explorar e analisar a sinergia entre a comunicação e a gestão de resíduos de saúde, respondendo a pergunta “qual o papel da comunicação na gestão de

resíduos de saúde?". Reconhecendo a necessidade de estratégias integradas que vão além da transmissão de informações, buscando a transformação cultural, em prol de práticas sustentáveis capazes de lidar com os desafios em constante evolução nesse campo, visando benefícios para além dos ambientes de saúde, mas para a sociedade (Jones, 2020).

Portanto, o presente artigo tem como objetivo compreender o papel da comunicação na gestão de resíduos de serviços de saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Comunicação nas organizações

A comunicação é essencial nas interações humanas, desempenhando um papel vital em diversos aspectos da vida cotidiana. É o meio para compartilhar conhecimento, expressar emoções, coordenar atividades e construir entendimento. A comunicação é uma necessidade básica do homem social, ela é o canal pelo qual os padrões são transmitidos, e a via que ocorre o aprendizado para pertencer a uma determinada sociedade (Santos, 2018).

Comunicação organizacional é um conjunto de atividades utilizadas por uma instituição para interagir com os fornecedores, colaboradores, clientes e investidores de forma a alinhar expectativas e fortalecer a imagem no mercado. Ela é indispensável para empresas de todos os tamanhos. A comunicação empresarial estuda o processo comunicativo dentro das empresas no contexto da sociedade global e é composta por todos os meios de interação dentro de uma empresa (Pedra, 2023).

Quando a comunicação é usada de forma aplicada a uma organização, é capaz alterar modos de trabalho devido ao seu poder de mudança de comportamentos e pensamentos. Em contrapartida, quando a comunicação ocorre de maneira errônea, traz desgastes nas relações, agressões verbais, retrabalho, mal-entendidos, suscetibilidades afetadas, perda de motivação e stress. Liderar é comunicar, para atingir os objetivos da empresa (Martiniano, 2007).

Para Deetz (2010), a comunicação é uma ferramenta indispensável para as atividades organizacionais, produção e sobrevivência. O autor considera que, no processo da comunicação são transmitidos significados e informações para que gerem efeitos nas mensagens necessárias nas atividades laborais (Almeida, 2018).

Uma gestão eficaz requer uma comunicação interna consistente. Nas organizações são necessários envolvimentos na transmissão de informações, atualizações de projetos e políticas e na garantia que todos os colaboradores da organização estejam bem informados. Por meio da comunicação ocorre o alinhamento de objetivos e criação de cultura organizacional, influenciando diretamente a capacidade da liderança, a colaboração da equipe, a resolutividade de problemas e o alcance das metas (Junqueira, 1990).

A gestão precisa contar com a participação, e para isso é necessário valorizar e estimular a o envolvimento dos funcionários no processo de decisão, criação e inovação. Na ocasião em que há uma boa ferramenta de comunicação para auxiliar é de grande ajuda, tendo em vista que quando o processo de comunicação interna é satisfatório, o gestor consegue eliminar os possíveis ruídos causados pela falta de informações. Além da participação e ferramentas, o gestor precisa contar com pesquisas de clima para identificar quais são os pontos que precisam ser melhorados na empresa na visão do funcionário. A capacitação e atualização dos conhecimentos é fundamental em qualquer profissão, por isso é proveitosa a realização de eventos e palestras (Maislaudo, 2022).

A comunicação é um fator chave para que as pessoas consigam compreender e assimilar as informações, tomando as melhores decisões sobre a sua saúde e dos que dela dependem, evitando acidentes e criando barreiras para sua proteção (Sorensen, 2012).

2.2 Gestão de Resíduos de Saúde

Os processos de várias atividades da população de origem industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola, de serviços e da varrição pública resultam em resíduos. Os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são entendidos por aqueles resíduos encontrados nos "serviços de saúde". A gestão incorreta destes, pode levar a um crescimento no número de casos de infecções hospitalares (Meudal, 2012).

O conceito de resíduo de serviços de saúde é tido no senso comum como lixo contaminado, que coloca em risco a saúde de toda comunidade, principalmente aqueles, que por escolha ou não precisam ter um contato maior com os mesmos, como no caso dos técnicos de enfermagem, enfermeiros, prestadores de serviços de higienização, pacientes entre outros funcionários de um serviço de saúde (Silva, 2004).

Os resíduos dos serviços de saúde vêm ganhando espaço nas discussões sociais, devido a peculiaridade, riscos e gravidade dos acidentes acontecidos nos ambientes de saúde. Frente aos grandes desafios de melhores formas de gerir problemas sobre resíduos de saúde asociedade tem discutidos novas políticas públicas e a constituição de um processo legislativo e administrativo voltado a sustentabilidade do meio ambiente e das questões que envolvam a saúde. Os resíduos sólidos, considerados por muitos como o lixo, é um dos principais problemas dos gerados nos serviços de saúde. (Polakiewicz, 2022)

Os profissionais de saúde têm destaque ne gestão de resíduos, sendo importanteconhecê-los e ressaltar a atenção nas fases de manejo em prol de minimizar os riscos à saúde dos mesmos. É indispensável a comunicação clara e didática, por meio da aplicação de treinamento das equipes em prol de resguardar os funcionários. As fases do manejo devem sercuidadosamente realizadas desde a segregação, condicionamento, armazenamento, coleta,transporte, tratamento até a disposição final, em decorrência dos riscos e acidentes eventuais, se tratando de materiais danosos a saúde (Queiroz, 2023).

A Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei n° 12.305/2010) regulamenta o gerenciamento de resíduos, definindo responsabilidades para todos os geradores de resíduos. Dispõe sobre princípios, objetivos e instrumentos, bem como as diretrizes relativas à gestão integrada eao gerenciamento de resíduos sólidos (incluídos os perigosos). As empresas são responsáveis por evitar que resíduos sejam descartados de maneira incorreta,por promover a reutilização ou reaproveitamento e por criar métodos para não os gerar ou reduzir a geração de resíduos sólidos (Sebrae, 2023).

Todo gerador de resíduos de serviços de saúde é responsável pela elaboração, implantação, implementação e monitoramento de um Plano de Gerenciamento, que deve estar disponível para consulta dos órgãos de vigilância sanitária ou ambiental, dos funcionários, pacientes e do público em geral (Anvisa, 2020).

A importância da temática dentro de uma Unidade de Saúde é primordial, visto que o correto gerenciamento de resíduos impacta diretamente na sua na destinação segura e na proteção dos profissionais que realizam o seu manejo, além da preservação do meio ambiente (Queiroz, 2023).

3 METODOLOGIA

Para esta pesquisa a metodologia utilizada foi de revisão integrativa de literatura. Uma revisão integrativa inclui pesquisas com diferentes metodologias e escopos, o que permite que estudos teóricos e empíricos gerem uma amostra maior, ampliando as análises e fornecendo conclusões diversificadas (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A questão central orientadora deste estudo foi "Como a comunicação interfere na gestão de resíduos de serviços de saúde?". Para respondê-la, foram conduzidas buscas de artigos na

Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), BDENF – Enfermagem, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Coleciona SUS e Sec. Est. Saúde SP via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para isso, foram empregados os termos-chave: ("Gerenciamento") AND ("Resíduos") AND ("Saúde"). Foram incluídos: artigos publicados nos últimos cinco anos; em português, e disponíveis na íntegra que compreendam a temática condizente à relação da comunicação e a gestão de resíduos. Foram excluídas teses, dissertações, trabalhos em língua estrangeira, não disponíveis online e artigos pagos.

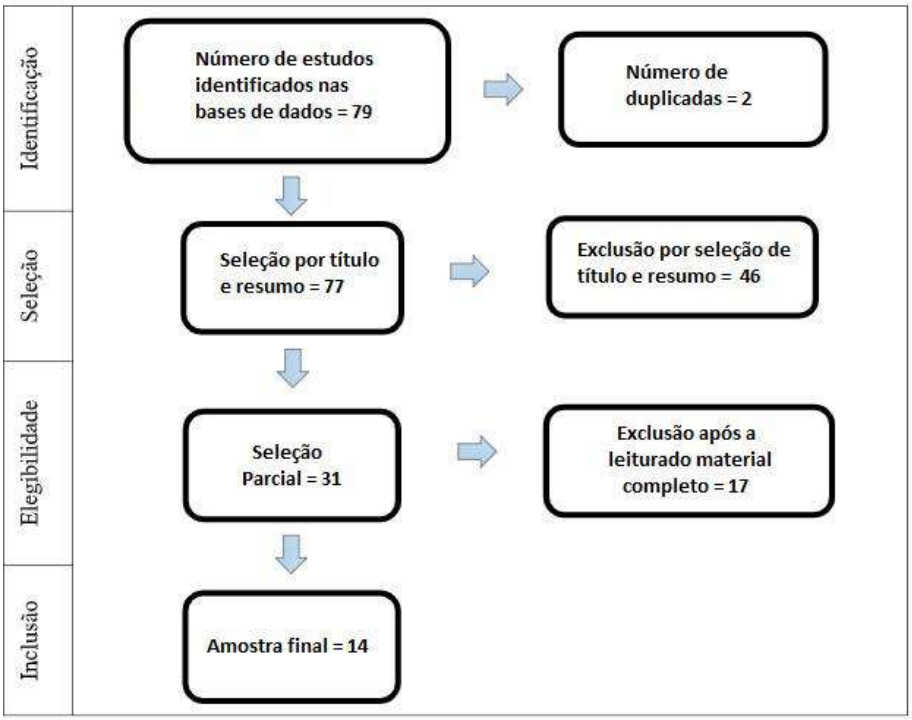
Após a pesquisa de artigos, os títulos e resumos foram examinados para a seleção daqueles que abordam temas relevantes para o trabalho e se enquadram nos critérios de seleção. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra. Para análise foi utilizado um quadro que sistematiza as informações relacionadas à identificação dos estudos, incluindo título, autores e ano de publicação, objetivo do estudo, principais resultados e conclusão.

Em seguida, foram conduzidas discussões e análises dos resultados da revisão, com o objetivo de alcançar os propósitos do estudo. Os resultados obtidos foram documentados, gerando uma síntese que possibilitou responder à pergunta de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 79 estudos, dos quais 2 eram duplicados. Após revisar os resumos, foram excluídas 46 produções por seleção de título e resumo, restando então 31 estudos relevantes para a questão principal. Após leitura completa dos textos, foram selecionados 14 artigos que abordam o papel comunicação na gestão de resíduos de serviços de saúde.

Figura 1 – Fluxograma representativo de busca e seleção de artigos.



Fonte: Elaboração própria

Entre as publicações selecionadas, o ano de 2022 foi o mais prevalente, com sete artigos. Em seguida, o ano de 2023 apresentou três artigos. Os anos de 2019, 2020, 2021 e 2024 apresentou apenas um artigo cada. Os artigos foram categorizados por título, autor e ano de publicação, objetivo do estudo, principais resultados e conclusão, conforme descrito no Quadro

1.

Quadro 1 – Síntese da amostra final dos estudos selecionados. Belo Horizonte (MG), 2024

Título	Autor(res) e ano	Objetivo	Principais resultados e conclusão
Gerenciamento de resíduos de um serviço de hemodiálise na Bahia	COSTA, I. C. S. *et al*., 2024	Descrever as ações do manejo dos RSS, contemplando aspectos relativos à proteção da saúde pública e segurança ocupacional.	Relato de experiência, resultado de uma inspeção sanitária em serviço de hemodiálise. Foi avaliado o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. O plano de GRSS estava incompleto e não tem comprovação de capacitação e treinamento dos funcionários, além de ter a segregação e armazenamento inadequados. Foi evidenciada a necessidade de instrumentalizar profissionais com visão crítica para lidar com diversas situações, evitando comprometer a qualidade do serviço e expor as pessoas aos riscos.
Quiz interativo: estratégia para capacitação de profissionais sobre manejo de resíduos de serviços de saúde	PINTO, E. L. G. *et al.*, 2023	Avaliar a aplicação de uma estratégia tecnológica como ferramenta facilitadora para capacitação em serviço sobre manejo de resíduos de serviços de saúde para profissionais atuantes em Maternidade de Alto Risco.	Aproximadamente 89% dos participantes consideraram ótima a relevância do tema e a metodologia utilizada. O estudo evidenciou que a estratégia implementada foi fundamental para estimular o envolvimento e participação da equipe multiprofissional em atividade de educação em serviço, contribuindo para as Boas Práticas no manejo de resíduos de serviços de saúde.
Boas práticas sobre o gerenciamento de resíduos em saúde: uma revisão integrativa	MACHADO, L. G. Da. F.; VIEIRA, L. J. E. De. S.; ROMCY, C. M. A., 2023	Identificar na literatura boas práticas utilizadas em ambientes hospitalares sobre o processo de gerenciamento de resíduos em saúde.	As boas práticas utilizadas foram: implementação de política de gestão sobre resíduos em saúde e presença de orçamento especial para a gestão de resíduos, estabelecimento de subcomitês e comitês, disponibilização de equipamentos de proteção individual, fichas de informação, diretrizes de prevenção e controle de infecção e de instrumentos educativos, além de treinamentos específicos sobre a temática e disponibilização de locais de armazenamento de resíduos separados de resíduos perigosos. A gestão segura dos RSS se mostra cada dia mais importante no que diz respeito ao meio ambiente e à saúde pública. Porém, entre os artigos citados percebe-se a implementação de boas práticas mas, de forma incipiente.
Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: avaliação dos procedimentos adotados em um hospital no Paraná	MEHL, H. *et al*., 2022	Analisar o gerenciamento dos RSS realizado pelo hospital Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Prudentópolis (PR).	Os dados mostraram que há falhas em diversas etapas do manejo de resíduos sólidos: na segregação, no acondicionamento, no transporte interno; os locais de armazenamento temporário e externo também não atendem a todos os requisitos das normas. Esses problemas apresentados podem ser prejudiciais

			tanto à saúde e à segurança dos trabalhadores como ao meio ambiente.
Evidências do gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde na atenção primária	SALOMÃO, C. H. D. *et al*., 2022	Descrever o estado das evidências relacionadas ao gerenciamento e educação em serviço da equipe interprofissional sobre Resíduos dos Serviços de Saúde na Atenção Primária à Saúde.	Foi evidenciada a necessidade do gerenciamento e a urgência da educação permanente em serviço e propostas de efetivação do gerenciamento correto na Atenção Primária. Sintetizaram-se evidências, descrevendo o alerta em prol da educação permanente em serviço para mudança de práticas e uma maior atenção ao Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde na APS.
Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde na rotina dos enfermeiros da atenção básica à saúde	MEKARO, K. S.; MORAES. A. I. De. S.; UEHARA, S. C. Da. S. A., 2022	Avaliar a geração e o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde nos serviços inseridos na atenção básica à saúde.	66,6% dos participantes não souberam descrever como era realizada a segregação dos resíduos químicos; e 50,0% dos respondentes não souberam informar o tipo de disposição final oferecida aos RSS. A elevada geração de RSS e as lacunas apresentadas no gerenciamento podem ser minimizadas por meio da implementação de medidas que visem à capacitação dos responsáveis pelo manejo e trabalhadores dos serviços de saúde, além da implantação da coleta seletiva a fim de contribuir para um desenvolvimento sustentável.
Planejamento da política de resíduos sólidos do estado de São Paulo: proposição metodolóBNgica para estudos prospectivos	SIMAS, 2022	Propor metodologia para construção de estudos prospectivos para o Plano de Resíduos Sólidos do Estado de São Paulo (PERS-SP).	Recomenda-se que a governança da política de resíduos sólidos se de por meio da inclusão mais abrangente de atores sociais diversos, assim como, o planejamento seja compreendido como instrumento contínuo e dinâmico, fundamental para reconstruir a realidade e oferecer um futuro melhor para a sustentabilidade social e ambiental. Esses resultados contribuem com ferramentas adequadas de planejamento para a administração pública, capazes de subsidiar o desenvolvimento de estratégias positivas para a sociedade.
Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde em um hospital público do Maranhão	SANTOS, M. H. S. *et al*., 2022	Descrever as etapas do gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde em um hospital público do Maranhão.	A caixa para acondicionamento de resíduos perfurocortantes apresentava localização e posição adequada, mas com volume excedido. A frequência de coleta e limpeza estava de acordo com a normatização, embora as lixeiras estivessem sem tampa e pedal. O transporte foi realizado em containers adequados embora o tempo de remoção dos resíduos até o armazenamento externo estivesse em desacordo com o estabelecido. Observaram-se alguns pontos em desacordo com a legislação normativa, ressaltando a necessidade dos profissionais da equipe de enfermagem

			conhecerem as etapas do gerenciamento dos resíduos.
Percepção de profissionais sobre resíduos sólidos em saúde no contexto hospitalar	MAIA, L. P. L.; MENEZES, A. P. S 2022	Compreender a percepção, atitudes e práticas de trabalhadores de um hospital universitário frente a resíduos sólidos de saúde.	Os dados revelaram fragilidades sobre a temática quanto conceito, gestão e riscos, evidenciando o não entendimento do correto descarte dos RSS gerados no contexto hospitalar, sinalizando para a necessidade de treinamento sobre o tema, impactando diretamente em suas atitudes e em suas práticas.
Resíduos de Serviços de Saúde: o que mudou na legislação?	CARNEIRO; SANTOS; NOGUEIRA, 2022	Comparar a RDC 306/04 com a RDC 222/18 quanto ao gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, bem como apresentar as implicações da legislação vigente.	Houveram importantes mudanças na lei atual, com impacto para os gestores e profissionais que atuam em hospitais. As mudanças necessitam ser incorporadas nos planos de gerenciamento, planejamento de novos fluxos de segregação de resíduos e aquisição de novos coletores que podem contribuir na redução de custo financeiro, e diminuição dos impactos ambientais desses resíduos. O estudo contribui para direcionar as adequações necessárias, a fim de atender a atual legislação, com informações diretas para orientar novos critérios de classificação, acondicionamento, tratamento e destinação final para o gerenciamento seguro dos resíduos nos serviços de saúde.
Acidentes de trabalho entre profissionais da limpeza hospitalar em uma capital do Nordeste, Brasil	GOMES *et al*., 2019	Investigar a prevalência e os fatores associados aos acidentes de trabalho entre profissionais da limpeza hospitalar.	Identificaram-se fatores associados á ocorrência de acidentes de trabalho: segregação inadequada dos resíduos de serviços de saúde, ter capacitação somente na admissão, não considerar os riscos dos resíduos à saúde e o não uso de equipamento de proteção individual. Os fatores avaliados apresentaram-se associados significativamente aos acidentes de trabalho e ressaltam a importância da educação permanente em saúde, com ênfase em capacitações periódicas e uso de EPI.
Ferramenta eletrônica para o gerenciamento de explantes ortopédicos em tempo real	FIGUEIRA, 2021	Criar uma ferramenta eletrônica para o gerenciamento de explantes ortopédicos, com acompanhamento desde a necessidade da cirurgia para a retirada de um implante ortopédico até a sua disposição final.	É possível criar um aplicativo para auxiliar no gerenciamento de explantes ortopédicos assim como criar protocolos que visem a institucionalização do fluxo de descarte e acompanhamento desses para que tenham uma disposição final ambientalmente adequada.
Tecnologia educacional sobre descarte domiciliar de medicamentos	CARVALHO NETO, F. J. *et al*., 2020	Relatar a experiência de graduandos de Enfermagem na construção de uma	Abordou-se a temática, no vídeo, de forma clara, sucinta e compreensível, fazendo um alerta concernente às consequências do descarte incorreto de

		tecnologia educacional sobre descarte domiciliar de medicamentos.	medicamentos, assim como orientando onde fazer o descarte correto. Torna-se imprescindível empoderar a população a respeito da forma apropriada de descartar os medicamentos, visto que o descarte incorreto se constitui problema de saúde pública no Brasil.
Descarte correto de resíduo doméstico de pessoas em uso de insulina: tecnologia para educação ao paciente	CUNHA, 2022	Analisar as formas de descarte correto do resíduo doméstico advindo da insulinoterapia e elaborar uma tecnologia para educação aos pacientes.	A orientação fornecida a pessoa com Diabetes Mellitus quanto ao descarte correto de agulhas, seringas, lancetas e fitas reagentes é deficiente. Falta uma legislação brasileira especifica para resíduos de saúde produzidos em residências. Foi possível desenvolver uma tecnologia para educação a pessoas em uso de insulina. Há necessidade de investir em ações de orientação e prevenção, para reforçar aos usuários os cuidados no descarte dos resíduos de serviços de saúde. A capacitação dos profissionais da saúde possibilita o repasse de orientações adequadas e consistentes aos usuários, visando a proteção de quem produz os resíduos, dos coletores e do meio ambiente.

Fonte: Elaboração própria

Os quatorze estudos selecionados apresentam a relação entre o papel da comunicação e a gestão de resíduos, dando ênfase na educação continuada, a fim de promoverem discussões que reforçam a importância da disseminação do conhecimento através da comunicação.

Partindo-se do pressuposto de que a preservação e manutenção da vida sobrepõem-se aos interesses econômicos (Costa *et al.*, 2024), e que a gestão dos resíduos sólidos dos serviços de saúde representa potencial risco à saúde coletiva, espera-se que os estabelecimentos de saúde reconheçam e admitam seu lugar de agente transformador da sociedade, propondo a criação de políticas voltadas para a preservação ambiental (Machado; Vieira; Romcy, 2023). É de responsabilidade dos hospitais, como geradores e promotores de saúde, o gerenciamento adequado dos resíduos que produz, sendo os órgãos públicos, os responsáveis pela gestão, regulamentação e fiscalização desse gerenciamento (Mehl *et al.*, 2022). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o órgão que organiza o descarte de resíduos pelos prestadores de serviços de saúde e determina a elaboração do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (Cunha, 2022).

O manejo inadequado da grande produção de resíduos hospitalares é uma ameaça direta à saúde humana e ao meio ambiente: ela aumenta a probabilidade de acidente ocupacional, especialmente para os transportadores desses materiais, e expõe a saúde pública a riscos biológicos; quanto ao meio ambiente, poluindo a água e o solo, alterando fatores biológicos e químicos do ecossistema, culminando na destruição ambiental (Santos *et al.*, 2022). O mau gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde tem como consequência a ameaça a saúde dos coletores de materiais para reciclagem, devido ao inevitável contato que os coloca em alto risco de doenças e acidentes. Todos esses motivos justificam a necessidade de desenvolvimento educacional, administrativo e legislativo com o objetivo de capacitar os hospitais para o adequado gerenciamento dos RSS inclusive daqueles resultantes do cuidado domiciliar (Cunha, 2022).

A Política Nacional de Promoção da Saúde, desempenha o papel de criar estratégias

para concretizar ações de promoção da saúde, produção e a disseminação de conhecimentos. Os instrumentos tecnológicos são meios essenciais de habilitar a população quanto à aquisição dessas competências (Carvalho Neto, *et al*., 2020). No Brasil, as estratégias de educação em serviço integram as políticas públicas do Ministério da Saúde e são apontadas como diretrizes operacionais estimuladoras dos processos de educação dos trabalhadores da saúde, com foco nos processos de trabalho. Essas diretrizes se articulam com o recomendado pela ANVISA na RDC 222/18, que preconiza que os serviços de saúde devem manter um programa de educação continuada para os trabalhadores, não apenas os envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos. Esse programa deve abordar temas como redução na geração de resíduos, manejo adequado, responsabilidades, tarefas, biossegurança e segurança do trabalhador (Pinto *et al*., 2023). A RDC 306/04, publicada pela Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) traz a necessidade da educação continuada para orientar, motivar, conscientizar e informar permanentemente todos os envolvidos a respeito dos riscos e adequações dos procedimentos de manejo (Maia, Menezes, 2022).

A segregação dos RSS é peça chave para as demais etapas, pois se houver segregação inadequada no início do processo, o restante da cadeia é comprometido em uma "cascata de ações" onerosa e geradora de riscos (Muñoz *et al*., 2022). As etapas do manejo de RSS são divididas em duas, sendo a primeira o manejo interno (segregação, acondicionamento, identificação, coleta e transporte interno, tratamento, armazenamento temporário ou interno) e a segunda consiste no manejo externo, que se refere as etapas executadas fora do estabelecimento (armazenamento externo, coleta e transporte externo, tratamento e disposição final) (Mehl *et al*., 2022).

Toda a equipe deve conhecer as etapas do gerenciamento dos resíduos, visando evitar possíveis contaminações e demais riscos ocupacionais (Santos *et al*., 2022). O gerenciamento adequado dos RSS constitui um desafio para as equipes de saúde e em especial para os enfermeiros designados como responsáveis pelo gerenciamento dos RSS, que diante de tantas atribuições e responsabilidades deixam de dar a atenção necessária ao manejo dos RSS (Mekaro; Moraes; Uehara, 2022).

A governança da política de resíduos sólidos deve ocorrer por meio da inclusão abrangente de diversos atores sociais, e o planejamento deve ser compreendido como instrumento contínuo e dinâmico, fundamental para reconstruir a realidade, oferecendo dessa forma um futuro melhor para a sustentabilidade social e ambiental (Simas, 2022).

Os hospitais costumam possuir programas de gerenciamento de resíduos e treinamento dos profissionais, porém apresentam falhas. Apesar da presença desses programas, ainda sim acontece descarte inadequado, fazendo entender que o treinamento educacional não ocorre com foco devido na importância desta temática (Maia, Menezes, 2022). Os profissionais de saúde que trabalham em hospitais privados são mais propensos a ter boas práticas de gestão de resíduos de saúde do que os profissionais de hospitais públicos. Isso pode ser explicado pela tendência de que os hospitais privados são mais voltados para os negócios e precisam atrair a atenção dos clientes ou pacientes com seu composto claro e organizado (Machado; Vieira; Romcy, 2023). Além disso, há preocupação devido aos custos referentes a destinação final do lixo, que é elevado para a instituição de saúde (Maia, Menezes, 2022).

O volume de resíduos aumenta a cada ano, gerando uma escalada de riscos ocupacionais. Os manipuladores dos RSS comumente não recebem EPI em quantidade suficiente, e os catadores de material descartado de forma equivocada podem estar sendo contaminados, devido à falta de precauções nas etapas iniciais do gerenciamento. Devem ser asseguradas a disponibilização dos Equipamentos de Proteção Individual, treinamento para uso dos mesmos e garantia de que os EPIs sejam descartados devidamente (Muñoz *et al*., 2022).

A falta de capacitação dos profissionais envolvidos na geração e manejo dos RSS, o acompanhamento contestável com relação a quantificação dos resíduos, a falta de organização

e sistematização do manejo, são deficiências no gerenciamento dos RSS que potencializam os riscos à saúde pública e ao ambiente. O gerenciamento adequado dos RSS envolve, inclusive, a prevenção de doenças relacionadas ao manejo (Mekaro; Moraes; Uehara, 2022).

Por meio das pesquisas foram evidenciadas lacunas em todas as etapas do manejo de RSS. A RDC no 222/2018 determina que os RSS devam ser segregados no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, estado físico e riscos envolvidos. Se for realizada segregação adequada e no momento da geração dos RSS, pode-se obter redução de cerca de 80% nos gastos com tratamento e disposição final (Mekaro; Moraes; Uehara, 2022).

A maioria dos enfermeiros entrevistados para o estudo não soube informar sobre a disposição final dos resíduos. Dessa forma é possível concluir os mesmos não percebem as etapas extra estabelecimento como responsabilidade da unidade geradora de RSS, indo contra o previsto na RDC nº 222/2018 que determina a responsabilidade pelo gerenciamento dos RSS desde a geração até a disposição final para a unidade geradora (Mekaro; Moraes; Uehara, 2022).

O conhecimento profissional sobre os RSS gerados nos estabelecimentos de saúde pode ser o primeiro passo para o entendimento da dinâmica de seu correto descarte. 50% da equipe de enfermagem não soube identificar corretamente os RSS, e 60% declararam conhecer a legislação vigente sobre a classificação dos resíduos sólidos, sugerindo treinamentos e educação permanentes em relação ao assunto (Maia, Menezes, 2022).

O desconhecimento dos enfermeiros sobre o acondicionamento dos resíduos químicos e a falta de infraestrutura adequada foram constatados pela ausência de identificação das embalagens e pelo uso de materiais inadequados para o armazenamento de alguns grupos de resíduos. Essa situação compromete todas as etapas do manejo. Os riscos no manejo dos Resíduos de Serviços de Saúde estão associados aos acidentes ocupacionais, que ocorrem principalmente devido a falhas nas etapas de segregação e acondicionamento desses materiais (Santos *et al*., 2022). A identificação correta dos recipientes para o armazenamento dos resíduos é um fator crucial para o sucesso na etapa de segregação. Os símbolos relacionados aos resíduos perfurocortantes e biológicos são os menos conhecidos. O desconhecimento dos símbolos preconizados pela legislação vigente é preocupante, embora não seja possível afirmar com certeza se ocorre descarte inadequado como resultado disso. O manejo dos resíduos químicos tem sido uma área de destaque devido ao desconhecimento por parte dos profissionais sobre as especificidades dos produtos químicos e os riscos aos quais estão expostos (Mekaro; Moraes; Uehara, 2022).

É imprescindível desenvolver abordagens para treinamento sobre o assunto com o objetivo de estimular maior engajamento em atividades educacionais por parte dos profissionais e estudantes, visando sensibilizá-los para a responsabilidade de todos na geração, separação e descarte dos Resíduos de Serviços de Saúde. Isso, por sua vez, visa promover a adesão às Boas Práticas no manejo de RSS, conforme recomendado pela ANVISA, assegurando a qualidade da assistência prestada aos usuários, a saúde dos trabalhadores e a preservação e sustentabilidade do meio ambiente (Pinto *et al*., 2023).

A instrumentação de profissionais com visão crítica é vital para enfrentar várias circunstâncias, evitando comprometer a qualidade do serviço e expor as pessoas a riscos. É necessário que os trabalhadores sejam constantemente capacitados para que as etapas sejam implementadas e executadas com eficácia e resolução. A educação contínua em saúde é um elemento crucial para a adoção de boas práticas nos serviços de saúde e para garantir o controle eficaz dos riscos. Dessa maneira, os prestadores de serviços reconhecerão a importância de seu papel no trabalho realizado, promovendo o autocuidado, o cuidado com o usuário e a preservação do meio ambiente (Costa *et al*., 2024).

A introdução da importância do tema no contexto hospitalar contribui para a reestruturação das atividades laborais, visto que o saber constitui um recurso essencial para a

prática diária. Por meio dela, é possível atualizar o conhecimento e adquirir uma nova cultura, que deve ser cativante e estimulante para os profissionais de saúde (Pinto *et al*., 2023).

A população de uma forma geral não possui instruções sobre o descarte correto de medicamentos, e por isso encontra dificuldades para fazê-lo de maneira adequada. Como consequência, o descarte é realizado em lixo comum ou rede de esgoto sanitário. Para o RSS produzido em âmbito doméstico não há legislação específica, o que dificulta ainda mais que tais resíduos sejam descartados de forma apropriada. Os usuários da insulinoterapia são produtores de RSS doméstico de grande potencial de risco, em virtude do poder invasivo dos perfurocortantes, aliado ao fato de esse objeto estar contaminado com sangue (Cunha, 2022).

A acessibilidade e a disponibilidade de materiais e instrumentos que forneçam orientação aos profissionais são fundamentais para garantir práticas de segregação adequadas e contínuas nos hospitais (Machado; Vieira; Romcy, 2023).

A falta de orientação geral e específica é determinante no descarte incorreto dos RSS domésticos. Foi atestado que o descarte de seringas, agulhas, fitas reagentes e frascos de insulina são realizados erroneamente na mesma porcentagem de usuários que não receberam orientações sobre o descarte correto desses resíduos. O estudo comprova que é 21 vezes mais provável que os pacientes orientados descartem adequadamente os resíduos que os não orientados. A educação em saúde, referente a gestão de resíduos no tratamento de pessoas com condições crônicas, é de suma importância, tendo em vista que diariamente podem ser produzidos RSS, que se não descartados de forma adequada possuem potencial em prejudicar a saúde de diversas pessoas, de forma direta ou indireta (Cunha, 2022).

A formação periódica sobre gestão de resíduos de saúde e os esclarecimentos sobre o risco associado aos resíduos de saúde são fundamentais para aumentar a consciencialização de todos os profissionais de saúde. A implementação rigorosa de diretrizes de gerenciamento de resíduos de saúde para garantir o gerenciamento adequado de resíduos, juntamente com o fornecimento de equipamentos de proteção individual para os manipuladores de resíduos, ajuda a reduzir lesões (Machado; Vieira; Romcy, 2023).

Estabelecer uma cultura de preservação ambiental e saúde pública deve ser um objetivo primordial dos serviços de saúde. Para tanto, as precauções com os Resíduos de Serviços de Saúde dentro desses estabelecimentos devem ser integradas em todas as fases do manejo desses resíduos e devem começar com investimentos na educação contínua, levando em consideração o conhecimento dos colaboradores, seu envolvimento nessa prática e seu engajamento com suas responsabilidades laborais (Costa *et al*., 2024).

O comprometimento conjunto de gestores e profissionais que estabeleçam vínculos entre saúde e meio ambiente, e que também envolvam a comunidade em suas iniciativas, juntamente com o conhecimento da equipe multidisciplinar, influencia diretamente nas abordagens em relação aos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) e, em uma perspectiva mais abrangente, na saúde ambiental (Muñoz *et al*., 2022).

Para serviços que ainda não implementaram a sensibilização sobre o gerenciamento de resíduos, é recomendável conduzir uma avaliação utilizando instrumentos confiáveis. Posteriormente, é essencial promover o diálogo com todos os membros das equipes envolvidas em alguma fase da gestão de resíduos. Com isso, a etapa seguinte seria a elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), enfatizando os fundamentos para um gerenciamento adequado (Muñoz *et al*., 2022).

A educação contínua é essencial para capacitar os funcionários, garantindo a execução correta nas etapas do manejo. Um gerenciamento apropriado é capaz de reduzir os riscos tanto para os profissionais quanto para os usuários do hospital, ao mesmo tempo que promove uma gestão mais integrada e sustentável (Mehl *et al*., 2022). A educação contínua possibilita a conformidade com as normas e constitui um processo de aprendizado que deve ser integrado ao Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, facilitando o planejamento e a

implementação de boas práticas nos serviços de saúde primários. Momentos de reflexão incorporados à rotina assistencial têm o potencial de gerar mudanças significativas na realidade do trabalho. Portanto, o departamento de recursos humanos pode desempenhar o papel de promover programas de capacitação como parte integrante do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (Maia, Menezes, 2022).

O êxito do programa está diretamente relacionado à participação consciente e à cooperação de todo o pessoal envolvido no processo, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares, equipe de limpeza, coletores internos e externos, pessoal de manutenção e serviços. Um modelo de gestão que envolva um acompanhamento participativo entre o gerador e os responsáveis pela prestação de serviço é essencial para alcançar um PGRSS eficaz e redução das dificuldades no ambiente profissional (Maia, Menezes, 2022). O enfermeiro deve estar atualizado com as novas legislações e fundamentar seu trabalho em conhecimento científico para garantir maior eficácia e consistência, melhorando assim a tomada de decisões gerenciais e promovendo mudanças dentro do ambiente de trabalho. Isso permitirá um planejamento mais eficiente do gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, incentivando práticas sustentáveis em saúde. É necessário que os planos de melhoria sejam revisados e que seja realizado um planejamento estratégico para implementar mudanças no PGRSS, alinhando-o com as práticas globais de segurança no trabalho, políticas ambientais e sustentabilidade nos serviços de saúde (Carneiro; Santos; Nogueira, 2022).

Para implementar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, é necessário apresentar os documentos pertinentes, adquirir Equipamentos de Proteção Individual (EPI), afixar avisos e símbolos em locais estratégicos, adaptar as práticas operacionais para garantir a segurança dos trabalhadores e usuários, e realizar palestras sequenciais e treinamentos coletivos. É recomendável designar profissionais específicos para ministrar os treinamentos, abordando temas como o manuseio correto dos EPIs, a conscientização das responsabilidades compartilhadas por toda a equipe e a manutenção regular da limpeza das áreas de armazenamento (Muñoz *et al*., 2022).

O uso de Equipamentos de Proteção Individual é essencial para prevenir acidentes de trabalho, sendo obrigação da empresa fornecê-los aos trabalhadores de acordo com os riscos envolvidos. Embora não elimine completamente a possibilidade de acidentes, o uso dos EPIs tende a reduzir significativamente os danos e suas consequências. É preocupante que mais da metade dos técnicos de enfermagem desconheça se a instituição possui o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Portanto, é vital que todos os profissionais envolvidos diretamente nas atividades de gerenciamento de resíduos estejam familiarizados com o método utilizado para o gerenciamento dos RSS, principalmente sua segregação. Eles devem ser capazes de identificar os símbolos, os padrões de cores adotados e compreender a correta localização dos recipientes para resíduos. A falta de capacitação, a ausência ou o uso inadequado de Equipamentos de Proteção Individual e práticas descuidadas no uso e descarte de materiais perfurocortantes podem estar relacionados à incidência de acidentes de trabalho (Caldas *et al*., 2019).

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deve estar acessível não apenas para os profissionais da instituição, mas também para os usuários e clientes do hospital. No entanto, foi observado que a instituição que serviu de laboratório para o estudo não disponibilizou o PGRSS para a pesquisa, o que dificultou a análise e a possibilidade de contribuições para sua elaboração e execução (Santos *et al*., 2022). Foi constatado que o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde não está de acordo com que é recomendado pelas normas em vigor. Todos os profissionais das equipes de saúde, incluindo aqueles responsáveis pelo gerenciamento de RSS, precisam receber capacitação contínua e eficaz sobre o manejo desses resíduos (Mekaro; Moraes; Uehara, 2022). É preocupante que mais da metade dos enfermeiros e técnicos de enfermagem tenham afirmado não saber se a instituição possui o

Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços. Os profissionais de enfermagem são considerados alguns dos principais geradores de RSS, pois estão diretamente envolvidos na segregação, manejo e descarte desses resíduos. Eles também devem contribuir para a implementação do PGRSS, sugerindo mudanças estruturais, fornecendo orientação profissional e ajudando a desenvolver políticas para a gestão adequada dos resíduos. O apoio dos gestores é fundamental para a elaboração e implementação efetiva do PGRSS (Santos *et al*., 2022).

O gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde requer atenção por parte dos gestores, responsáveis técnicos, profissionais da saúde e da limpeza em todos os ambientes onde esses resíduos são gerados. Para garantir que o manejo dos RSS seja realizado de forma adequada, é fundamental conduzir estudos sobre a situação atual do gerenciamento desses resíduos, visando apresentar novos indicadores e um panorama atualizado. No entanto, muitos estudos sobre o gerenciamento e manejo dos RSS focam apenas na geração e segregação dos resíduos, sem explorar outras etapas do processo de manejo. Para assegurar um manejo seguro e adequado, é crucial obter informações sobre o tipo e a quantidade de resíduos gerados em cada serviço de saúde, seja público ou privado. Isso é considerado um elemento de suma importância para o gerenciamento eficaz, uma vez que é necessário ter dados precisos sobre a geração de RSS. O desconhecimento por parte dos responsáveis pelo manejo dos Resíduos de Serviços de Saúde sobre a geração dos mesmos, a organização da coleta interna de acordo com os grupos de RSS, o tipo de transporte e a disposição final dos resíduos indica uma falta de capacitação dos profissionais envolvidos no manejo e gerenciamento dos RSS (Mekaro; Moraes; Uehara, 2022).

Para garantia de uma gestão eficaz de resíduos dos serviços de saúde, é preciso desenvolver um plano de gestão que defina as responsabilidades dos gestores e dos profissionais de saúde, pois o sucesso depende do comprometimento de cada indivíduo. A primeira fase do processo é o manejo, que tem início com a segregação dos RSS. Esta etapa é importantíssima, porque envolve todos os trabalhadores da saúde e serve de base às etapas seguintes (Santos *et al*., 2022).

O tipo de função e atividades exercidas pelo profissional define o nível de risco à exposição aos acidentes ocupacionais. Os técnicos de enfermagem costumam ser a categoria mais propensa, pelo contato direto no atendimento aos pacientes e pelo baixo conhecimento em relação ao manejo dos RSS. Diferente do enfermeiro, que assumem a gestão e coordenação da equipe (Santos *et al*., 2022).

A composição dos RSS varia de acordo com o local em que foi gerado, sendo comum a ocorrência de resíduos contaminados por presença de materiais biológicos, os perfurocortantes, medicamentos, dentre outros. Para que a manutenção da saúde no ambiente hospitalar ocorra da melhor forma é muito importante o manejo correto. Assim se evita a exposição dos trabalhadores e pacientes ao risco de contato com os microrganismos que, pela contaminação da biota, alteram-na completamente, determinando uma cadeia de transmissibilidade de doenças, potencialização da virulência e a resistência microbiana desse agente agressor (Maia, Menezes, 2022).

Ao averiguar as dificuldades de profissionais da enfermagem diante do gerenciamento dos RSS, identificou fragilidade relacionada à falta de atenção, de tempo, de treinamento e informação. Essa investigação desperta para a necessidade de implantação de estratégias de educação, objetivando minimizar agravos à saúde e ao meio ambiente. Os profissionais da saúde possuem dificuldades por causa da ausência ou escassez da capacitação sobre o gerenciamento dos resíduos sólidos dentro da instituição hospitalar. Os fatores que interferem para a não realização do gerenciamento dos resíduos sólidos estão associados à falta de treinamento, e até mesmo a inserção deste conteúdo ao longo da formação profissional (Maia, Menezes, 2022).

Um dos fatores importantes está relacionado ao treinamento dos profissionais para uma

segregação correta. Há de se levar em consideração que os profissionais que atuam no processo podem não ter em sua formação as noções sobre cuidados ambientais. Via de regra, sua formação é específica, técnica e não proporciona o preparo necessário para a busca de condições que propiciem a minimização de riscos, tanto os que são inerentes à execução de suas atividades quanto os que envolvem o meio ambiente. A gestão de resíduos normalmente é delegada aos trabalhadores com baixa escolaridade, que executam a maioria das atividades sem a devida orientação ou a proteção insuficiente (Maia, Menezes, 2022).

Foi apurado o desconhecimento sobre o manejo dos resíduos sólidos em saúde no contexto hospitalar, embora mostrassem conhecimento de que o descarte incorreto de lixo contaminado afetaria a saúde das pessoas, podendo ocasionar danos também ao meio ambiente (Maia, Menezes, 2022).

Os acidentes de trabalho com exposição a material biológico representam um grande desafio às instituições de saúde, pois se constituem como problema de saúde pública, sendo considerado o maior agravo à saúde do trabalhador. Os trabalhadores da saúde têm um risco 1,5 vezes maior de ter acidente de trabalho ou doença profissional comparativamente aos trabalhadores de outros setores. Os trabalhadores da limpeza e conservação dos serviços de saúde podem acidentar-se em consequência das ações de outros profissionais da área da saúde que, ao descartarem de forma inadequada os materiais utilizados em procedimentos hospitalares, facilitam a ocorrência de acidentes (Caldas *et al*., 2019).

Os trabalhadores da limpeza, contratados por empresas terceirizadas, estão sujeitos a uma série de desafios relacionados à segurança no trabalho. Nos últimos anos, tem-se percebido a importância de discutir a segurança ocupacional nas empresas terceirizadas, dada a natureza variada do trabalho e a diversidade de ambientes de trabalho. Isso gera uma grande dificuldade no controle dos riscos à saúde e à integridade física dos trabalhadores, aumentando o potencial de acidentes de trabalho. Essa questão precisa ser abordada para garantia de condições de trabalho seguras e proteger a saúde e o bem-estar dos trabalhadores terceirizados (Caldas *et al*., 2019).

Sempre que são criadas normatizações a serem cumpridas faz-se necessário a adequação do serviço no que tange às normatizações vigentes e a capacitação/treinamento da equipe envolvida no processo. A utilização das tecnologias eletrônicas digitais é recomendada para auxilio desse processo e também em prol do desenvolvimento de hábitos saudáveis e atitudes sustentáveis pelos cidadãos (Figueira, 2021).

Os resíduos sólidos de origem farmacêutica são de interesse da saúde pública. Descartam-se, aproximadamente, 20% dos medicamentos utilizados pela população brasileira em lixo doméstico ou lançados na rede de esgoto. Torna-se essencial, que se promovam ações de educação em saúde e gerenciamento correto dos resíduos farmacêuticos de forma a minimizar o descarte inadequado dos medicamentos (Carvalho Neto *et al*., 2020).

Considerando que os RSS representam potencial risco à saúde humana, as ações de educação profissional que proporcionem o conhecimento destes riscos são de suma importância. São necessárias medidas de prevenção e controle destes riscos, proporcionando uma melhoria na saúde ambiental e ainda do ambiente laboral (Muñoz *et al*., 2022).

A definição da metodologia para capacitar as equipes em gerenciamento de RSS é influenciada pela comunicação. É importante identificar as condições do ambiente para entender como as melhorias estruturais para o acondicionamento de RSS podem ser implementadas. Além disso, é necessário realizar um estudo sobre como a má gestão dos RSS afeta a saúde ocupacional dos profissionais e seu público externo (Muñoz *et al*., 2022).

É crucial adaptar a linguagem de acordo com o público-alvo. Todos os profissionais devem ser envolvidos no projeto de gerenciamento de RSS, garantindo sua eficácia. A cultura local precisa ser levada em consideração ao implementar as estratégias. Devem ser criados instrumentos que ajudem a identificar as oportunidades de melhoria. A comunicação

desempenha um papel central em todas essas etapas, garantindo a compreensão e o engajamento de todos os envolvidos (Simas, 2022).

O desenvolvimento de estratégias de comunicação em saúde para atender o público externo do hospital: pacientes em uso de insulina, seus familiares, membros da comunidade local e os responsáveis pela coleta de resíduos precisa se tornar uma prioridade para que ocorra uma gestão de resíduos de saúde satisfatória. É preciso promover o incentivo à mudança de hábitos para práticas seguras e sustentáveis e buscar fornecer orientação sobre a aplicação do aprendizado no descarte residencial. O fato de se fazer público relatos de incidências que impactam negativamente no meio ambiente, provocando acidentes que resultam na transmissão de doenças é mais uma contribuição por meio da comunicação (Cunha, 2022).

Uma sugestão indicada é a criação de vídeos educativos para sensibilizar as comunidades, fazendo uso de uma comunicação direta, dinâmica e cativante nas plataformas de mídia social para promover a integração do Serviço de Saúde com a comunidade. É sugerido também que haja um direcionamento sobre a utilização responsável e o fracionamento de medicamentos, visando evitar o descarte em locais inadequados ou nos sistemas de esgoto (Carvalho Neto *et al*., 2020).

Recomenda-se a criação de um programa para educação contínua e treinamento de novos funcionários sobre o manuseio de resíduos, sugerindo métodos de comunicação adequados para cada equipe, como cartazes, boletins ou palestras. Também é incentivada a integração entre as equipes de diferentes níveis hierárquicos, bem como a interação com o público do hospital, visando promover uma comunicação eficaz e uma gestão integrada dos resíduos (Maia, Menezes, 2022).

A promoção do envolvimento interdisciplinar, com o comprometimento de todas as categorias profissionais em relação à responsabilidade ambiental da instituição é um ponto chave no que se diz respeito a GRSS. Isso inclui garantir treinamento para todos os trabalhadores, inclusive os catadores de materiais recicláveis, para que tenham acesso às informações sobre os riscos, medidas de proteção, estratégias de redução na produção de resíduos e a forma correta de segregação dos resíduos da saúde. Essas ações visam garantir uma gestão ambientalmente responsável e segura dos resíduos gerados pela instituição (Santos *et al*., 2022).

CONCLUSÕES

A revisão de literatura realizada revela a importância da comunicação eficaz na administração dos resíduos de saúde. O estudo mostrou que a comunicação é mais do que um meio de transmitir informações, é um elemento indispensável para a construção de uma cultura organizacional sustentável e segura.

Investir em comunicação além de ser uma estratégia de gestão, é uma responsabilidade ética e social, capaz de contribuir para a proteção da saúde pública e do meio ambiente. Por meio de uma comunicação eficaz, é possível alcançar um manejo mais seguro e responsável dos resíduos de saúde, beneficiando a sociedade como um todo.

Os resíduos de saúde representam uma categoria específica e perigosa de resíduos que, se não forem geridos corretamente, podem causar sérios danos ao meio ambiente e à saúde pública. A gestão eficiente desses resíduos envolve etapas complexas que vão desde a segregação, coleta, armazenamento, transporte, tratamento até a disposição final. Cada uma dessas etapas requer um entendimento claro e preciso das normas e procedimentos por parte de todos os envolvidos. E dessa forma a comunicação desempenha um papel fundamental.

O papel da comunicação não se resume na divulgação de campanhas esporádicas e direcionadas a determinado público sobre os riscos pela exposição aos resíduos hospitalares. Ela tem fundamental importância na condução do processo de gerenciamento, partindo do

pressuposto de que, em algum momento, todos são geradores de resíduos de serviços de saúde, seja na condição de usuário ou de profissional dessa área. É cabível a conscientização dos envolvidos na gestão dos materiais resultantes das atividades da saúde, com o esclarecimento da que valorize a informação, educação e conscientização a respeito do tema.

O Gestor de Serviço de saúde desempenha a função de garantir que todos os departamentos e funcionários envolvidos, de forma direta ou indireta, no manejo de resíduos estejam informados sobre as normas e procedimentos. Deverá assegurar que os funcionários recebam treinamento adequado a respeiro de métodos seguros de manuseio, separação, embalagem e descarte de resíduos, implementando programas educacionais e de treinamento contínuos. É essencial estabelecer canais eficazes de comunicação interna, como reuniões periódicas, boletins informativos e comunicações por e-mail. Além disso, o gestor tem a responsabilidade de garantir que todos os responsabilidade de cada agente na geração, segregação, acondicionamento, coleta e tratamento dos resíduos sólidos da saúde.

É possível concluir que a comunicação influencia diretamente a eficiência, eficácia, segurança e a sustentabilidade das práticas adotadas na gestão de resíduos de saúde. A pesquisa destaca a necessidade de um compromisso contínuo com a melhoria dos processos comunicativos, promovendo uma cultura organizacional processos e práticas de gerenciamento de resíduos estejam em conformidade com as regulamentações locais, estaduais e federais. Em situações de emergência, como surtos de doenças infecciosas, o gestor desempenha um papel chave na comunicação imediata e eficaz das diretrizes emergenciais relacionadas ao manejo de resíduos. Ele também deve monitorar continuamente os processos para identificar áreas de melhoria, assegurando o cumprimento das melhores práticas, incluindo a coleta e análise de dados sobre a geração de resíduos, eficácia das medidas de segurança e conformidade regulatória.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Gerenciamento de Resíduos. **Brasília: ANVISA**, 2020.

ALMEIDA, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), **Literacia em saúde na prática** (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA.

BRASIL. Informe de Saúde: Edição Especial - Semana Epidemiológica 204 de2014. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2014.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente - **CONAMA. (2005)Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005**.

BRASIL. Acidentes de trabalho caem 25,6% no Brasil em 10 anos. **Previdência Social, 2023**.

CARVALHO NETO, F. J. *et al*. Tecnologia educacional sobre descarte domiciliar de medicamentos. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-6], 2020.

COSTA, I. C. S. *et al*. Gerenciamento de resíduos de um serviço de hemodiálise na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2024.

CUNHA, L. M. Descarte correto de resíduo doméstico de pessoas em uso de insulina:

tecnologia para educação ao paciente. **Enferm Foco**. 2023.

FIGUEIRA, S. H. S. Ferramenta eletrônica para o gerenciamento de explantes ortopédicosem tempo real. **Universidade federal do estado do Rio de Janeiro**, 2021

GOMES, S. C. S *et al*. Acidentes de trabalho entre profissionais da limpeza hospitalar em uma capital do Nordeste, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4123-4132, 2019.

MACHADO, L. G. Da. F.; VIEIRA, L. J. E. De. S.; ROMCY, C. M. A. Boas práticas sobre o gerenciamento de resíduos em saúde: uma revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama**, v.27, n.8, p.4798-4815, 2023.

MAIA, L. P. L.; MENEZES, A. P. S. Percepção de profissionais sobre resíduos sólidos em saúde no contexto hospitalar. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 35, 2022

MARTINIANO, R. Comunicação empresarial: teoria e pesquisa. São Paulo; Manole, 2007, p. 156.

MEHL, H. *et al*. Gerenciamento de resíduos em serviços de saúde: Avaliação dos procedimentos adotados em um hospital no Paraná. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.46, n.4, a.3733, 2023.

MEKARO, K. S.; MORAES. A. I. De. S.; UEHARA, S. C. Da. S. A. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde na rotina dos enfermeiros da atenção básica de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2022.

PEDRA, D. Comunicação Organizacional: o que é + principais tipos. **Siteware**, 04 ago 2023. Disponível em: [https://www.siteware.com.br/blog/comunicacao/comunicacao-organizacional/]. Acesso em: 02 mai 2024.

PINTO, E. L. G. *et al*. Quiz interativo: Estratégia para capacitação de profissionais sobre manejo de resíduos de serviços de saúde. **Enferm Foco**, 2023

POLAKIEWICZ, R. Os resíduos da saúde: um conhecimento necessário. **Portal PEBMED**, 2022. Disponível em: pebmed.com.br/os-residuos-da-saude-um-conhecimento-necessario

QUEIROZ, J. Fundhacre aborda descarte de resíduos sólidos e riscos com materiais perfurocortantes em treinamento na UPA Franco Silva. **Agência de notícias do Acre**, 2023.

SALOMÃO, C. H. D. *et al*. Evidências do gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde na atenção primária. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2022.

SANTOS, M. H. S. *et al*. Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde em um Hospital Público do Maranhão. **Enfermagem Atual in Derme**, v. 96, n. 37, 2022.

SANTOS, R. O. A importância da comunicação no processo de liderança. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 72, 20 set. 2018.

SIMAS, A. L. F. Planejamento da política de resíduos sólidos do Estado de São Paulo: Proposição metodológica para estudos prospectivos. **Universidade de São Paulo, Faculdade**

de Saúde Pública, 2022.

OS BENEFÍCIOS DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE PARA OS STAKEHOLDERS NA ATENÇÃO À SAÚDE

Clara Fernandes Pelegrino Colombini de Paiva; Graduação; 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

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

Fernanda Gonçalves de Souza; Mestranda; Programa de Pós-graduação em Demografia; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: Atualmente diversos autores esclarecem a importância do cuidado centrado no paciente. Cuidar de forma centrada é tratar de modo a suprir as necessidades individuais dos pacientes, levando em consideração as preferências, contextos e princípios de cada um e não somente a doença. Esse trabalho contextualiza o cuidado centrado no paciente, através de uma revisão sistemática de literatura do tipo integrativa. Foram selecionados 8 artigos das bases de dados constantes na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico. É desejado motivar os gestores de saúde e os profissionais da assistência a introduzir a aplicação do cuidado centrado nas organizações, a partir dos benefícios encontrados para as instituições de saúde, para os pacientes e familiares, para os profissionais de saúde e para a sociedade, como maior segurança e qualidade dos serviços e melhor experiência do paciente nos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado centrado no paciente; Atenção à saúde; Stakeholders; Experiência do paciente; Qualidade.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado centrado, focado e direcionado ao paciente, tornou-se um tema de relevância nas últimas décadas e muito discutido nos dias atuais. Diversos estudiosos têm debatido a importância do cuidado centrado no âmbito da saúde, entretanto, ainda não há um consenso sobre sua definição. Isso ocorre porque é um campo que surgiu há pouco tempo e ainda está em progresso (Silva, 2020). O cuidado centrado depende das necessidades, circunstâncias e preferências de cada um, ou seja, o que é importante para uma pessoa pode não ser para outra. Além disso, a noção do cuidado centrado pode mudar ao longo do tempo, à medida que o indivíduo adquire novas vivências e experiências e suas necessidades se alteram (The Health Foundation, 2014).

Somado a isso, muito se discute sobre a utilização do termo cuidado centrado no ‘paciente’ ou na ‘pessoa’. O termo pessoa ainda é considerado novo, porém, ele considera o indivíduo como um todo, sem um foco direto na doença ou nos sintomas, considerando também as preferências de cada um, o bem-estar e o contexto social e cultural em que se encontra. Note-se que diferentes autores utilizam outros termos para se referir ao mesmo assunto como ‘cuidado centrado no cliente’, ‘cuidado centrado na relação’ ou até mesmo ‘mutualidade’. Entretanto, a grande maioria dos estudos já publicados utilizam o termo ‘cuidado centrado no paciente’, termo mais comum para se referir ao tema e atualmente ainda é o mais utilizado na área da saúde (The Health Foundation, 2014).

Ainda assim, apesar de ser um conceito novo e em desenvolvimento, o cuidado centrado é fundamental para o bom funcionamento dos serviços prestados na atenção à saúde.

Atualmente, foca-se muito em metas que assegurem financeiramente os serviços prestados, e esse fato acaba menosprezando a maneira como o mesmo é ministrado e suas implicações. A maioria das pessoas já vivenciou situações mal coordenadas nos serviços de saúde, o que prejudica todos que estão envolvidos na assistência. Sendo assim, o cuidado centrado é de suma importância para um serviço digno, respeitoso e bem coordenado, trazendo benefícios para todos que fazem parte da atenção à saúde, ou seja, todos os *stakeholders* (The Health Foundation, 2014).

Segundo Freeman, o *stakeholder* é qualquer pessoa ou grupo que pode afetar ou é afetado pela realização das metas e objetivos da empresa. Em 1963, o Instituto de Pesquisa Stanford, definiu *stakeholders* como os grupos cujos a falta de apoio, a organização deixaria de existir. Em suma, *stakeholders* são todas as partes envolvidas, que podem influenciar ou afetar, ou são influenciados ou afetados pelas ações de uma organização, como os funcionários, beneficiários, investidores e até a instituição em si (Machado, 2011).

Nesse sentido, os *stakeholders* são todos que de alguma forma estão ligados ao cuidado centrado na atenção à saúde e todos eles são direta ou indiretamente atingidos pela aplicação do mesmo. Além disso, alcançar uma saúde integrada e centrada depende de vários aspectos, dentre eles a experiência do paciente e a qualidade nos serviços de saúde, sendo que ambos têm um efeito notável quanto ao cuidado centrado no paciente e são verdadeiros pilares para a execução do mesmo. Diante do exposto, é uma necessidade encorajar os sistemas de saúde a adotarem uma abordagem de cuidados integrados e centrados nos pacientes, pois além de fornecer vantagens desejadas pelas instituições, oferece vastos benefícios sociais para indivíduos e comunidades (OMS, 2015).

Nesse contexto, o objetivo geral da presente pesquisa foi identificar os benefícios do cuidado centrado no paciente para todos os *stakeholders*, a fim de, incentivar os gestores para a aplicação do mesmo nos serviços prestados visando uma melhor a atenção à saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 *O Cuidado Centrado no Paciente*

Em 1950, o psicólogo Carl Rogers utilizou pela primeira vez o termo ‘cuidado centrado no paciente’, embora o seu conceito seja diferente do atual existe um ponto em comum: a empatia, ponto principal ou ‘consideração positiva incondicional’. Posteriormente, no início dos anos 1960, Rogers empregou o termo ‘centrado na pessoa’ (The Health Foundation, 2014). Já o termo ‘medicina centrada no paciente’ foi introduzido na literatura médica em 1955 por Balint, ele propôs que os médicos deveriam focar nas necessidades únicas de cada paciente, em oposição à abordagem tradicional que se concentra na doença (Silva, 2020).

Na década de 1970, George Engel propôs a passagem do modelo médico para o modelo biopsicossocial de saúde, considerando as variáveis psicológicas, sociais e biológicas. Esse modelo foi de grande importância para os sistemas de saúde e promoveu a mudança necessária para a prestação do cuidado centrado no paciente. Ao longo das décadas seguintes, o cuidado centrado no paciente passou a se difundir cada vez mais no meio da saúde, principalmente no Reino Unido. Em 2000, o Departamento Nacional de Saúde da Inglaterra publicou o Plano Nacional do Serviço de Saúde, em inglês *National Health Service Plan* (NHS), que incluiu orientações para cuidado centrado no sistema de saúde, porém, não atendeu as expectativas dos profissionais e dos pacientes (Silva, 2020).

Em 2009, o NHS publicou sua primeira constituição regulamentadora. Ela afirma que os serviços prestados devem refletir as necessidades e as preferências dos pacientes, familiares e cuidadores. Sendo assim, todos eles, quando relevantes, devem ser envolvidos e consultados em todas as decisões sobre o cuidado e tratamento do paciente. Essa posição foi reforçada nas

versões seguintes da constituição do NHS. Hoje em dia, os quatro países do Reino Unido possuem políticas fundamentais para o cuidado centrado (The Health Foundation, 2014).

Na Inglaterra, a Lei de Saúde e Assistência Social de 2012 impôs ao NHS a obrigação legal de envolver os pacientes no processo de cuidado. Já na Escócia, o foco do programa Vision 2020 é o apoio ao autocuidado, o que contribui positivamente para o cuidado centrado no paciente. A Irlanda do Norte cita o enfoque no paciente e no cliente como uma de suas três áreas prioritárias na estratégia de qualidade. Por último, a literatura médica do País de Gales se concentra exclusivamente em assegurar que o cuidado prestado pelo NHS seja centrado no paciente (The Health Foundation, 2014).

Além disso, o Reino Unido conta com a Health Foundation, uma instituição filantrópica, que busca auxiliar e melhorar a qualidade do sistema de saúde do país, por meio de financiamento de programas, pesquisas e análises das políticas de saúde. Em 2014 eles publicaram 4 princípios fundamentais do cuidado centrado. O primeiro é assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito, o segundo e o terceiro é, respectivamente, oferecer um cuidado coordenado e personalizado. O quarto e último princípio é apoiar as pessoas para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena (The Health Foundation, 2014).

Já nos Estados Unidos, o cuidado centrado no paciente foi inserido na área da saúde, pela primeira vez, em 2001. O *Institute of Medicine* (IOM) incluiu o cuidado centrado no paciente como um dos atributos da qualidade em saúde, no relatório *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. No documento, o IOM definiu o cuidado centrado no paciente como a prestação de cuidado de forma respeitosa e que atenda às preferências, necessidades e princípios individuais dos pacientes, garantindo que os valores de cada um, com sua individualidade, orientem todas as tomadas de decisões que influenciam a saúde do mesmo (RODRIGUES, *et al*., 2018).

Nos dias atuais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define o cuidado centrado no paciente como cuidar das pessoas segundo as necessidades e expectativas de cada um, da família e da comunidade em que está inserido, não mais em torno das doenças. Ademais, a OMS afirma que o cuidado centrado exige educar cada paciente para que eles tenham conhecimento suficiente, a fim de tomarem decisões e participarem dos seus próprios cuidados. Tal afirmativa demonstra que antes de assumir o papel de pacientes, é importante reconhecer que todas as pessoas são seres humanos com capacidade de promover, proteger e preservar sua própria saúde, encorajando a autonomia, independência e autogerenciamento das condições de saúde a longo prazo (OMS, 2015).

2.2 *Cuidado Centrado, Experiência do Paciente e Qualidade do Cuidado*

Alcançar uma saúde integrada e centrada nas pessoas depende de vários aspectos, entre eles, a experiência do paciente. Nos serviços de saúde a experiência do paciente tem um efeito notável quanto ao cuidado centrado. Sendo assim, é possível afirmar que a experiência do paciente e o cuidado centrado possuem vasta relação (OMS, 2015). Na contemporaneidade, as pessoas buscam por experiências memoráveis e as organizações devem se tornar promovedoras de boas experiências. É possível afirmar que o valor da experiência permanece na memória de qualquer pessoa envolvida em algum acontecimento (Disney Institute, 2011).

A experiência do paciente é um tema novo e vem adquirindo cada vez mais visibilidade no Brasil e no mundo. Segundo a *Agency For Healthcare Research And Quality* (AHRQ) a experiência do paciente inclui todas as interações e vivências que os pacientes têm com o sistema de saúde, abrangendo toda a sua jornada, desde o momento que uma pessoa procura um atendimento, até os planos de saúde e o contato com todos os profissionais da área, seja em

hospitais, clínicas, laboratórios, procedimentos médicos, entre outros serviços prestados. (Silva, 2020).

Os padrões e valores do atendimento ao cliente, são critérios que garantem um cuidado centrado nos serviços, é importante possuir informações sobre cada pessoa, quais suas necessidades, desejos e contexto em que vive (Disney Institute, 2011). O mesmo vale para as instituições de saúde, que devem sempre garantir que a voz do paciente seja o alicerce para os serviços prestados. A experiência vivida por ele atua como fator crucial para o cuidado centrado, o que denota atenção por parte dos gestores e prestadores dos serviços de saúde (Costa et al., 2020).

Assim como a experiência do paciente, a qualidade é um dos pilares do cuidado centrado. Donabedian, autor no campo da qualidade do cuidado de saúde, considera a melhoria da qualidade um método para avaliar e aperfeiçoar continuamente a forma como os serviços de saúde são prestados, com o objetivo de atender às necessidades dos pacientes de forma eficaz. Sendo assim, é possível afirmar que a qualidade melhora consideravelmente o cuidado centrado no paciente (Martins, 2019).

Atualmente, a Health Foundation define a qualidade como a prestação de cuidados eficazes, seguros e que proporcionam uma experiência no grau mais alto de positividade, sendo atenciosos, receptivos e personalizados, atendendo às necessidades de cada pessoa. Uma prestação de cuidados de alta qualidade, busca maximizar o bem-estar do paciente (The Health Foundation, 2021). De maneira geral, segundo o *Institute of Medicine* (IOM), a qualidade possui as seguintes dimensões: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade (Martins, 2019).

Importante ressaltar que a qualidade e o cuidado centrado envolvem intrinsecamente a segurança do paciente, um dos sustentos para a garantia de um serviço de qualidade e focado. A segurança do paciente, pode ser compreendida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (Martins, 2019). Portanto, prestar um serviço de qualidade envolve vários aspectos e proporciona melhorias na experiência, produtividade e resultados no cuidado centrado no paciente, além disso, melhora também a vida dos profissionais que trabalham nos cuidados de saúde, uma vez que aperfeiçoam o desempenho dos mesmo e o seu bem estar (The Health Foundation, 2013).

2.3 O cuidado Centrado no Brasil

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um fator crucial para o bom desempenho do cuidado centrado no paciente, de acordo com a lei nº 8.080, de setembro de 1990, o SUS tem como missão garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Além de assegurar o acesso equânime e integral aos serviços de promoção, proteção e recuperação à saúde para todos os cidadãos do país (Brasil, 1990).

Um dos principais componentes do SUS é a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo uma peça fundamental para a introdução do cuidado centrado, principalmente pelos médicos com especialidade em medicina da família e comunidade. Na APS, regularmente as pessoas apresentam problemas relacionados aos aspectos físicos, psicológicos e sociais. Esses problemas normalmente possuem causas complexas e estão associados a diferentes circunstâncias, tornando insuficiente uma abordagem centrada na doença. Com isso, os médicos de família e comunidade adotam o cuidado centrado no paciente, não limitando o seu atendimento a nenhum grupo populacional ou a doenças e intervenções específicas. Em vez disso, eles acompanham as pessoas ao longo do tempo, levando em consideração uma variedade de problemas de saúde, além do contexto social de cada um e as circunstâncias em que eles vivem (Silva, 2020).

Em 2006 o Ministério da Saúde publicou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, contendo seis princípios básicos que asseguram ao cidadão o ingresso digno ao procurar um atendimento, seja na rede pública ou privada. São eles: o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, tratamento do problema adequado e efetivo, atendimento humanizado e acolhedor para todos os cidadãos, respeito aos valores e princípios de cada um, autocuidado e auto responsabilidade e por último o comprometimento dos gestores para o bom cumprimento dos direitos de todos (Ministério Da Saúde, 2011).

Em adição, o Ministério da Saúde disponibiliza diversos programas e políticas para melhoria dos cuidados, como a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, que tem o propósito de entregar um serviço humanizado à população por meio da aproximação entre profissionais e pacientes, além disso, procura garantir um tempo de atendimento adequado, incluindo a redução de filas e tempo de espera, além de uma gestão participativa e um tratamento de excelência. (Ministério Da Saúde, 2004) Somado ao PNH, o Ministério da Saúde criou no mesmo ano o Plano Nacional de Saúde (PNS), com o objetivo de promover a ampliação das ofertas de serviços, recursos e medicamentos em tempo oportuno, de maneira que melhore os cuidados na atenção à saúde (Ministério Da Saúde, 2020).

Pode-se citar ainda diversas políticas no sistema de saúde brasileiro que buscam assegurar a qualidade nos serviços prestados para todos os usuários, proporcionando melhoria na oferta do cuidado. Em 1995, o Ministério da Saúde criou o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), que estabeleceu as principais diretrizes a serem seguidas pela rede pública e privada do país. Entre as diretrizes apontadas, pode-se citar a acreditação hospitalar, que contribui para melhoria contínua dos serviços prestados pelos hospitais brasileiros (Galdino et al., 2016).

Em 2004, foi instituído o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), ele realiza avaliações periódicas nos estabelecimentos de saúde do SUS, como hospitais, unidades básicas de saúde e serviços especializados (Ministério da Saúde, 2015) Pode-se citar ainda, o QualiSUS, que tem como objetivo a implantação de estratégias para melhorar a qualidade das redes de atenção, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Requalifica UBS, que procuram aprimorar os serviços prestados na atenção básica no âmbito do SUS (Galdino et al., 2016).

Portanto, é notável a diversidade de programas e políticas que buscam melhorar a forma como o cuidado é oferecido no Brasil, seja nas redes públicas ou privadas. Entretanto, ainda existe o desafio de colocá-los em prática com efetividade, isso ocorre por motivos culturais da população, pela infraestrutura dos ambientes onde os serviços são prestados ou até mesmo por profissionais resistentes a mudanças, que acreditam já praticar o cuidado centrado no paciente, incluindo a ausência de gestores capacitados para direcionar a equipe. Dessa forma, apesar da quantidade de políticas e programas, ainda é preciso estudos e pesquisas que incentivem os profissionais de saúde a colocar em prática o cuidado centrado no paciente (Rodrigues et al., 2018).

2.4 Implementação do Cuidado Centrado no Paciente

A OMS definiu cinco estratégias a serem seguidas para a prestação de serviços de saúde ser mais centrada no paciente. A primeira é capacitar e envolver as pessoas, ou seja, educar a população para que cada indivíduo tome a decisão correta sobre sua própria saúde, por exemplo, buscando o atendimento específico para o seu problema, o que as tornam co-produtoras na contribuição do cuidado centrado, deixando de ser coadjuvantes nos cuidados de sua própria saúde. A segunda é reforçar a governação e responsabilização, sugere-se a criação de programas, políticas públicas e planos estratégicos que reforcem o cuidado centrado, nos quais toda a população tenha acesso (OMS, 2015).

A terceira é a reorientação do modelo de atenção, ele baseia-se em equilibrar os serviços de saúde em prol do cuidado centrado, o que inclui diversos desafios. Entre os principais desafios se tem o financiamento, todo o processo deve ser bem organizado e planejado. O ambiente físico deve ser reorganizado para um bom funcionamento do cuidado centrado, a qualidade do serviço deve sempre ser averiguada, deve garantir a segurança do paciente e além disso os profissionais de saúde devem ser treinados para um bom atendimento (OMS, 2015). Segundo a Health Foundation o principal fator para proporcionar um cuidado centrado é a disposição dos profissionais de saúde, que devem estar abertos a diferentes abordagens (The Health Foundation, 2014).

A quarta estratégia citada pela OMS é a coordenação de serviços, o que significa a integração dos serviços prestados em diferentes níveis de saúde, seja ela pública ou privada. Tal fato envolve uma equipe multidisciplinar e uma integração dos fluxos e processos, por meio de uma boa comunicação e um bom alinhamento entre as diferentes redes de serviço de saúde. A quinta, é a criação de um ambiente favorável, ou seja, que seja propício e harmonioso para a implementação efetiva do cuidado centrado no paciente (OMS, 2015).

Para mais é importante citar a importância de uma liderança eficaz, capaz de criar um ambiente favorável para que o cuidado centrado no paciente seja colocado em prática com eficiência. Cabe aos gestores de saúde adotar uma abordagem consistente e alinhada a fim de melhorar a qualidade dos cuidados, criar um ambiente favorável para os prestadores de serviços, incentivando a comunicação e a participação de todos, além de identificar pontos de melhorias e desenvolver sistemas e inovações que colaborem com a implementação do cuidado centrado (The Health Foundation, 2013).

3 METODOLOGIA

O método adotado foi uma revisão sistemática de literatura do tipo integrativa. A revisão integrativa consiste na compilação e análise de diversos estudos e pesquisas relevantes, o que permite a síntese do estado do conhecimento de um tema específico, o que facilita chegar a conclusões gerais a respeito de uma área de estudo (Mendes *et al*., 2008).

A revisão integrativa é dividida em seis etapas conforme Mendes et al. (2008). A primeira etapa consistiu na identificação do tema e seleção da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa (Mendes et al., 2008). Sendo assim, o tema e a pergunta norteadora foi: “Quais os benefícios do cuidado centrado no paciente para os stakeholders na atenção à saúde”.

A segunda etapa consistiu na busca nas bases de dados para a seleção de estudos que serão incluídos na revisão (Mendes *et al*., 2008). Foram incluídos artigos e periódicos nas bases de dados Lilacs, BDENF - Enfermagem, Medline e Coleciona SUS constantes no portal Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico.

No portal BVS foram utilizados os descritores: (cuidado centrado OR cuidado centrado no paciente OR experiência do paciente OR qualidade no cuidado OR assistência centrada no paciente OR gestão do cuidado) AND (atenção à saúde OR assistência à saúde OR serviços de saúde). Para o Google Acadêmico foram considerados os textos que tinham no título as palavras-chave: cuidado centrado no paciente. Foram considerados os textos em português, publicados nos últimos dez anos. Além disso, foram excluídos os trabalhos que não estavam publicados na íntegra, além dos que se apresentaram duplicados nas bases de dados e não se adequaram ao tema pesquisado, após a leitura do título, resumo e do texto completo.

A amostra inicial constituiu-se de 197 artigos, sendo 152 (BVS); 45 (Google Acadêmico). As estratégias de busca e as bases de dados, juntamente com o número de artigos, encontram-se abaixo registradas no Quadro 1.

Quadro 1 - Bases de dados, estratégias de busca e resultados. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2024

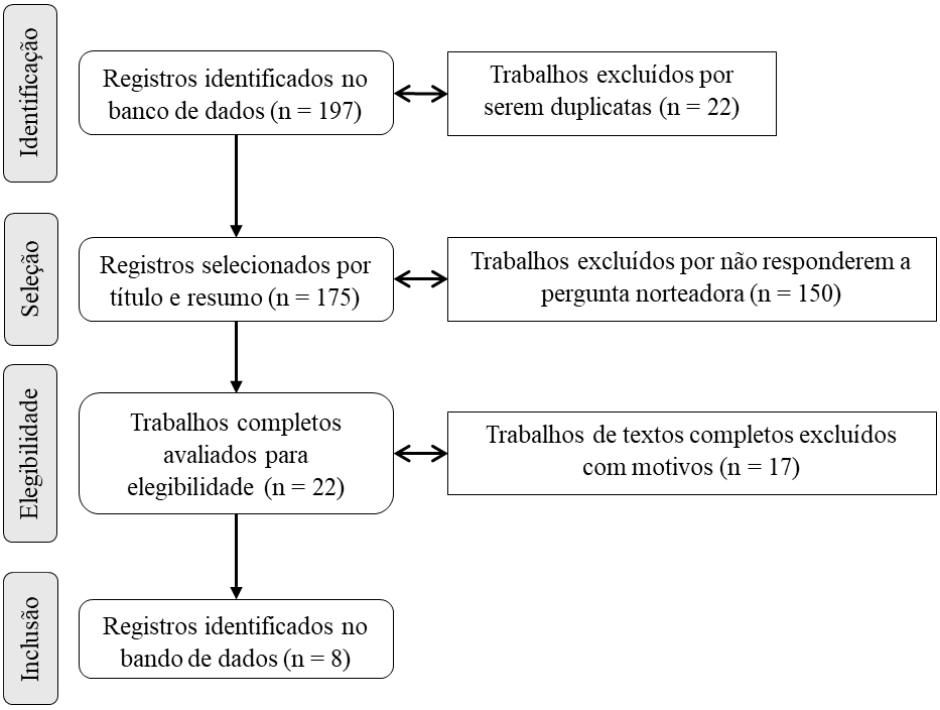
BASE	ESTRATÉGIA DE BUSCA	RESULTADOS
LILACS (BVS)	(cuidado centrado OR cuidado centrado no paciente OR experiência do paciente OR qualidade no cuidado OR assistência centrada no paciente OR gestão do cuidado) AND (atenção à saúde OR assistência à saúde OR serviços de saúde)	119
BDENF - Enfermagem (BVS)	(cuidado centrado OR cuidado centrado no paciente OR experiência do paciente OR qualidade no cuidado OR assistência centrada no paciente OR gestão do cuidado) AND (atenção à saúde OR assistência à saúde OR serviços de saúde)	58
MEDLINE (BVS)	(cuidado centrado OR cuidado centrado no paciente OR experiência do paciente OR qualidade no cuidado OR assistência centrada no paciente OR gestão do cuidado) AND (atenção à saúde OR assistência à saúde OR serviços de saúde)	17
Coleciona SUS (BVS)	(cuidado centrado OR cuidado centrado no paciente OR experiência do paciente OR qualidade no cuidado OR assistência centrada no paciente OR gestão do cuidado) AND (atenção à saúde OR assistência à saúde OR serviços de saúde)	15
Google Acadêmico	palavras-chave: cuidado centrado no paciente	45

Fonte: Elaborado pelo autor.

A localização das duplicatas foi feita através do gerenciador de referências *Endnote Web*, foram excluídas 22 publicações duplicadas, restando 175 trabalhos. Após a eliminação dos estudos repetidos foi feita a leitura dos títulos e resumos dos textos, retirando-se 150 publicações, o que resultou em uma seleção parcial de 25 textos. Após a leitura do material completo de cada publicação foram excluídos 17 trabalhos, o que resultou em um total de 8 publicações para a amostra final.

Para colocar em prática as etapas da revisão integrativa foi utilizado as estratégias de busca recomendadas pelo grupo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyse*s (PRISMA), em português: Itens de Relato Preferenciais para Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (Silva et al., 2015), como apresentado no fluxograma (Figura 1), atualizada em 2023 por Page et al. (2023).

Figura 1 - Fluxograma, segundo Prisma, para seleção dos estudos encontrados. Belo Horizonte, 2024.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Durante a terceira etapa os estudos encontrados foram organizados de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. As informações organizadas foram o título da publicação, os autores, a base de dados, o periódico e o ano de publicação (Mendes et al., 2008), conforme ilustrado no Quadro 2.

Na quarta etapa foi feita uma análise dos dados encontrados, na qual avaliou-se os resultados de maneira imparcial, buscando explicações em cada estudo para as variações nos resultados encontrados, para melhor avaliação dos resultados foi feito um resumo de cada publicação (Mendes et al., 2008).

A quinta etapa correspondeu à fase de discussão dos principais resultados (Mendes et al., 2008), os resultados foram analisados de modo crítico, de maneira que foi possível identificar as relações entre os autores e pesquisas no contexto do cuidado centrado no paciente.

A sexta e última consistiu na elaboração do documento que contemplou os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos (Mendes et al., 2008).

4 RESULTADOS

Nesse item do trabalho apresenta-se o resultado da revisão integrativa, iniciando com a descrição das principais características dos estudos selecionados, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Apresentação da relação dos trabalhos selecionados incluídos na revisão integrativa: título, autores, base de dados, periódicos e ano. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2024.

N°	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO	AUTORES	BASE DE DADOS	PERIÓDICOS	ANO
1	A utilização do método clínico centrado na pessoa e a relação com a melhoria da performance clínica de médicos do programa de educação permanente para médicos da estratégia de saúde da família da região ampliada de saúde Jequitinhonha - MG	Cruz, C. S. S; Fernandes, D. R.F; Martins, S. R. R; Silva, E. J; Silvério, J. B; Oliveira, L. C. de.	ColecionaSUS (BVS)	Gerais (Esc. Saúde Pública Minas Gerais)	2014
2	Cuidado centrado no paciente e sua aplicabilidade em um hospital público universitário	Tedesco, M. F. M.	Google Acadêmico	FGV Biblioteca Digital	2019
3	Validação de indicadores de efetividade hospitalar na dimensão cuidado centrado no doente	Seiffert, L.S; Wolff, L. D. G; Silvestre, A. L; Mendonça, T. R; Cruz, E. D. A; Ferreira, M. M. F; Amaral, A. F. S.	BDENF (BVS)	Revista de Enfermagem Referência	2020
4	Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde	Castro, R. C. L de; Knauth, D. R.	LILACS (BVS)	Rev. Bras. Med.Ffam. Comunidade	2021
5	Experiência do paciente: caminhos percorridos e a percorrer na coprodução do cuidado centrado no paciente	Costa, D; Moura, G. M. S. S; Canever, B. P; Weimer, L. E; Kassick, F; Costa, F. G; Souza, A. D. Z; Silva T. M.	Google Acadêmico	Research, Society and Development	2022
6	O cuidado centrado no paciente na atenção domiciliar	Santos, D. B.	Google Acadêmico	FGV Biblioteca Digital	2023
7	Gestão de competências das equipes de saúde para o Cuidado Centrado no Paciente	Silva, P. L.; Vieira, A.; Paula, M. C. R.	Google Acadêmico	Gestão e Planejamento - G&P	2023
8	Prática do acolhimento na atenção psicossocial para o cuidado centrado na pessoa	Sousa, J. M; Farinha, M. G; Landim, J. S. S; Lucchese, R; Paranaguá, T. T. B; Nunes, F. C; Bezerra, A. L. Q.	LILACS (BVS)	Cogitare Enfermagem	2023

Fonte: Elaborado pelo autor.

Todos os artigos foram publicados em periódicos brasileiros e é perceptível que o tema cuidado centrado vem sendo estudado com maior atenção a partir de 2020, principalmente em 2023, período pós pandemia. O Quadro 3 apresenta um resumo dos estudos, incluindo o método de estudo, o objetivo, a amostra e os resultados encontrados em cada estudo.

Quadro 3 - Apresentação das informações dos trabalhos selecionados incluídos na revisão integrativa: métodos, objetivos, amostra e resultados. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2024.

N°	MÉTODO	OBJETIVO	AMOSTRA	RESULTADOS
1	Estudo quantitativo	Avaliar o programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família (PEP) na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha (RASJ).	Equipes da Estratégia de Saúde da Família de 14 municípios que integram a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais, com 31 médicos e 383 usuários dos serviços.	A educação permanente nos moldes do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família pode melhorar o desempenho clínico dos médicos e aumentar o envolvimento do usuário no atendimento pela utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa.
2	Estudo qualitativo, exploratório	Identificar a percepção da alta direção sobre a assistência baseada no cuidado centrado no paciente em hospital público universitário de grande porte.	Gestores da alta liderança do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo das seguintes áreas: Diretora Clínica, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia e Psicologia.	O cuidado centrado no paciente oferece benefícios significativos para a instituição e para o paciente. No entanto, há obstáculos a serem superados, como as limitações de compreensão e participação de alguns pacientes, especialmente aqueles com baixa escolaridade. Para a implementação bem-sucedida do modelo de assistência centrada, é necessário mapear todo o fluxo do paciente e garantir que todas as formas possíveis de inserção do paciente como centro do cuidado sejam compreendidas e valorizadas por todos na instituição.
3	Survey	Validar indicadores quanto à detecção de atributos que possibilitem medir a efetividade da assistência hospitalar na dimensão do cuidado centrado no doente.	O estudo foi realizado em duas fases, por meio de inquérito online. A 1ª fase foi realizada com 52 participantes e a 2ª com 43. Entre o total de participantes tinham: 65.38% enfermeiros, 15.38% médicos, 9.62% farmacêuticos, 5.77% administradores e 3.85% de outras categorias profissionais. Quanto à titulação, 36.64% eram graduados, 36.64% mestres e 26.72% doutores.	Foram validados 4 indicadores (satisfação do doente; cirurgias canceladas no dia agendado; recomendação do hospital pelo doente; e envolvimento do doente com o próprio cuidado), com alta consistência interna (0,98). Os indicadores validados favorecem a avaliação da efetividade da assistência hospitalar orientada para a valorização da pessoa enquanto centro do cuidado. Os indicadores não validados são objeto de estudos futuros.
4	Estudo transversal	Investigar se há associação entre o grau de orientação ao método clínico centrado na pessoa, segundo a percepção da pessoa, e a satisfação com a última consulta médica em um	Pessoas com hipertensão e/ou diabetes nas 12 unidades de um serviço de APS, em Porto Alegre.	A orientação ao método clínico centrado na pessoa esteve associada significativamente com a maior satisfação das pessoas com aspectos relacionados ao serviço (forma de agendamento e cordialidade da recepção) e ao atendimento médico (atenção dada às queixas pelo médico, exame físico do médico, explicações sobre problema e explicações sobre prognóstico), com a consulta em geral e com o tratamento da hipertensão arterial sistêmica e/ou do

		serviço de atenção primária à saúde (APS).		diabetes mellitus na unidade de saúde.
5	Estudo qualitativo, exploratório - descritivo	Identificar iniciativas que demonstram a coprodução do cuidado centrado no paciente durante a internação hospitalar.	Observação de 10 profissionais e 24 entrevistas com pacientes internados por seis dias ou mais em um hospital universitário público da região sul do Brasil. .	Foi possível identificar caminhos percorridos e a percorrer na coprodução do cuidado centrado no paciente, segundo suas experiências. Pode-se constatar a importância da equipe de saúde para promover a participação dos usuários no cuidado.
6	Estudo qualitativo, exploratório	Analisar de que forma o cuidado centrado no paciente está inserido nas práticas assistenciais da atenção domiciliar.	14 enfermeiros e um administrador, responsáveis pela gestão clínica em empresas de atenção domiciliar filiadas ao Núcleo Nacional de Empresas de Atenção Domiciliar	Todos os entrevistados neste trabalho entendem a importância do cuidado centrado no paciente para melhores resultados assistenciais na Atenção Domiciliar.
7	Survey	Analisar as competências associadas à prática do cuidado centrado no paciente.	148 profissionais de saúde de um hospital privado de Belo Horizonte.	Os resultados da pesquisa mostram que a abordagem do cuidado centrado está sendo gradualmente integrada, indicando a necessidade de educação contínua para promover uma mudança significativa na maneira como os profissionais prestam cuidados. Reconhecer a necessidade de melhorias é fundamental para impulsionar a mudança de comportamento e aprimorar as habilidades. Nesse contexto, o uso do instrumento adaptado e validado pode ser uma ferramenta valiosa para impulsionar esse processo de mudança.
8	Estudo qualitativo	Analisar a prática de acolhimento de pessoas em atenção psicossocial para atendimento cuidado centrado	17 profissionais de duas unidades de Atenção Psicossocial na Região Central do Brasil.	Houve progresso nas práticas de acolhimento de alguns profissionais alinhadas ao modelo de cuidado psicossocial, mas há uma necessidade de educação contínua para que o acolhimento centrado na pessoa se torne uma ação comum nos serviços.

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos oito estudos 5 utilizaram o método quantitativo para coleta e análise dos dados. Os estudos buscaram investigar, avaliar, analisar, validar ou identificar a relação entre o cuidado centrado e os benefícios para os pacientes e para os profissionais de saúde. Além disso, um dos estudos identificou programas capazes de validar indicadores que auxiliam na avaliação do cuidado centrado e outro estudo analisou a percepção da gestão sobre a assistência baseada no cuidado centrado.

5 DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que existem diversos benefícios do cuidado centrado para os stakeholders, entre esses os mais recorrentes foram as instituições de saúde, os pacientes e familiares, os profissionais de saúde, e a sociedade.

5.1 Benefícios para as instituições

Os benefícios do cuidado centrado no paciente para as instituições de saúde foram similares na maioria dos estudos. Os benefícios apontados pelas pesquisas realizadas por Cruz (2014), Tedesco (2019) e Santos (2023) são:

- Redução de encaminhamento e o pedido de exames desnecessários;
- Redução do número de internações e reinternações hospitalares;
- Menor tempo de permanência do paciente na instituição.

A pesquisa realizada por Tedesco (2019) ainda aponta mais dois benefícios não citados nos outros estudos:

- Melhoria da imagem da instituição;
- Melhora o posicionamento da instituição com relação aos outros hospitais.

Os benefícios citados acarretam em dois principais benefícios do cuidado centrado para as instituições de saúde, que são a redução de custos assistenciais (Santos, 2023) e gastos desnecessários (Cruz et al., 2014). Tais benefícios são encontrados não somente em hospitais, mas em vários setores da assistência, como na Atenção Primária à Saúde (APS) (Castro et al., 2021). Outro setor que também se beneficia com o cuidado centrado são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), responsáveis pelo tratamento de pessoas com transtorno mental (Souza et al., 2023). Além dos citados, a Atenção Domiciliar é outra área da assistência que também goza dos benefícios citados, esse setor tem grande relevância para os sistemas de saúde e para a sociedade, pois, com a longevidade da população, ele atende às necessidades dos pacientes portadores de doenças crônicas, com múltiplas comorbidades, no conforto de suas residências (Santos, 2023).

5.2 Benefícios para os pacientes e familiares

Em relação aos benefícios para o paciente as pesquisas realizadas por Cruz (2014), Tedesco (2019), Castro (2021) e Santos (2023) identificaram benefícios do cuidado centrado que se relacionam com a satisfação do paciente durante um tratamento ou uma consulta:

- Ambiente personalizado, confortável, individualizado e focado nas necessidades do paciente;
- Associação positiva entre o grau de orientação ao cuidado centrado, vivenciado pela pessoa na consulta, e a satisfação do paciente com a mesma;
- Identificação precoce de sinais de deterioração clínica, o que possibilita a intervenção mais rápida para resolução de demandas clínicas;
- Reduz encaminhamentos e pedidos de exames desnecessários, o que poupa tempo para os pacientes e reduz o estresse durante um tratamento;
- Melhor relacionamento entre médico e paciente;
- Melhora a satisfação e experiência.

Além disso, Costa (2022) apontou que ele também aumenta a segurança do paciente durante uma consulta ou um tratamento hospitalar. As pesquisas realizadas por Tedesco (2019), Costa (2022) e Santos (2023) também citam como os pacientes desenvolvem o conhecimento, as habilidades e a confiança necessários para gerenciar o próprio cuidado, o que traz diversos benefícios para a saúde do mesmo:

- O paciente toma decisões mais assertivas sobre a própria saúde e os tratamentos a serem realizados;
- O paciente dá mais valor a sua saúde e se torna protagonista do seu tratamento;
- Redução do absenteísmo nas consultas.

Segundo o estudo realizado por Tedesco (2019), o cuidado centrado permite maior envolvimento e entendimentos dos familiares e cuidadores com os pacientes e seu tratamento, além deste envolvimento ser um benefício direto, ele também leva em outros benefícios indiretos:

- Maior assistência para os pacientes fora do ambiente hospitalar, principalmente idosos;
- Diminui estresses e preocupações dos familiares;
- Aumenta as chances de resultados clínicos melhores.

Os benefícios para os pacientes e familiares foram observados em várias áreas da assistência, incluindo o tratamento de pessoas com transtorno mental. Um dos estudos realizados em dois CAPS da região central do Brasil destacou a importância do cuidado centrado para o tratamento dos pacientes, pois favorece a autonomia das pessoas para a tomada de decisões relativas à sua própria saúde. Além disso, garante que as pessoas sejam tratadas com dignidade e respeito (Souza et al., 2023). Outra área de assistência citada é a Atenção Domiciliar, todos os entrevistados que realizam o trabalho de Atenção Domiciliar relataram a importância do cuidado centrado no paciente para melhores resultados assistenciais no setor (Santos, 2023).

5.3 Benefícios para os profissionais de saúde

Os estudos realizados por Cruz (2014), Tedesco (2019), Castro (2021) e Santos (2023) citam um benefício do cuidado centrado para a equipe multiprofissional que atende na assistência: a melhora da performance clínica, acarretando em uma intervenção mais rápida da equipe o que agiliza a resolução de demandas clínicas. O estudo realizado por Costa (2022) ainda cita outro benefício, não mencionado pelos estudos anteriores: maior segurança tanto do paciente como da equipe durante os procedimentos clínicos e hospitalares. Entretanto quando se trata somente dos benefícios para os médicos, outros são encontrados pelos mesmos estudos:

- Melhor relacionamento entre médico e paciente;
- Redução do absenteísmo nas consultas.

Todos os benefícios citados trazem outros benefícios diretos e indiretos para a equipe de assistência. Segundo Castro (2021), a maior confiança do paciente com a equipe aumenta a satisfação dos profissionais com o trabalho realizado, estimulando-os no maior comprometimento com a execução do mesmo.

5.4 Benefícios para a sociedade

Em relação aos benefícios do cuidado centrado no paciente para a sociedade, todos os estudos relataram, de forma geral, maior qualidade dos serviços prestados na atenção à saúde, o que é um ponto positivo para a sociedade como um todo. Porém, as pesquisas de Santos (2023) e Cruz (2014) conseguiram destacar outros dois benefícios:

- Melhoria na qualidade de saúde da população;
- Maior reabilitação e reinserção das pessoas na sociedade.

O cuidado centrado é capaz de melhorar a saúde de toda população, pois melhora a qualidade dos serviços em vários âmbitos da atenção à saúde, além de aumentar o bem-estar geral, o que contribui para a criação de uma população mais saudável e consequentemente aumenta a qualidade e a expectativa de vida populacional (Cruz, 2014).

Além disso, o fato do cuidado centrado possibilitar maior reabilitação e reinserção das pessoas é um grande avanço da área da saúde, trazendo benefícios para toda população. A reabilitação tanto física quanto mental reduz o número de hospitalizações e o uso prolongado de serviços de saúde, o que resulta em uma diminuição dos custos associados aos cuidados médicos. Isso também libera recursos que podem ser utilizados para atender outras demandas do sistema de saúde, beneficiando toda a população (Santos, 2023)

5.5 Desafios

Um dos estudos analisados, que foi realizado no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC - FMUSP) demonstrou que os gestores compreendem a importância de um atendimento humanizado e com empatia, apesar das dificuldades do cotidiano de implementar o mesmo, como falta de recursos humanos (Tedesco, 2019). Entretanto, muitos médicos apesar de conhecerem os delineamentos do cuidado centrado, não conseguem colocá-los em prática com efetividade (Silva; Vieira; Paula, 2023). Tal fato também ocorreu entre os enfermeiros, que apesar de saberem da importância do cuidado centrado, ainda possuem pontos de vistas divergentes, o que reflete na qualidade e na experiência do paciente (Santos, 2023).

Além disso, a análise dos estudos apontou diferentes considerações sobre a segurança assistencial dos serviços. O tema teve divergência até mesmo dentro de uma única pesquisa, durante o estudo realizado por Costa (2022), os participantes demonstraram diferentes percepções sobre segurança do paciente, enquanto alguns entrevistados afirmaram perceber alta segurança nos atendimentos hospitalares, outros não tiveram a mesma percepção.

Diante de todo o exposto, é visível as diferentes interpretações sobre a implementação do cuidado centrado, da qualidade dos serviços e da segurança do paciente. Tal fato torna a mudança de cultura organizacional um grande desafio, ou seja, apesar de necessário, é complexo implementar um processo estratégico para modificar os elementos fundamentais que já compõem a cultura dos serviços de saúde, a fim de implementar o cuidado centrado no paciente e melhorar os aspectos relacionados ao mesmo.

Sendo assim, é primordial que os gestores desenvolvam treinamentos para os profissionais que se encontram na assistência, a fim de melhorar a comunicação entre os profissionais e os pacientes e tornar a tomada de decisão mais efetiva, com o intuito de promover o cuidado centrado (Silva; Vieira; Paula, 2023). Para auxiliar os gestores a acompanhar os resultados dos treinamentos existem diversas estratégias a serem adotadas, entre elas pode-se citar a realização de pesquisas (Seiffert et al., 2020), ou seja, o *feedback* dos pacientes, para promover mudanças nas práticas de saúde, aumentar a qualidade dos serviços e melhorar a experiência do paciente (Costa et al., 2022).

Os *feedbacks* dos pacientes viabilizam mensurar indicadores que classificam o cuidado centrado, o que ajudam no acompanhamento efetivo dos resultados que são desejados. Alguns indicadores de possível análise são: “recomendação do hospital pelo doente” (tem por objetivo medir a satisfação com a estrutura, processos administrativos e assistenciais, bem como com os resultados do tratamento); “envolvimento do doente com o próprio cuidado” (possibilita avaliar se o paciente foi respeitado desde a conceção à execução dos cuidados de saúde); e “orientação ao doente” (mede a conexão entre a equipa assistencial e o paciente, além da existência de barreiras de comunicação e a existência de um ambiente de diálogo aberto e de confiança) (Seiffert et al., 2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos estudos analisados foi possível identificar os benefícios do cuidado centrado para os stakeholders na atenção à saúde, tais como: a maior satisfação dos pacientes com as consultas; a redução de custos; maior autonomia das pessoas para cuidar da própria saúde; e a reinserção das pessoas na sociedade. O fato da maioria dos estudos terem ocorrido no período pós pandemia de Covid-19 deixa claro a relação entre o momento de incerteza e desafios vivido durante a pandemia e a necessidade da aplicação do cuidado centrado para a superação rápida e eficiente dos obstáculos vivenciados na área da saúde.

Porém, também foram encontrados diversos desafios, como a falta de profissionais que sigam os princípios e condutas orientadas para o cuidado centrado, o que dificulta a implementação do mesmo. Como efeito desse cenário, torna-se necessário a realização de

treinamentos para os profissionais da assistência e o acompanhamento dos resultados, assim será possível a aplicação mais assertiva do cuidado centrado no paciente.

Foi perceptível a falta de estudos sobre o tema realizados no sistema de saúde público brasileiro. Logo, sugere-se a realização de mais estudos do tipo quantitativo, em todos os componentes do Sistema Único de Saúde (SUS), é sugerido realizar estudos com os gestores, com os profissionais da assistência e com os usuários da rede de atenção, a fim de ter um panorama geral da atual situação do SUS em relação ao cuidado centrado. Assim, será possível traçar planos para a implementação total do cuidado centrado no paciente no SUS.

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. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cartas dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde**. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020 - 2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

CASTRO, R. C. L. de; KNAUTH, D. R. Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2702, 2021. DOI: 10.5712/rbmfc16(43)2702.

COSTA, D. G. et al. Experiência do paciente na coprodução de cuidados: percepções acerca dos protocolos de segurança do paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. 3272, 2020.

CRUZ, C. S. S. et al. A utilização do método clínico centrado na pessoa e a relação com a melhoria da performance clínica de médicos do programa de educação permanente para médicos da estratégia de saúde da família da região ampliada de saúde Jequitinhonha/MG. **Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 2, n. 1, p. 105-114, 2014.

DISNEY INSTITUTE**. O jeito Disney de encantar os clientes**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

GALDINO, S. V. et al. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista Gestão & Saúde**, v. 7, p. 1023-1057, 2016.

MACHADO JUNIOR, E. **Teoria dos Stakeholders**. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção) – Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2011.

MARTINS, M. **Qualidade em saúde e segurança do paciente**: aspectos fundamentais. 2. ed. p. 27-40. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

MENDES, K. dal 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, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **WHO global strategy on people-centred and integrated health services**. Genebra: OMS, 2015.

PAGE, M. J. et al. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. ***Revista Panamericana de Saúde Pública,*** v. 46, p. e112, 2023.

RODRIGUES, J. et al. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4263-4275, 2018.

SANTOS, D. B. **O cuidado centrado no paciente na atenção domiciliar**. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2023.

SEIFFERT, L. S. et al. Validação de indicadores de efetividade hospitalar na dimensão cuidado centrado no doente. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 5, n. 2, p. 1-7, 2020.

SILVA, P. L. **O modelo cuidado centrado no paciente: o caso de um hospital geral de grande porte de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

SILVA, Q. et al. Fatores de risco para mediastinite após revascularização do miocárdio: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1015-1022, 2015.

SILVA, P. L.; VIEIRA, A.; PAULA, M. C. R. Gestão de competências das equipes de saúde para o cuidado centrado no paciente. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 24, p. 192-205, jan./dez. 2023.

SOUSA, J. M. et al. Prática do acolhimento na atenção psicossocial para o cuidado centrado na pessoa. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, p. e92034, 2023.

TEDESCO, M. F. M. **Cuidado centrado no paciente e sua aplicabilidade em um hospital público universitário.** Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2019.

THE HEALTH FOUNDATION. **Person centred care made simple: what everyone should know about person centred care**. Londres: The Health Foundation, 2014.

THE HEALTH FOUNDATION. **Quality improvement made simple: what everyone should know about healthcare quality improvement**. Londres: The Health Foundation, 2013.

ISBN: 978-65-99-6864-2-9

EIXO TEMÁTICO: POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (PPAS)

ISBN: 978-65-99-6864-2-9

Resumos Expandidos

ANÁLISE DE TRAUMAS EM SERVIÇO POLICIAL MILITAR NO ESTADO DE MINAS GERAIS: IMPORTÂNCIA DO MONITORAMENTO CONTÍNUO DE INDICADORES DE SAÚDE OCUPACIONAL

Daniela Rodrigues Guimarães; Mestre; Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Cláudia Martins; Mestranda; Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Alice Silva Reis; Graduanda; Universidade Federal de Minas Gerais

Bárbara Cristina Dias Giaquinto; Mestre; Universidade Federal de Minas Gerais

Elen Cristiane Gandra; Doutora; Universidade Federal de Minas Gerais

Allana dos Reis Corrêa; Doutora; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: Os policiais militares estão expostos a riscos ocupacionais graves por enfrentarem situações adversas no exercício de suas funções (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021). O crescente índice de violência no Brasil acentua a exposição desses trabalhadores a eventos traumáticos, o que pode afetar sua capacidade laborativa e impactar de forma direta o sistema de saúde e a administração pública (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021). A ausência de um sistema nacional de monitoramento de morbimortalidade entre esses profissionais no Brasil resulta em dados fragmentados e dificulta a implementação de políticas públicas efetivas de prevenção e saúde ocupacional (Maia *et al*., 2019). **Objetivo:** Analisar os Atestados de Origem de policiais militares que sofreram traumas durante atividade laboral no Estado de Minas Gerais. **Referencial Teórico:** A gestão de riscos de acidentes de trabalho é uma ferramenta essencial para prevenir agravos à saúde dos policiais. Estudos destacam que a identificação precoce dos riscos ocupacionais, aliada a treinamentos adequados, é imprescindível na proteção da integridade física dos trabalhadores (Filho Souza, 2018; Carvalho, 2020). Ademais, o uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI) pode minimizar a incidência de traumas e reduzir as incapacidades decorrentes de acidentes em serviço (Luz, 2021). **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo onde foram analisados 327 Atestados de Origem que foram registrados no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2022, no Estado de Minas Gerais. A metodologia incluiu a coleta de dados sociodemográficos e funcionais das vítimas, bem como a avaliação das circunstâncias dos eventos traumáticos. Foi aplicada análise estatística descritiva para categorizar as ocorrências de trauma. Para as variações contínuas, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão. O teste de normalidade utilizado foi o de Shapiro-Wilk. As variáveis qualitativas foram descritas como frequências absolutas e relativas. Para verificar a independência ou associação entre duas variáveis categóricas, foi aplicado o Teste Qui-quadrado de Pearson. **Resultados e Discussão:** Os dados apontam para três principais categorias de atividades relacionadas às ocorrências: ações de policiamento (69,0%), atividades educacionais (14,0%) e deslocamentos (17,0%). A maioria das vítimas eram do sexo masculino(95,4%), com faixa etária predominante entre 31 e 40 anos. O policiamento realizado "a pé" foi o mais comum ($p<0,0001$),

e a maioria dos traumas aconteceu durante perseguições, abordagens, operações e prisões em vias públicas (65,7%). O acidente de trânsito foi o principal evento traumático (30,3%), ocorrendo principalmente durante deslocamentos (p<0,0001) (APÊNDICE A). O tipo de lesão mais frequente foi de natureza musculoesquelética (94,2%). O atendimento inicial foi geralmente realizado pelos próprios colegas, e as vítimas foram levadas para unidades de emergência em viaturas policiais. Em relação ao tempo de afastamento do serviço consequente ao trauma, verificou-se que 84,1% teve licença-saúde e 9,8% dispensa-saúde. Dentre as licenças, 78,7% geraram afastamento superior a 30 dias do(s) serviço(s) de natureza policial militar e verificou-se a ocorrência de dois óbitos (0,6%). Embora a taxa de mortalidade em traumas policiais seja baixa, a falta de treinamento adequado, o uso insuficiente de EPIs e a ausência de programas contínuos de capacitação contribuem para o aumento dos riscos ocupacionais. O estudo também identifica que o monitoramento contínuo desses indicadores pode proporcionar um planejamento estratégico mais robusto por parte das instituições de segurança pública, permitindo ajustes nos fluxos de atendimento e a implementação de ações educativas voltadas à prevenção. A utilização de sistemas informatizados para a análise de dados relacionados aos acidentes de trabalho emergiu como uma necessidade crucial para o aprimoramento das políticas de saúde ocupacional. **Conclusão:** Diante destes achados, é fundamental frisar e incentivar que as organizações policiais utilizem destes indicadores para possibilitar uma noção ampliada do contexto, perfil e circunstâncias da vitimização de policiais. A análise das variáveis aqui apresentadas caracterizam um problema de múltiplas determinações e as intervenções para sua redução perpassam diversos atores dos sistemas públicos, da sociedade e do sistema econômico, uma vez que coincidem com o perfil das vítimas de traumas em geral. A análise contínua dos indicadores de saúde ocupacional dos policiais militares é uma ferramenta fundamental para a prevenção de traumas e a promoção de um ambiente de trabalho seguro. A implementação de programas de capacitação, uso adequado de EPIs e o monitoramento constante das condições de trabalho podem contribuir para a preservação da integridade física desses profissionais e a melhoria da qualidade da assistência prestada. Esse estudo reforça a urgência de ações intersetoriais que visem não apenas à proteção dos policiais militares, mas também à elaboração de políticas públicas que integrem saúde e segurança no trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Policiais militares; Saúde ocupacional; Traumas; Prevenção; Segurança pública.

REFERÊNCIAS:

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **15º Anuário brasileiro de segurança pública. 2021.** Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/ anuario-2021-completo-v4-b x.pdf. Acesso em 12 dez. 2021.

FILHO, J. A. A. Z.; SOUZA, M. P. D.; CARVALHO, M. D. B. Perf**il epidemiológico dos atendimentos psiquiátricos pelo Samu Norte Novo no ano de 2018. Research, Society and Development**, n. 10, 2018.

LUZ, Cecílio Campiolo. Estudo acerca das legislações relacionadas aos equipamentos de proteção individual para os Policiais Militares da Polícia Militar do Paraná. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p. 103509-103529, 2021.

MAIA, A. B. P. et al. Ferimentos não fatais por arma de fogo entre policiais militares do Rio de Janeiro: a saúde como campo de emergência contra a naturalização da violência. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1911–1922, 2021.

SOUSA, L. V. DE et al. Atendimentos pré-hospitalares em população jovem do Distrito Federal. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, 2020.

APÊNDICE A: Tipo de evento traumático e tipo de trauma que acometeram policiais militares no Estado de Minas Gerais, Brasil, no período de 2019 a 2022.

Tabela 1 – Tipo de evento traumático e tipo de trauma que acometeram policiais militares. Minas Gerais, Brasil, 2019 a 2022.

Variáveis	Geral n(%)	IC 95%	Policiamento n (%)	Educação n (%)	Deslocamento n (%)	p-valor
Tipo de evento traumático						
Acidente de trânsito	99 (30,3)	25,5-35,4	43 (43,4)	4 (4,0)	52 (52,5)	<0,001
Quedas	78 (23,9)	19,5-28,7	66 (84,6)	9 (11,5)	3 (3,8)	0,001
Agressão	50 (15,3)	11,7-19,5	50 (100,0)	-	-	<0,001
Torção	39 (11,9)	8,8-15,8	28 (71,8)	10 (25,6)	1 (2,6)	0,007
Acidente por arma de fogo	10 (3,1)	1,6-5,4	9 (90,0)	1 (10,0)	-	0,270
Atropelamento	10 (3,1)	1,6-5,4	10 (100,0)	-	-	0,093
Choque elétrico	2 (0,6)	0,1-1,9	-	2 (100,0)	-	0,002
Acidente por arma branca	1 (0,3)	0,0-1,4	1 (100,0)	-	-	0,794
Outros	38 (11,6)	8,5-15,4	17 (44,7)	20 (52,6)	1 (2,6)	<0,001
Tipo de trauma						
Trauma músculo esquelético	308 (94,2)	91,3-96,3	212 (68,8)	45 (14,6)	51 (16,6)	0,173
Traumatismo craniano	9 (2,8)	1,4-5,0	9 (100,0)	-	-	0,119
Trauma torácico	8 (2,4)	1,2-4,6	5 (62,5)	-	3 (37,5)	0,213
Trauma abdominal	3 (0,9)	0,3-2,4	3 (100,0)	-	-	0,499
Lesão por queimadura	1 (0,3)	0,0-1,4	-	-	1 (100,0)	0,093
Traumatismo raquimedular	-	-	-	-	-	-
Outro	10 (3,1)	1,6-5,4	5 (50,0)	1 (10,0)	4 (40,0)	0,161

Nota: IC 95% = Intervalo de Confiança; p-valor: teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo, 2023.

ASSOCIAÇÃO DO RISCO SANITÁRIO COM A NATUREZA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Paula Wanderley Rodrigues; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Keli Bahia Felicíssimo Zocratto; Doutora; Docente do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A vigilância sanitária corresponde a fiscalização de relações sociais de produção-consumo em atividades de natureza particular ou pública que implicam risco à saúde coletiva. A qualidade dos produtos e serviços ofertados pelo setor regulado é de responsabilidade dos produtores ou prestadores de serviço ao longo da cadeia produtiva (Costa *et al.*, 2022). Embora os serviços de saúde tenham avançado nas últimas décadas com relação a requisitos de qualidade e segurança, os riscos fazem parte da dinâmica dos serviços pelo grau de complexidade envolvido nos processos (Silva Júnior; Rattner; Martins, 2016). Considera-se que os múltiplos objetos de atuação da vigilância sanitária têm características específicas, uma vez que são de interesse da saúde humana, produzem benefícios e possuem riscos intrínsecos. Os conceitos de avaliação de risco e risco sanitário são desafiadores quando colocados em prática, porém, são centrais para a tomada de decisão regulatória, permitindo ações sanitárias eficazes, transparentes e de confiança embasadas por critérios técnicos regulamentados (Navarro *et al.*, 2021). Uma vez que as condições sanitárias são adequadas, as unidades que prestam serviços de saúde podem potencializar a oferta do cuidado, contribuindo para a segurança dos serviços para os usuários, pacientes e profissionais. Sendo assim, as não conformidades repercutem de alguma maneira sobre a qualidade da oferta dos serviços, podendo incorrer em riscos à saúde coletiva (Souza; Barreto; Silva, 2017). **Objetivo:** Verificar a associação entre o risco sanitário com a variável natureza do estabelecimento (público ou privado) dos serviços de saúde sujeitos a fiscalização sanitária em Minas Gerais no período de 2020 a 2022. **Referencial Teórico:** A rede de serviços de saúde no Brasil é extensa e composta por unidades que variam de acordo com o grau de complexidade dos procedimentos. A disposição e a oferta dos serviços de saúde se expandiram significativamente ao longo das últimas décadas, com as mudanças do perfil demográfico e epidemiológico do país, que resultou em aumento na demanda por serviços assistenciais. O acesso aos serviços de saúde no Brasil foi ampliado consideravelmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas ainda há diferenças relativas as situações socioeconômicas dos usuários e as formas de financiamento dos serviços públicos e privados. De forma geral, as unidades de atenção básica e as de emergência são majoritariamente de natureza pública, enquanto os hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico são, em sua maioria, privados (Paim *et al.*, 2011). Com a expansão contínua do setor privado, os serviços de natureza pública se tornam subfinanciado, o que potencialmente compromete sua capacidade de assegurar a qualidade do cuidado e o acesso da população aos serviços (Noronha; Santos; Pereira, 2011). Quanto a satisfação e conformidade dos serviços de saúde, são identificados melhores resultados em serviços privados no que se refere ao cumprimento da legislação sanitária vigente. Bastos, Satur e Abreu (2020) verificaram a insatisfação dos usuários com os serviços de saúde de forma mais evidente nos serviços públicos, apesar de também evidenciar insatisfação significativa nos serviços de natureza privada. Nos serviços públicos, entende-se que há uma ineficiência para incorporação de mecanismos de controle de riscos devido principalmente a burocracia associada a gestão

administrativa e ao descaso e falta de experiência ou expertise dos profissionais dos serviços de saúde. Essa disparidade de resultados entre a natureza dos serviços pode contribuir para o cenário desigual e, consequentemente, interferir nos resultados de conformidade e satisfação dos serviços públicos e privados (Silva Júnior, Rattner; Martins, 2016). **Método:** Estudo descritivo, analítico e transversal de abordagem quantitativa referente aos dados secundários armazenados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) por meio do instrumento de notificação de risco – Vigi-Risco da área de serviços de saúde e de interesse da saúde. O recorte temporal definido compreendeu o período do triênio 2020-2022. O cenário do estudo consistiu no estado de Minas Gerais, englobando os 853 municípios divididos territorialmente em 28 Unidades Regionais de Saúde (URS). Na análise estatística, utilizou-se o teste qui quadrado a um nível de significância de 5% para verificar a associação entre as variáveis, e o coeficiente phi (ϕ) para medir a força de associação entre elas. Para os cálculos, modelagem e tabulação dos dados, utilizou-se o programa estatístico R Studio versão 4.2.1. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais por meio do Parecer Consubstanciado n° 6.516.519. **Resultados e Discussão:** Ao todo, foram notificadas inspeções em n=102.733 serviços de saúde no período analisado, sendo 19.905 (19,38%) serviços de natureza pública, 81.021 (78,87%) serviços de natureza privada e 1.807 (1,76%) considerados de outra natureza. Desse total, 13.353 (13%) foram em serviços com potencial de oferecer risco sanitário a população e 89.380 (87%) notificações foram em estabelecimentos que não geram risco à saúde. Foi apurada diferença estatisticamente significativa entre o risco sanitário e a variável natureza do estabelecimento ($p<0,001$), ou seja, foi verificada associação entre o risco sanitário e a natureza dos serviços. Os resultados demonstraram que a proporção de serviços públicos com risco sanitário (0,2817) foi maior do que a proporção de serviços públicos sem risco sanitário (0,1806). O oposto foi observado no caso dos serviços privados, nos quais a proporção foi maior em estabelecimentos que não geram risco (0,8024) do que os que oferecem risco (0,6968). Apesar de verificada associação, o serviço de saúde público ($\phi=0,20$) possui uma associação mais forte com o risco sanitário do que os serviços privados ($\phi=0,10$), que apresenta associação mais fraca. **Conclusões:** Os resultados demonstram a maior proporção de estabelecimentos públicos que ofereceram risco sanitário, quando comparado com a proporção de estabelecimentos privados. Esse resultado pode ser atribuído a rápida resposta do setor privado frente às intervenções da vigilância e às exigências regulatórias, que é facilitada pela flexibilidade desse setor para incorporar tecnologias gerenciais, de controle e de segurança, o que justifica a maior conformidade dos serviços privados sujeitos a fiscalização. Em contrapartida, os serviços públicos apresentam maior dificuldade em estabelecer estruturas inovadoras com alta capacidade de resposta às inadequações sanitárias verificadas nas inspeções. Portanto, a intervenção da vigilância sanitária no setor regulado, não apenas no âmbito normativo, deve incluir estratégias e atividades de caráter educativo mais focalizadas em serviços públicos, que apresentaram maior dificuldade no cumprimento das normas sanitárias, resultando em um maior risco à saúde da população.

REFERÊNCIAS:

BASTOS, A. F. V.; SATUR, R. V.; ABREU, N. R. Vida cuidada, saúde preservada: qualidade dos serviços públicos e privados de saúde. **Revista de Administração de Roraima**, Boa Vista, v. 10, n. 1, p. 1-19, maio 2020.

COSTA, E. A. *et al.* Desafios à atuação dos trabalhadores de Vigilância Sanitária nos serviços de saúde. **Revista Visa em Debate**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 14-24, fev. 2022.

NAVARRO, M. V. T. *et al.* Avaliação do risco potencial: da teoria à prática em Vigilância Sanitária. **Revista Visa em Debate**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 32-39, mar. 2021.

NORONHA, J.; SANTOS, I.; PEREIRA, T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N. R.;

AMARANTE, P. D. C. (orgs.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2011: 152–79.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, set. 2011.

SILVA JÚNIOR, J. B.; RATNNER, D.; MARTINS, R. C. A. Controle de riscos potenciais em serviços de hemoterapia no Brasil: uma abordagem para autoridades reguladoras. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 40, n. 1, p. 1-8, jul. 2016.

SOUZA, M. K. B.; BARRETO, L. A.; SILVA, E. A. L. Análise de conformidade e não conformidade de unidades de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 4, p. 1-9, dez. 2017.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância Sanitária; Risco Sanitário; Serviços de Saúde.

AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM MINAS GERAIS SOB A PERSPECTIVA DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE

Ana Angélica Murta Aun Pontes; Discente do Mestrado Profissional; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Mônica Viegas Andrade; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A organização do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) prevê a divisão de responsabilidades, encargos e atribuições entre os três entes federados, exigindo ações coordenadas, principalmente entre estados e municípios (AMORIM; MENICUCCI, 2008). A regionalização da saúde tem sido uma importante estratégia de planejamento que propõe a articulação desses entes em uma rede funcional, ordenada para garantir o acesso da população a todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006a). Um instrumento regulatório fundamental na organização desta rede é a Programação Pactuada Integrada (PPI), estabelecida através da Norma Operacional Básica (NOB/96) (BRASIL, 1996). A PPI busca articular serviços de diferentes graus de complexidade tecnológicas, ampliando o acesso ao sistema de saúde, além de fortalecer a gestão, uma vez que explicita fluxos estabelecidos, pactos e responsabilidades entre as três esferas de governo (BRASIL, 2002; 2006). O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para organização das Redes de Atenção no território e, junto com a PPI, visa operacionalizar a conformação descentralizada e integral da atenção à saúde no país. PPI e Regionalização necessitam ser coerentes entre si e trabalhadas de forma concomitante em um sistema de governança para definição clara do papel de cada município no sistema estadual de saúde (BRASIL, 2002). Um processo de governança robusto, torna-se mais essencial na áreas da atenção às urgências e emergências, onde a relação entre oferta e demanda precisam ser equalizada de forma ágil. A Rede de Urgência e Emergência (RUE) foi criada com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso integral dos pacientes em situações de urgência e emergência aos serviços de saúde, e elegeu a linha de cuidado cerebrovascular como prioritária no país, dentre outras (BRASIL, 2011). Considerando todo esse contexto de desafios organizacionais e operacionais do SUS, aprofundar no conhecimento dessa linha de cuidado sob a perspectiva da programação pactuada integrada e regionalização em saúde, é de suma importância, pois poderá subsidiar informações valiosas para melhorar o planejamento e a gestão do cuidado ofertado a pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) em Minas Gerais. **Objetivo:** Avaliar a linhas de cuidado do acidente vascular cerebral em Minas Gerais sob a perspectiva da programação pactuada integrada e regionalização em saúde. **Referencial Teórico:** O referencial teórico aborda os três principais temas do estudo: PPI, regionalização e as linhas de cuidado do AVC. A PPI visa a programação das ações de saúde de média e alta complexidade e a respectiva alocação de recursos destinados ao seu custeio

(BRASIL, 2011). No Estado de Minas Gerais, a gestão das pactuações intergestores foi completamente informatizada e é publicizada em sítio eletrônico público, com atualizações mensais. As regiões de saúde são construídas a partir de critérios que buscam coerências regionais para o uso dos sistemas de saúde: fluxos, necessidades em saúde, prestadores, recursos aportados. O Plano Diretor de Regionalização em Minas Gerais (PDR/MG), com objetivo de organizar espacialmente a oferta de serviços do SUS, atribui a cada município uma parcela de responsabilidade na oferta da assistência à saúde, usando critérios de hierarquização dos serviços segundo densidade tecnológica crescente (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2020), com objetivo de organizar espacialmente a oferta de serviços do SUS. No entanto, existem impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil, sendo a estrutura incompleta o principal desafio da equidade territorial a ser enfrentado (VIANA; IOZZI, 2019). As Linhas de Cuidado (LC) são ferramentas de microgestão de serviços das Redes de Atenção à Saúde e visam conectar as equipes e serviços no trajeto assistencial do paciente. Cada ponto de atenção possui diferentes papéis e co-responsabilidades, orientados por critérios de diagnóstico, tratamento e procedimentos a serem seguidos pelos gestores do SUS. A Linha do Cuidado do Acidente Vascular Cerebral no Adulto está disponíveis no portal do Ministério da Saúde e possui fluxo de encaminhamento, manejo inicial e planejamento terapêutico para cada ponto de atenção (BRASIL, 2020). **Método:** Este estudo caracterizou-se como descritivo, observacional e transversal, e abrangeu o cenário das 89 microrregiões e 14 macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais, definidas de acordo com o PDR/MG 2019-2022. As informações foram extraídas de três bases de dados do SUS, publicamente disponíveis: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos e Órteses e Próteses do SUS (SIGTAP), a Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais (PPI/MG) e Sistema de Informações Hospitalares do DATASUS. O período de análise foi de julho de 2022 a junho de 2023, perfazendo a avaliação de um ano. Foi realizado um levantamento dos procedimentos hospitalares relacionados à linha de cuidado do AVC na Tabela SUS, e posteriormente a localização de sua programação na PPI, com a verificação dos pactos regionais. Por fim, foi apurado os quantitativos físicos e financeiros produzidos no período julho de 2022 a junho de 2023 para cada microrregião de origem. Com os dados coletados, foram construídos indicadores para caracterização do planejamento (taxa de pactuação dentro da região), resolubilidade (taxa de produção dentro da região) e desempenho da rede (percentual de cumprimento da PPI) na linha de cuidado (LC) do AVC. **Resultados e Discussão:** A região Centro tem conseguido ser atendida na LC do AVC dentro de suas regiões, apesar da pactuação de algumas origens estarem fora de seus territórios. A produção das Formas de Organização (FOGS) de média complexidade (MC) e da Cirurgia endovascular (alta complexidade - AC) extrapolaram as metas físicas e financeiras anuais programadas na PPI. Diferentemente, FOG Cirurgias de trauma e anomalias do SNC que apresentou desempenho baixo. Na Macro CentroSul, a média complexidade do AVC teve planejamento e execução dentro das microrregiões, mas a AC nitidamente é um vazio assistencial na região. A produção das formas de organização de MC extrapola nas metas físicas programadas na PPI, mas não utilizam todo recurso financeiro anual. Assim, esses custos médios podem estar hiper estimados para a região. Na alta complexidade, físico e financeiros estão baixos, demonstrando que o acesso para os pacientes dessa região está deficitário, mesmo tendo pactos em outros territórios. A região do Jequitinhonha tem conseguido ser atendida na MC do AVC dentro de suas regiões, apesar da PPI estar pactuada fora do território para algumas origens. Na AC do AVC o pacto está, dentro da macro, mas a maioria de suas micros não teve atendimento registrado na produção hospitalar para esses procedimentos. Não é possível afirmar se a causa foi falta de acesso ou deve-se à ausência de demanda na região no período estudado. As metas físicas e financeiras da PPI foram extrapoladas na produção de média complexidade, mas na alta complexidade estão com baixo

desempenho. Na Macro Leste, na MC do AVC as demandas têm sido resolvidas prioritariamente dentro das micros, apesar da PPI ter pacto mais difuso nas regiões. O pacto estava planejado de forma predominante fora do território, evidenciando um vazio assistencial na região para a AC. Três das cinco microrregiões do território não tiveram atendimento para os procedimentos de alta do AVC no período. As metas físicas de média complexidade da PPI foram extrapoladas pela produção anual, mas o recurso financeiro, teve baixo desempenho. Os custos médios da MC do AVC podem estar hiper estimados para a região. A alta complexidade teve baixo desempenho tanto físico quanto financeiro, o que indica que mesmo pactuando fora da Macrorregião, esse acesso tem encontrado barreiras. A região Leste do Sul apresentou resolubilidade satisfatória para a média complexidade do AVC de forma coerente ao planejamento. No entanto, para AC a pactuação encontrava-se fora da macro, revelando um vazio assistencial na região. A resolubilidade insatisfatória já seria esperada devido ao fluxo do planejamento direcionar o atendimento para outro território. A produção das formas de organização de MC extrapola as metas físicas e financeiras programadas na PPI, estando com desempenho mediano/baixo nas FOGS de alta complexidade. A Macrorregião Nordeste apresentou boa organização dos pactos no território, além de resolver sua demanda na MCAVC, uma vez que pacto e atendimentos ocorreram de forma predominante dentro das microrregiões de origem. Na AC, a macro necessita de pactuar suas cotas fora do território, o que induz a sua baixa resolubilidade. Apenas quatro microrregiões, das oito da região, obtiveram atendimento para os procedimentos ACAVC no período avaliado, não sendo possível afirmar se por falta de demanda ou barreiras no acesso. Na média complexidade, as metas físicas e financeiras da FOG de neurologia da PPI foram extrapoladas na produção total. No entanto, a região apresentou baixo desempenho na execução das metas físicas da neurocirurgia de MC. De forma geral as FOGs da Alta complexidade tiveram atendimentos abaixo dos pactuados na PPI (metas físicas e financeiras). Na Macro Noroeste, as microrregiões de Patos de Minas e Unaí possuem planejamento e resolubilidade satisfatórios na MC. Já as regiões de João Pinheiro e São Gotardo tiveram classificações parcial e insatisfatória, respectivamente. Na alta complexidade toda a macro apresentou pacto e resolubilidade insatisfatórios, indicando vazio assistencial no território. O desempenho da rede para a média complexidade mostrou-se com execução mediana/boa de metas físicas e financeiras, mas na AC os atendimentos ficaram baixos para todas as micros. Na região Norte, planejamento e resolubilidade da alta complexidade estão mais organizados do que os da média complexidade. Cinco microrregiões estão com pactuação e atendimento predominantes fora das regiões de saúde. No entanto, todas regiões extrapolaram as metas físicas e financeiras da MC. Na Alta complexidade, o desempenho de Cirurgia endovascular está mais baixo. A região Oeste apresentou planejamento e resolubilidade de parcial a satisfatórios na média complexidade, mas na AC tiveram classificação insatisfatória. No desempenho da rede extrapolam as metas da PPI na Forma de Organização da Neurologia, mas nas demais o cumprimento da PPI está menor. A pactuação da AC da região encontra-se bastante dispersa, o que corrobora com a evidência de vazio assistencial e dificuldade de acesso nessas especialidades. Na Macro Sudeste, média e alta complexidade tiveram planejamento e execução dentro das regiões, com exceção das regiões de Lima Duarte, Santos Dumont e São João Nepomuceno/Bicas que na média complexidade apresentaram pacto e atendimento fora das micros. Todas as micros extrapolaram as metas da PPI para FOG de Neurologia, mas na Neurocirurgia de média e Cirurgias de trauma e anomalias do SNC e Cirugia endovascular o desempenho está mais baixo. Isso pode indicar que apesar de boa organização, a capacidade da região pode não estar abarcando toda a demanda, ou as metas da PPI podem estar superestimadas nesses grupos. A Região Sul apresentou boa organização dos pactos e do atendimento no território, uma vez que apresentaram planejamento e resolubilidade satisfatórios tanto para média quanto para a alta complexidades. No desempenho da rede,

extrapolam na Neurologia, mas nas demais FOGs o desempenho varia em cada região. Todas as regiões tiveram baixo desempenho na Cirurgias de trauma e anomalias do SNC, sinalizando vazio assistencial ou metas superestimadas na PPI. A Macro Triângulo do Norte obteve planejamento e resolubilidade satisfatórios na média e alta complexidades para todas as micros, com exceção de Ituiutaba, que apresentou pacto e atendimento fora da micro na média complexidade (classificação parcial). O desempenho da Cirurgia de trauma e anomalias do SNC ficou baixo para todas as regiões. Os demais grupos de procedimentos tiveram desempenho variável em relação às metas da PPI. O planejamento e resolubilidade da alta complexidade estão mais organizados na Região Triângulo do Sul, pois as taxas de pactuação e atendimento dentro das regiões foram classificadas como satisfatórias. Já na média complexidade as microrregiões apresentaram classificação parcial e insatisfatória. Mais uma vez o desempenho em relação as metas da PPI foi bom (alto e altíssimo) na maioria das regiões, ficando apenas a Cirurgia de trauma e anomalias do SNC com execução baixa em relação às metas da PPI. Na Região do Vale do Aço o planejamento e a resolubilidade estavam satisfatórios na média e alta complexidades para todas as micros, com exceção do planejamento de Caratinga que apresentou classificação parcial, indicando necessidade de pactuar a parte das metas da média e da alta complexidades fora da micro e macrorregião. No entanto o atendimento ocorreu dentro da região de forma predominante. O desempenho da rede mostrou-se baixo para as FOGS da Neurocirurgia, Cirurgia de trauma e anomalias do SNC e Cirurgia endovascular. **Conclusão:** O planejamento, a resolubilidade e o desempenho das linhas de cuidado do acidente vascular cerebral estão bastante heterogêneos nos territórios de Minas Gerais. No entanto o baixo desempenho da Forma de Organização de Cirurgias de trauma e anomalias do SNC foi uma constante, sendo necessário avaliar se ela é um importante vazio assistencial ou se as cotas da PPI estão programadas acima dos parâmetros demandados pela população. A alta complexidade apresentou grande necessidade de pactuação fora das macrorregiões de origem, e na maioria desses casos essa pactuação não foi suficiente para garantir atendimento, uma vez que o desempenho ficou predominantemente abaixo das metas da PPI. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam amparar a gestão com informações a respeito desta linha de cuidado prioritária que compõe a Rede de Urgência e Emergência do Estado, além de contribuir para aprofundar o conhecimento e aprimorar a ferramenta da PPI.

PALAVRAS-CHAVE: Programação Pactuada Integrada; Regionalização; Linha do Cuidado do AVC.

REFERÊNCIAS

AMORIM, André LG; MENICUCCI, Telma MG. Descentralização e regionalização na assistência à saúde: um estudo da programação pactuada integrada de Minas Gerais. **Encontro de Administração Pública e Governança (EnAPG)**, v. 3, p. 12-14, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011a. 291 p.(Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf> Acesso em 07/06/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde.** Brasília, 2006a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf> Acesso em: 05/06/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto.** Brasília, 2020. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/> Acesso em: 05/01/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Diário Oficial da União. Brasília, 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 05/06/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema **Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde.** Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf. Acesso em: 05/06/2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Subsecretaria de Gestão Regional. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG).** 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br>. Acesso em: 15/06/2023.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IOZZI, Fabíola Lana. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. Suppl 2, p. e00022519, 2019.Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Q3YCmVdQG83vHbHSKSxDPXp/?lang=pt. Acesso em: 07/09/2024.

CONSULTA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA COM O USO DA FERRAMENTA ULTRASSONOGRÁFICA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE UMA PRÁTICA INOVADORA NA PERSPECTIVA DA PESSOA GESTANTE

Ludmilla Taborda de Sá Lopes; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Berço - cuidado, afeto e amor/Hospital Manoel Gonçalves

Selme Silqueira de Matos; Doutora em Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde/Universidade Federal de Minas Gerais

Paula Maria Feitosa de Carvalho; Especialista em obstetrícia; Hospital Sofia Feldman

Danúbia Mariana Barbosa Jardim; Doutora em Saúde Coletiva; Hospital Sofia Feldman

RESUMO

Introdução: Entre as ações de qualificação da assistência obstétrica está preconizada a realização de ultrassonografia (USG) para estimar a idade gestacional (IG), detectar anomalias fetais, gestações múltiplas e melhorar a experiência da gestação para a pessoa grávida (OMS, 2018). Em uma maternidade de Belo Horizonte, o acesso a esse serviço também é garantido por meio das consultas de enfermagem obstétrica com o uso da ferramenta ultrassom (US). Como uma inovação em saúde - nas pessoas, no processo e no produto, apontada como ferramenta de crescimento sustentável das organizações e pouco conhecida nos serviços de saúde brasileiros, essa temática apresenta desafios e carece de avaliação. A avaliação dos serviços de saúde é um instrumento essencial de apoio para graduar a tomada de decisão e subsidiar uma intervenção de forma adequada, sendo a satisfação dos usuários considerada um indicador de resultado válido sobre a qualidade dos cuidados, além de ser importante para a identificação de aspectos e processos gerenciais e assistenciais a serem aprimorados (CANTALINO *et al.*, 2021). Frente a esse panorama identificou-se a necessidade de investigar a temática e delineou-se a pergunta norteadora da pesquisa: qual a avaliação das pessoas gestantes assistidas no serviço a respeito da qualidade da consulta de enfermagem obstétrica com uso da ferramenta US? **Objetivo geral:** avaliar a qualidade da consulta de enfermagem obstétrica com o uso da ferramenta US na perspectiva das pessoas gestantes. **Objetivos específicos:** caracterizar a população assistida nas consultas de enfermagem obstétrica com o uso da ferramenta US; mensurar o nível de satisfação das pessoas gestantes com a qualidade da consulta de enfermagem obstétrica utilizando a ferramenta US; identificar os fatores relacionados à percepção das pessoas grávidas a respeito da qualidade da consulta de enfermagem obstétrica com o uso da ferramenta US. **Referencial Teórico:** Em países como Estados Unidos, Reino Unido, França, Canadá, Japão, entre outros, a *Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses* (AWHN), o *American College of Nurse Midwives* (ACNM), *o American Congress of Obstetrics and Gynecologists* (ACOG) e o *Royal College of Midwives* possuem diretrizes para o direcionamento e sustentabilidade da prática pela enfermagem obstétrica, uma vez que a *International Confederation of Midwives* (ICM) e a OMS consideram que esse seja um serviço imprescindível para ampliação do acesso à tecnologia US pelas pessoas em tempo oportuno durante a gestação (OMS 2022). No Brasil, as competências essenciais, ou seja, o conjunto de conhecimentos, habilidades técnicas e comportamentos profissionais exigidos para tal atividade são baseadas nas diretrizes da ICM publicadas em 2002 e atualizadas em 2010, 2013 e 2018. A regulamentação da prática é

orientada por leis e resoluções que aprovam e normatizam o uso dessa tecnologia pela enfermagem obstétrica em serviços de saúde do SUS (COFEN 2020). Segundo Reynolds (2020), a enfermagem é o maior grupo de trabalhadores de saúde do mundo com valores profissionais humanitários e centrados na pessoa. Frequentemente é considerada a categoria mais ética e confiável do setor saúde e tem demonstrado repetidamente os atributos necessários para prover um atendimento seguro e de alta qualidade aos indivíduos e à coletividade. Segundo relatório publicado pelo Grupo Parlamentar para a Saúde Global do Reino Unido, o desenvolvimento pleno da enfermagem é fundamental para melhorar a saúde, promover igualdade para todes e apoiar o crescimento da economia; com valor potencial para alcançar a Cobertura Universal de Saúde e cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). **Método:** Pesquisa descritiva-exploratória com o emprego de métodos mistos, por meio da estratégia explanatória sequencial que consiste em uma investigação envolvendo a triangulação de dados quantitativos e qualitativos em um único projeto, realizada em duas fases com peso maior atribuído aos dados quantitativos. Na primeira fase, foram coletados os dados quantitativos através de entrevistas estruturadas, utilizando ficha de identificação e questionário validado para medir o índice de satisfação do paciente (ISP) com os cuidados de enfermagem. Esse questionário contém 25 itens agrupados em três domínios: profissional - aborda questões técnicas do cuidado; educacional - trata de situações relacionadas às atitudes profissionais frente ao paciente; e, confiança - itens sobre relacionamento interpessoal durante o cuidado; foi utilizada uma amostra probabilística através do método de amostragem simples cujo cálculo definiu a participação de 148 pessoas, considerando a adoção de 30% da população total utilizada em pesquisas de satisfação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os resultados obtidos orientaram a coleta de dados qualitativos na segunda fase, mediante questões norteadoras em entrevistas semiestruturadas; foi utilizada amostragem não probabilística definida de forma intencional por acessibilidade e tipicidade - os indivíduos insatisfeitos e os indivíduos muito satisfeitos com o serviço prestado, de acordo com o ISP, foram identificados e convidados a participar, sendo selecionadas 28 pessoas. Essa tipologia de amostragem de métodos mistos é definida como amostragem sequencial. As participantes foram pessoas gestantes sem diagnóstico limitante de saúde mental, maiores de 18 anos, após a alta do serviço. Elas foram atendidas em, no mínimo, uma consulta de enfermagem obstétrica com a utilização da ferramenta US no ambulatório da referida maternidade. Os princípios éticos para pesquisas com seres humanos recomendados pelo Conselho Nacional de Saúde foram respeitados. A análise dos dados quantitativos foi feita empregando os processos de codificação, interpretação e correlação por meio de estatística descritiva das variáveis categóricas e numéricas, Teste de Kruskal-Wallis com nível de significância de 5% e coeficiente Alpha de Cronbach para descrever e realizar inferências a respeito dos achados. Para os dados qualitativos, foi realizada a análise de conteúdo. A integração dos dados foi apresentada em narração conjunta dos resultados. As pesquisas de métodos mistos são consideradas uma inovação metodológica de uso crescente para abordar questões contemporâneas em serviços de saúde, uma vez que oferecem poderosas ferramentas para investigação dos sistemas e dos processos complexos que envolvem o cotidiano da organização das instituições (LORENZINI, 2017). **Resultados e Discussão:** Houve predominância de pessoas em idade reprodutiva, vivendo no mesmo domicílio que as parcerias, com nível de escolaridade médio completo, renda de um salário-mínimo, cristãos e que se autodeclaram de raça/cor negra. A idade média das participantes foi de 29,9 anos; e, a maior parte das pessoas estava no terceiro trimestre de gravidez; passaram duas consultas de enfermagem obstétrica com uso da ferramenta US com dois profissionais diferentes; fizeram avaliações de rotina e sem alterações no exame. Em relação à consulta de enfermagem obstétrica com uso da ferramenta US, as participantes manifestaram satisfação acima do ponto médio da escala de

Likert, sendo que 80% dos itens do ISP obtiveram pontuação acima de quatro. Quanto aos domínios, o Profissional foi o mais bem avaliado. Esse achado também foi encontrado em estudos brasileiros anteriores que utilizaram o ISP (SANTOS *et al.*, 2019). Obteve-se consistência interna satisfatória para todos os domínios. Na comparação entre os níveis de satisfação e o perfil das participantes, foram identificados elevado nível de satisfação com os cuidados de Enfermagem entre pessoas com maior nível de escolaridade e participantes com maior número de gestações menos satisfeitas. Esse mesmo resultado se repete quando analisado cada domínio do ISP, separadamente. Apenas no domínio Profissional a maior idade influenciou negativamente a satisfação, contrariando a literatura que destaca a idade mais longeva como fator interveniente positivo na satisfação do paciente (MARQUES *et al.*, 2018). As entrevistas qualitativas corroboram os achados quantitativos e, delas emergem, ainda, o acesso facilitado e gratuito ao exame como fator que interfere positivamente na satisfação, bem como o ambiente físico limpo, ventilado, bem iluminado, com água e banheiro disponíveis e mobília adequada a todos os tipos de corpos. **Conclusões:** A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) constitui uma das estratégias mais usadas em todo mundo para informar sobre os processos decisórios relativos à incorporação delas na assistência à saúde. A opinião dos usuários do SUS é uma das etapas da ATS, realizada através de consulta pública, sendo um importante mecanismo de publicidade e transparência para obter informações, opiniões e críticas da sociedade a respeito de determinado tema. Esse estudo contribui nessa direção. Pode-se afirmar que a consulta de enfermagem com uso da ferramenta US tem qualidade na avaliação das pessoas grávidas assistidas no serviço. Investigações futuras relacionadas ao custo-efetividade, eficiência (avaliações econômicas completas), e viabilidade (impacto orçamentário) são necessárias para que a potência dessa prática seja reconhecida e incorporada em definitivo no sistema de saúde brasileiro.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de Serviços de Saúde; Satisfação do Paciente; Inovação; Consulta de Enfermagem; Ultrassonografia.

REFERÊNCIAS

CANTALINO, J. L. R. *et al*. Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 55, n. 22, p. 1-10, 2021. Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/ uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-55-022/1518-8787-rsp-55-022-pt.x34413.pdf. Acesso em: 29 dez. 2021.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 627/2020. Aprova a normatização da realização de Ultrassonografia Obstétrica por Enfermeiro Obstétrico em locais onde ocorra a assistência obstétrica no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, ano 157, n. 45, p. 220, 06 mar. 2020. Disponível em: http://www. cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-627-2020_77638.html. Acesso em: 29 dez. 2021.

LORENZINI, E. Pesquisa de métodos mistos nas ciências da saúde. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 8, n. 2, p. 1549-1542, mai./ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v8n2/2216-0973-cuid-8-2-1549.pdf. Acesso em: 11 jun. 2022.

MARQUES, L. G. S. *et al*. Satisfação do paciente sobre a assistência de enfermagem hospitalar. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 236-244, 2018. Disponível em: https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagem brasil/article/view/1114/3747. Acesso em: 08 abr. 2024.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Importância estratégica do investimento nacional em profissionais de enfermagem na Região das Américas**. OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde: Washington, 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56063/OPASHSSHR 220012_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 09 abr. 2024.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva**. Genebra: World Health Organization - WHO, 2018. Disponível em: https://www.mcsprogram. org/wp-content/uploads/2018/07/WHOMCSPUltrasoundBrieferA4PG.pdf. Acesso em: 29 dez. 2021.

REYNOLDS, N. R. The year of the nurse and midwife 2020: activating the potential and power of nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, p. 1-3, jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/mzfDzhxJd76Z PQr7rd4z95D/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 10 abr. 2024.

SANTOS, J. L. G. *et al*. Satisfação de pacientes com o cuidado de Enfermagem em unidades cirúrgicas: pesquisa de método misto. **Revista Mineira de Enfermagem (REME)**, Belo Horizonte, v. 23, 2019. Disponível em: http://reme.org.br/artigo/ detalhes/1375. Acesso em: 29 dez. 2021.

DESAFIOS DA DIVERSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE EXTENSÃO VINCULADAS AO "PROJETO CUIDAR"

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

Isabella Maia Miranda; Estudante de graduação: Universidade Federal de Minas Gerais

Wania Cristina da Silva: Doutora em Medicamentos e Assistência Farmacêutica; Pesquisadora externa

Mery Natali Silva Abreu: Doutora pela UFMG e docente do Departamento de Gestão em Saúde da 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 2023, os transtornos mentais e comportamentais se destacaram como a principal causa de afastamento dos funcionários da Ebserh no Hospital das Clínicas da UFMG, representando 21,3% dos dias perdidos (SOST,2024). Para enfrentar esse desafio, foi criado em 2018 o projeto de extensão "Atenção à Saúde do Trabalhador: Cuidando de quem cuida com as Práticas Integrativas e Complementares", com número de registro no Sistema de Informação de Extensão (SIEX) 403330. Este projeto visa promover o bem-estar e a recuperação da saúde dos profissionais no ambiente de trabalho utilizando Práticas Integrativas e Complementares (PICS) como recursos terapêuticos complementares. O objetivo é facilitar o acesso contínuo dos trabalhadores a essas terapias, com acompanhamento ao longo do tempo. **Objetivos:** Descrever as ações de diversificação do projeto de extensão "Projeto Cuidar" dos anos de 2023 e 2024. **Referencial Teórico:** As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), são tratamentos terapêuticos fundamentados nos conhecimentos tradicionais e no modelo da atenção humanizada e centrada na pessoa, com o intuito de estimular os meios naturais para a prevenção de doenças, na promoção e estabilização da saúde, além de poder ser utilizadas também como tratamentos paliativo em doenças crônicas, podendo proporcionar uma sensação de bem-estar. No Brasil, em 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou essas práticas através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Essa política, fundamentada em recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e conferências nacionais de saúde, busca promover a saúde com um cuidado contínuo, humanizado e integral (Ministério da Saúde, 2015; SAPS, 2022). Desde sua incorporação, o SUS reconheceu 29 práticas diferentes, incluindo Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Yoga, e Aromaterapia, entre outras. Essas práticas têm como objetivo melhorar a saúde geral, promover a prevenção de doenças e contribuir para a recuperação dos pacientes (Secretaria de estado de Saúde). De acordo com Observatório de Segurança e Saúde do Trabalho, plataforma que utiliza diversas bases de dados públicos do Brasil, desenvolvida pela parceria entre a empresa SmartLab de Trabalho Decente com colaboração de pesquisadores da

Faculdade de Saúde Pública da Universidade Federal de São Paulo, estima-se que cerca de 13 mil brasileiros tiveram como motivos para a concessão de benefícios previdenciários acidentários causas mentais e comportamentais. Segundo essa mesma fonte, em 2021, os transtornos mentais foram a terceira maior motivação para afastamento do trabalho no país (Justiça do trabalho). Nessa perspectiva, em especial os trabalhadores da saúde, estão mais propícios aos fatores de estresse no ambiente de trabalho, devido a alta pressão, carga horária elevada, salários precários, além de ter que demonstrar sempre mais empatia e zelo com pacientes e familiares, aumentando ainda mais a carga emocional, levando o profissional ao esgotamento, sendo um problema histórico entre os trabalhadores da saúde (Fiabane et al., 2019; Rapp et al., 2021). Diante desse cenário, as PICS podem ser uma excelente aliada para auxiliar na saúde desses trabalhadores, apoiando na redução do estresse ocupacional e promovendo um maior bem estar pessoal. **Método:** O projeto foi desenvolvido em duas fases principais: Fase Inicial (Outubro de 2018 a Dezembro de 2023): Durante este período, foram oferecidas terapias presenciais como Reiki, Auriculoterapia, Homeopatia, Constelação Familiar e Massagem. As sessões eram realizadas de segunda a sexta-feira, das 16h às 19h, de forma gratuita e em salas no Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção à Saúde do Idoso e da Mulher, dentro do Complexo Hospitalar do Hospital das Clínicas da UFMG. As terapias eram oferecidas por profissionais voluntários e eram agendadas previamente, priorizando profissionais com queixas de adoecimento ocupacional. A divulgação foi feita através de panfletos no hospital, grupos de WhatsApp e redes sociais, como o Instagram do projeto (@terapias.hcufmg). A marcação das sessões era feita por meio de um aplicativo chamado "Consultório.Me", em parceria com uma empresa. Fase de Adaptação (Após Dezembro de 2023): Diante das dificuldades para manter os atendimentos presenciais devido à falta de espaço, o projeto tentou viabilizar novos locais para as sessões, mas sem sucesso. Foram realizadas diversas tentativas de contato com a Gerência de Ensino e Pesquisa do HC, a superintendência administrativa da Escola de Enfermagem e outros parceiros, sem obter resultados positivos. Como alternativa, o projeto intensificou sua atuação nas redes sociais, realizando postagens duas vezes por semana sobre estudos científicos relacionados às PICS. Outra ação realizada foi o desdobramento do projeto para o desenvolvimento de uma pesquisa científica sobre a eficácia da aromaterapia para os trabalhadores de saúde, avaliando os desfechos de ansiedade, estresse, tabagismo e qualidade de sono. **Resultados e Discussão:** Durante o período de outubro de 2018 a dezembro de 2023, o projeto contou com a participação de 8 voluntários ofertando as Práticas Integrativas e Complementares, realizando aproximadamente 1.579 atendimentos. Em relação a diversificação de atuação do projeto, de setembro de 2022 até agosto de 2024, as redes sociais do projeto alcançaram 720 seguidores e 444 curtidas, com 1.951 contas alcançadas nos últimos 90 dias. O projeto também recebeu um convite para participar da Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT) do HC, onde foi realizada uma sessão de auriculoterapia no dia 28 de agosto de 2024. Além disso, foi criado um formulário eletrônico para identificar voluntários que trabalham com PICS dentro da instituição, com o objetivo de iniciar a proposta de discussão sobre a organização de um ambulatório de PICS no HC/UFMG. Em relação ao projeto de pesquisa realizado como um desdobramento do "Projeto Cuidar" foi realizado um projeto piloto para avaliar a eficácia da aromaterapia na redução de estresse, ansiedade, tabagismo e melhoria da qualidade de sono entre trabalhadores da saúde. O estudo, conduzido no Hospital das Clínicas de Minas Gerais, envolveu 24 profissionais. Os resultados indicaram que a aromaterapia, especialmente com óleo essencial de Manjerona, teve efeitos positivos na redução dos níveis de estresse e ansiedade. **Conclusões:** Ao longo do período de funcionamento do projeto, os trabalhadores que participaram dos atendimentos relataram melhorias em sua saúde mental, experimentando conforto e relaxamento que ajudaram a enfrentar sua rotina diária de trabalho. A intensificação da divulgação nas redes sociais permitiu alcançar um público mais amplo e promoveu a

disseminação das práticas integrativas. O projeto demonstrou ser uma iniciativa valiosa para apoiar a saúde mental dos profissionais de saúde, apesar das dificuldades logísticas enfrentadas. Em resumo, o projeto "Cuidando de quem cuida" se provou eficaz na promoção do bem-estar dos profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG, oferecendo alternativas terapêuticas que contribuíram para a melhoria da qualidade de vida e saúde mental dos participantes. A adaptação às novas circunstâncias e o uso das redes sociais ajudaram a manter a relevância e o impacto do projeto, mesmo diante dos desafios encontrados.

PALAVRAS-CHAVE: Práticas Integrativas e Complementares; Aromaterapia; Profissionais de saúde; Saúde do trabalhador

Agradecimentos: Este trabalho foi realizado com o apoio da PROEX e da PRPq com duas bolsas para os discentes. Além disso, agradecemos a Empresa Young Living pela doação dos óleos essenciais utilizados na pesquisa clínica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (MPS). 1° Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade. 2017. Brasília: MPS, 2017.

FIABANE, E. et al. Emotional Dissonance and Exhaustion among Healthcare Professionals: The Role of the Perceived Quality of Care. International journal of occupational medicine and environmental health, v. 32, n. 6, p. 841–851, 15 nov. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01388>. Acesso em 27 dez. 2021.

JUSTIÇA DO TRABALHO. Transtornos mentais são a terceira maior causa de afastamento do trabalho no Brasil. Disponível em: https://www.trt13.jus.br/informe-se/noticias/transtornos-mentais-sao-a-terceira-maior-causa-de-afastamento-do-trabalho-no-brasil. Acesso em: 15 15 de setembro de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Caderno de Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília:Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica, 2015. p. 9-13. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 15 de setembro de 2024.

RAPP, D.J. et al.Boundary Work as a Buffer Against Burnout: Evidence From Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic.Journal of Applied Psychology, v. 106, p. 1169–1187, 2021. Disponível em: < https://doi.org/10.1037/apl0000951>. Acesso em: 8 nov.2021.

SECRETARIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (SAPS). Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Secretaria da Atenção Primária em Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/politicas/pnpic>. Acesso em 15 de setembro de 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE. Atenção Primária Estadual | Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1900-atencao-primaria-estadual-praticas-integrativas-e-complementares. Acesso em: 15 de setembro de 2024.

SOST, Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho. Absenteísmo.xlsx – (5,24 MB). Excel 2023.

DESAFIOS NA GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E POTENCIAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Isabella Silveira Albuquerque Caetano; Graduanda em Farmácia; Universidade Federal de Minas Gerais

Gelza Matos Nunes; Doutora; Academy of Homeopathy Education (AHE) - EUA

Vanessa de Almeida; Doutora; Departamento de Gestão em Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: Tendências epidemiológicas, como o aumento de sobrevida da população, apontam para uma sobrecarga do sistema de saúde, seja na atenção primária ou especializada. Os gastos com assistência médica e seguro saúde chegam a 8% do PIB no Brasil (Banco Mundial, 2018), o que aumenta absurdamente os índices de sinistralidade das Redes de Saúde. Gestões em saúde enfrentam desafios para proporcionar um cuidado mais amplo e integrativo sem prejudicar o orçamento, que atenda a todos de modo igualitário. A falta desse cuidado se reflete na sobrecarga do sistema de saúde. As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que atuam desde a prevenção de doenças até a recuperação, são um potencial fator de alívio à sobrecarga do sistema. Desde 2014, a OMS oferece apoio aos países membros no desenvolvimento e implementação de planos para fortalecer as PICS em seus territórios por meio da "Estratégia de Medicina Tradicional 2014-2023", sendo essa resolução seguida pela OPAS. No Brasil, as PICs estão institucionalizadas no SUS desde 2006 por meio do Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), sendo 29 práticas ofertadas pelo SUS. A inserção das PICS dentro do sistema de saúde favorece a prevenção de doenças e qualidade de vida de indivíduos doentes ou não, mas que podem ser estratégicas quando falamos sobre doenças crônicas. Mais de 52% da população brasileira adulta vive com alguma doença crônica (IBGE, 2019). Considerando que problemas de saúde significativos podem ser evitados com cuidados de saúde adequados, as PICS apresentam à rede suplementar e pública o potencial de baixar seus custos para manter a oferta de serviços básicos ao público de forma humanizada e integrativa. Porém, além do acesso às PICs pelo SUS e planos de saúde ainda ser muito limitado, as PICS apresentam desafios de base na gestão de serviços de saúde. **Referencial teórico:** No ano de 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Essa política, segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e busca promover a saúde com um olhar integral para os pacientes. A PNPICS reconhece 29 práticas incluindo Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Yoga, e Aromaterapia, entre outras. A inexistência de um programa nacional da PNPIC com estratégias, diretrizes e monitoramento é outro grande desafio à gestão das PICS no SUS e consequentemente nos contextos dos planos de saúde, considerando que os programas de saúde do SUS se tornam modelos para outros sistemas privados de saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde, por exemplo, apresenta um programa nacional de promoção da saúde com planos estratégicos específicos e monitoração a nível nacional garantindo estrutura física e

organizacional, recursos humanos e financeiros e consequentemente viabilidade de implementação e gestão. Atualmente o monitoramento da PNPIC é realizado a partir dos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e mais recentemente do Sisab/e-SUS, que integra informações específicas das PIC na Atenção Básica. No entanto, a inexistência de um programa nacional que envolve infra estrutura e monitoração, apresenta problemas técnicos de registro de informações (Habimorad et al 2020). No Brasil, sem regulamentação quando a formação em PICS pelos órgãos federais ou estaduais seja na área da saúde ou da educação, a formação educacional para o exercício de PICS é considerada insuficiente e difusa, com limitações tanto na oferta quanto na qualidade do ensino profissional (Nascimento et al. 2018; Tesser et al. 2018; Silva et al. 2021). A Política PICS apresentou em 2018 para cada Prática Complementar e Integrativa regida pela política, o quadro de profissionais da área da saúde que podem exercê-las (BRASIL 2017), mas não estabelece critérios de formação em PICS que assegure a sua implementação de forma segura e eficaz. A inserção das PICS na formação universitária em saúde, no Brasil, ela se mostra inicial e modesta, limitando-se em sua grande maioria na oferta de disciplinas relacionadas às PICS nos cursos superiores da área da saúde (Tesser et al. 2018; Habimorad et al 2020; Silva et al. 2021) **Objetivo:** Desenvolver a gestão de cuidados farmacêuticos para rastreamento e acompanhamento contínuo das pacientes com câncer de mama utilizando das PICs com o foco na qualidade de vida. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, transversal onde será desenvolvido como uma primeira etapa uma metodologia de avaliação clínica dos pacientes com câncer de mama no em um Hospital do Estado de Minas Gerais, baseada no monitoramento integrado dos parâmetros clínicos e terapêuticos. Essa metodologia incluirá a definição de uma pirâmide de prioridades, onde os parâmetros biológicos, psicológicos e sociais serão processados para guiar as intervenções de PICs e cuidados farmacêuticos. Além disso, será realizada a definição de parâmetros a serem monitorados, tais como: indicadores de qualidade de vida, taxa de adesão ao tratamento, uso de medicamentos, bem como a escala de avaliação para mensuração do impacto das intervenções. Na segunda etapa será desenvolvido a validação da metodologia por meio de um estudo clínico com pacientes com câncer de mama no mesmo Hospital. Essa etapa incluirá o acompanhamento farmacêutico individualizado, a aplicação das PICs e o uso de uma plataforma digital para monitorar os parâmetros definidos. O estudo será dividido em fases para garantir o refinamento da metodologia conforme a evolução dos pacientes e os feedbacks dos profissionais envolvidos. **Resultados e Discussão:** Neste contexto, apresentamos uma nova metodologia para avaliação clínica de pacientes a partir da monitorização terapêutica, colaboramos para a concepção de novos modelos de saúde que ampliam a atuação farmacêutica, simplificam e agilizam o processo de encaminhamento de pacientes e diagnóstico, o que possibilita uma gestão de equipe de cuidados otimizada e consequentemente a redução de custos para as redes de saúde. **Conclusão:** Não há discussão que a formação educacional adequada que atenda aos requisitos dos órgãos educacionais como o MEC garantem a segurança dos pacientes, qualidade e eficácia dos serviços da saúde. A tomada de decisões em relação ao uso das PICS exige profissionais capazes de integrar diferentes práticas em saúde e colaborar com colegas que adotem diferentes paradigmas em sua prática de cuidado. A inexistência de parâmetros de formação profissional em PICS apresenta à gestão de serviços da saúde nas instâncias públicas e privadas a falibilidade de qualidade de serviços da saúde

PALAVRAS-CHAVE: Práticas Integrativas e Complementares; Saúde Integrativa; Gestão de PICs; Modelo de Cuidado.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil. Brasília: Banco Mundial, 2018. Disponível em: https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/aspectos-fiscais-da-saude-no-brasil/2018/30. Acesso em: 14 set. 2024.

BARROS, C. et al. Qualidade de vida de idosos e fatores associados. Enfermagem em Foco, v. 11, n. 3, p. 284-291, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/bZjwfQhHM7mSBLjDV33NBBp/#. Acesso em: 14 set. 2024.

HABIMORAD, R. et al. Análise da estrutura e do desempenho das organizações sociais de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 7, p. 2857-2868, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/5GhvcX3KrXxFS5LqsFhpbVP#. Acesso em: 14 set. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pelo menos uma doença crônica afetou 52% dos adultos em 2019. Agência Brasil, 2020. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-11/ibge-pelo-menos-uma-doenca-cronica-afetou-52-dos-adultos-em-2019. Acesso em: 14 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 633, de 31 de março de 2017. Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0633_31_03_2017.html. Acesso em: 14 set. 2024.

NASCIMENTO, J. F. et al. Atenção básica e suas articulações com a rede de saúde: evidências de um município da região Sul. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 20, n. 2, p. 100-107, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/4PGykgCDsjXR3BjJYMqvrts/#. Acesso em: 14 set. 2024.

SILVA, A. B. et al. A integralidade na assistência à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Cadernos de Saúde Coletiva, v. 26, n. 2, p. 399-408, 2021. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n2/399-408/pt/#. Acesso em: 14 set. 2024.

TESSER, C. D. et al. Medicalização social e atenção primária à saúde no Brasil. Saúde em Debate, v. 42, n. 119, p. 46-61, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SY9PZWpk4h9tmQkymtvV87S/?lang=pt#. Acesso em: 14 set. 2024.

EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL DE BELO HORIZONTE ENTRE 2019 E 2023

Luiz Guilherme Billet; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Mery Natali Silva Abreu; Departamento de Gestão em Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: É preconizado pela Constituição Federal que o direito à saúde deve ser garantido a partir de políticas econômicas (Brasil, 1988, art. 196). Durante mais de três décadas de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou por diversas alterações em seus modelos de financiamento, fato este que produziu efeitos variados por todo o sistema, porém afetou principalmente a Atenção Básica, por seu papel estratégico na organização do SUS (Amorim; Mendes, 2020, p. 2). Hoje, o modelo de financiamento da Atenção Básica vigente é regido pelo Programa Previne Brasil, que estabelece como um de seus condicionantes para o repasse de recursos financeiros o atingimento de metas para um conjunto de sete indicadores atrelados a eixos estratégicos (pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança e doenças crônicas), estabelecidos pelo Ministério da Saúde. O uso destes indicadores, denominados indicadores de desempenho, é uma estratégia útil para a identificação de oportunidades de melhoria na assistência, comparabilidade de resultados e tomada de decisão (Barbazza; Klazinga; Kringos, 2021, p. 1014) porém é preciso constantemente avaliar a efetividade, confiabilidade e utilidade destes indicadores, principalmente no contexto da saúde pública. **Objetivo:** Analisar os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil de Belo Horizonte entre 2019 e 2023, sua evolução temporal e comparar os resultados alcançados com suas respectivas metas. **Referencial Teórico:** A problemática do financiamento no SUS é um tema recorrente desde a concepção inicial do sistema, sendo alvo de discussões e críticas que permearam seus diversos modelos ao longo do tempo. Ao discutir o financiamento da Atenção Básica alguns marcos importantes se destacam: a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável, que estabeleciam os valores repassados aos municípios; a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que estabeleceu diversas diretrizes para a organização da AB, incluindo financeiras; a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), componente do PAB variável que inseriu a cultura da qualidade na AB, incentivando municípios a atingir melhores resultados e gradualmente melhorar a assistência; e, por fim, a criação do Programa Previne Brasil, que substituiu o PAB como modelo de financiamento da atenção básica. O Previne Brasil promoveu uma extensa reorganização do financiamento da AB, utilizando de três componentes para o estabelecimento do repasse de recursos para os municípios, sendo eles a capitação ponderada, o incentivo para ações estratégicas e o pagamento por desempenho. O último, envolve o repasse de recursos mediante ao cumprimento de metas por parte das equipes de saúde cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para um grupo de sete indicadores (quadro 1). A proposta de remuneração a partir de desempenho já havia sido introduzida pelo PMAQ-AB, porém o modelo proposto pelo Previne Brasil acumulou críticas por conta da escolha de indicadores que englobam somente aspectos clínicos, desconsiderando processos de trabalho e outros aspectos que têm influência na qualidade da atenção básica (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020, p. 7). Apesar disso, a utilização de indicadores de desempenho é considerada valiosa nos serviços de saúde, principalmente por sua capacidade de evidenciar oportunidades de melhoria

da qualidade da assistência (Caldana *et al*, 2011, p. 195). Assim, por estarem atrelados ao financiamento, os indicadores do Previne Brasil carregam uma importância ainda maior para que compreendam todas as particularidades da atenção básica do SUS e incentivem a melhoria contínua. O montante repassado a cada município é calculado a partir do somatório dos resultados alcançados pelas equipes de saúde, onde cada indicador recebe uma pontuação estabelecida conforme o resultado obtido e a meta estabelecida, em seguida a pontuação de cada indicador é multiplicada pelo seu respectivo peso resultando na Nota Ponderada do Indicador (NPI) e, finalmente, todas as NPI são somadas e divididas por 10 (valor da soma de todos os pesos) resultando no Indicador Sintético Final (ISF) que é o determinante do montante distribuído aos municípios e Distrito Federal (Brasil, 2022). **Método:** Trata-se de uma análise longitudinal dos resultados dos indicadores de desempenho do programa Previne Brasil referentes ao município de Belo Horizonte, Minas Gerais, no período entre 2019 e 2023. Para extração dos dados foi utilizado o Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), sendo esta uma base de acesso livre. Foi considerado apenas o município de Belo Horizonte e todos os sete indicadores do Previne Brasil, bem como suas metas (quadro 1). Ainda, os resultados dos indicadores são agregados por equipes de saúde, portanto foram consideradas todas as equipes do município. É importante ponderar que, até o ano de 2021 o escopo do indicador Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação, considerava as primeiras consultas até a vigésima semana de gestação, porém, a partir de 2022 o indicador passou a considerar somente primeiras consultas até a décima segunda semana de gestação. Os dados foram tratados utilizando o software *Microsoft Excel 2016*, onde os dados foram agrupados e foi feita a transposição deles para gráficos de linha, evidenciando a evolução temporal dos resultados analisados. **Resultados e Discussão:** A análise mostrou que nenhum dos indicadores, em nenhum momento do período de análise, atingiram suas respectivas metas. Para o indicador de proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação foi observado que anualmente os resultados dos indicadores permanecem equiparados, com exceção de 2019, onde os resultados apresentaram contrastes relevantes, além de uma predominante tendência de queda (figura 1). Para o indicador de proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV foi observada uma constante tendência de aumento dos resultados, sendo o maior registrado no segundo quadrimestre de 2023 (48%) (figura 2). Para o indicador de proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado nos primeiros dois anos os resultados se mostram dispersos e sem uma tendência controlada, a partir de 2021 pode ser identificado um padrão de aumento dos resultados entre os quadrimestres atingindo seu maior resultado também em 2023 (44%) (figura 3). Apesar dos aumentos observados, os resultados para os indicadores de pré-natal são preocupantes, dada a importância do pré-natal para uma gravidez saudável. O indicador de proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS apresentou tendência de crescimento constante e proximidade entre os resultados de cada quadrimestre, porém permanecendo abaixo da metade da meta estabelecida de 40% (figura 4). O exame citopatológico tem papel fundamental na identificação precoce do câncer de colo de útero, por isso os resultados do indicador relacionado a ele não são animadores para o cenário da saúde da mulher. O indicador de proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada observa-se grande disparidade entre os resultados de cada quadrimestre nos primeiros anos da análise, sendo equiparados somente a partir de 2022 (figura 5). A baixa cobertura vacinal é uma das principais ameaças ao controle de doenças graves que a vacina pentavalente oferece, o que acaba por exigir maior atenção das autoridades de saúde para elaborar estratégias para incentivar a população a aderir à vacinação. Para o indicador de proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre, observa-se novamente tendência constante de crescimento, porém com seu

maior resultado (19%) ainda muito abaixo da meta de 50%. Por fim, o indicador de proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre, somente a partir de 2021 é observado crescimento entre todos os quadrimestres. As doenças crônicas representam um problema de saúde pública mundial, porém Belo Horizonte, pelos resultados dos dois últimos indicadores, não demonstra assertividade na condução de ações que auxiliem a população acometida por diabetes e hipertensão. Entretanto, apesar dos resultados sugerirem uma realidade extremamente prejudicial para a saúde pública, não é possível afirmar que a população de Belo Horizonte está sendo desassistida, sendo preciso colocar em questão a completude dos dados do SISAB, bem como sobre a condução dos processos operacionais ao longo do fluxo de coleta dos dados. **Conclusão:** Os resultados obtidos se mostram extremamente insatisfatórios, visto que nenhuma das metas para os indicadores foi atingida em todo o período analisado, evidenciando a fragilidade do molde atual do modelo de condicionamento do repasse financeiro à APS a partir do desempenho dos indicadores selecionados. Por fim, se faz necessária a investigação dos reais causadores da baixa performance de Belo Horizonte e a elaboração de medidas que objetivem a melhoria dos resultados apresentados.

PALAVRAS-CHAVE: Previne Brasil; Atenção Primária à Saúde; Indicadores de saúde.

REFERÊNCIAS

AMORIM, D. A.; MENDES, A. Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS: uma revisão narrativa. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, [S. l.], v. 12, p. 1–20, 2020. Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/970. Acesso em: 13 set. 2024.

BARBAZZA, E.; KLAZINGA, N. S.; KRINGOS, D. S. Exploring the actionability of healthcare performance indicators for quality of care: a qualitative analysis of the literature, expert opinion and user experience. **BMJ Quality & Safety**, [S. l.], v. 30, n. 12, p.1010-1020, 2021. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/30/12/1010. Acesso em: 13 set. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de Saúde - Painel de Indicadores**. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica n.º 12/2022-SAPS/MS**: Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022), Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/componentes-do-financiamento/pagamento-por-desempenho/arquivos/nota-tecnica-no-12-2022-saps-ms.pdf. Acesso em: 13 set. 2024.

CALDANA, G. et al. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 1,

2011, p. 189-197. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4185. Acesso em: 13 set. 2024.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. DE F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, p. e00040220, 4 set. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/. Acesso em: 13 set. 2024.

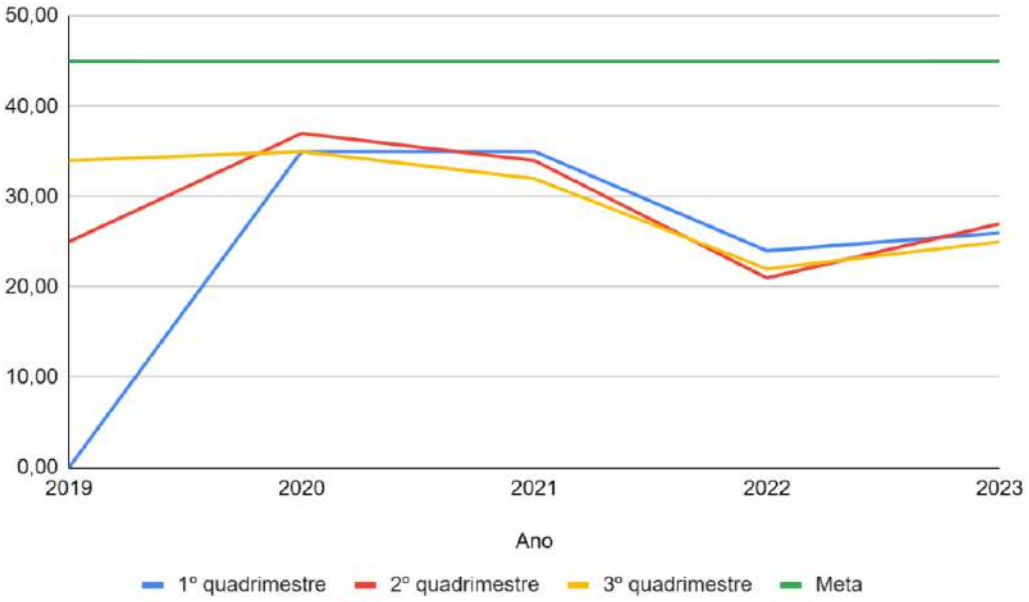
APÊNDICE

Quadro 1. Indicadores de pagamento por desempenho

Ações estratégicas	Indicador	Parâmetro	Meta	Peso
Pré-natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação	100%	45%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	100%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	100%	60%	2
Saúde da mulher	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	>=80%	40%	1
Saúde da criança	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada	95%	95%	2
Doenças crônicas	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	100%	50%	2
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	100%	50%	1

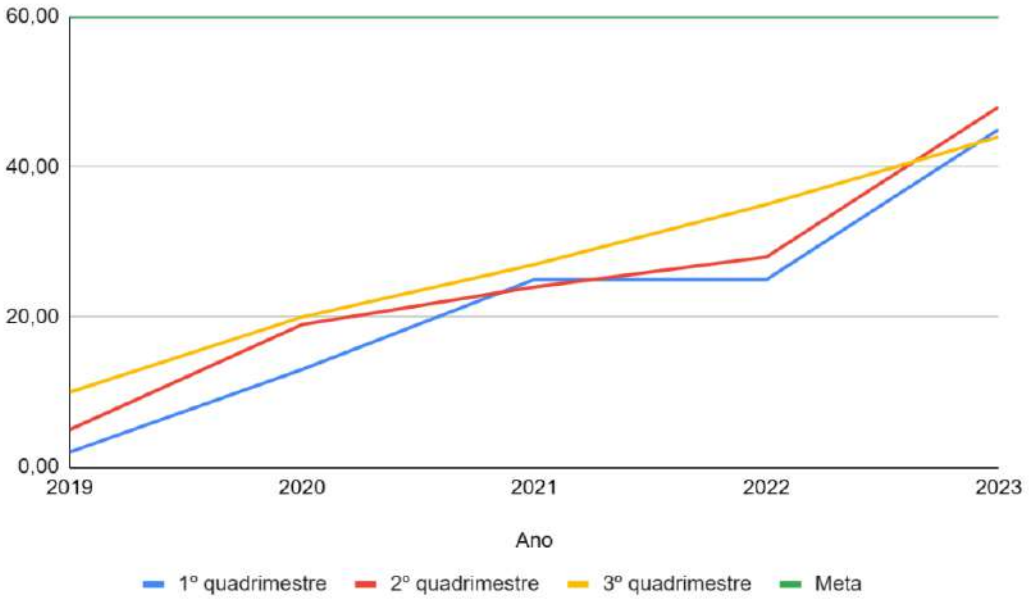
Fonte: BRASIL, 2022.

Figura 1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação entre 2019 e 2021 e até a 12ª semana de gestação entre 2022 e 2023, por quadrimestre, em Belo Horizonte, Minas Gerais



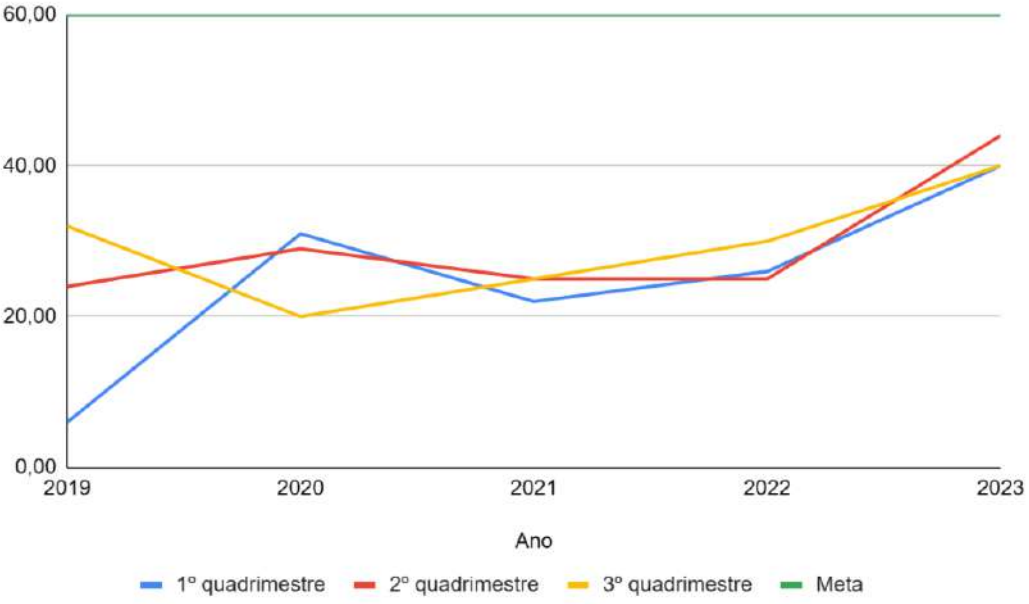
Fonte: MS/SISAB. Acesso: 15 set. 2024

Figura 2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV entre 2019 e 2023, por quadrimestre em Belo Horizonte, Minas Gerais



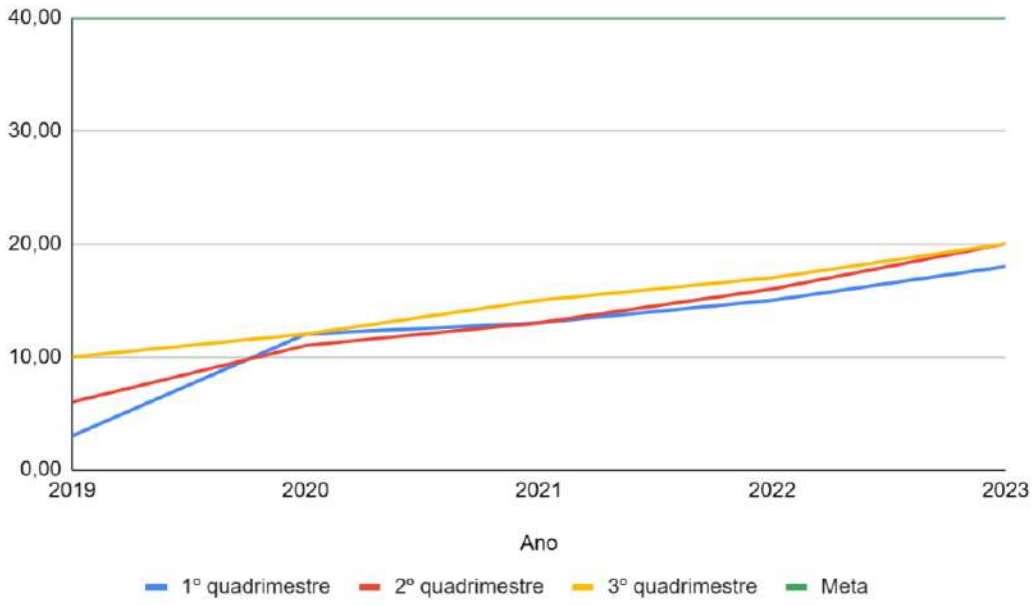
Fonte: MS/SISAB. Acesso 15 set. 2024

Figura 3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado entre 2019 e 2023, por quadrimestre em Belo Horizonte, Minas Gerais



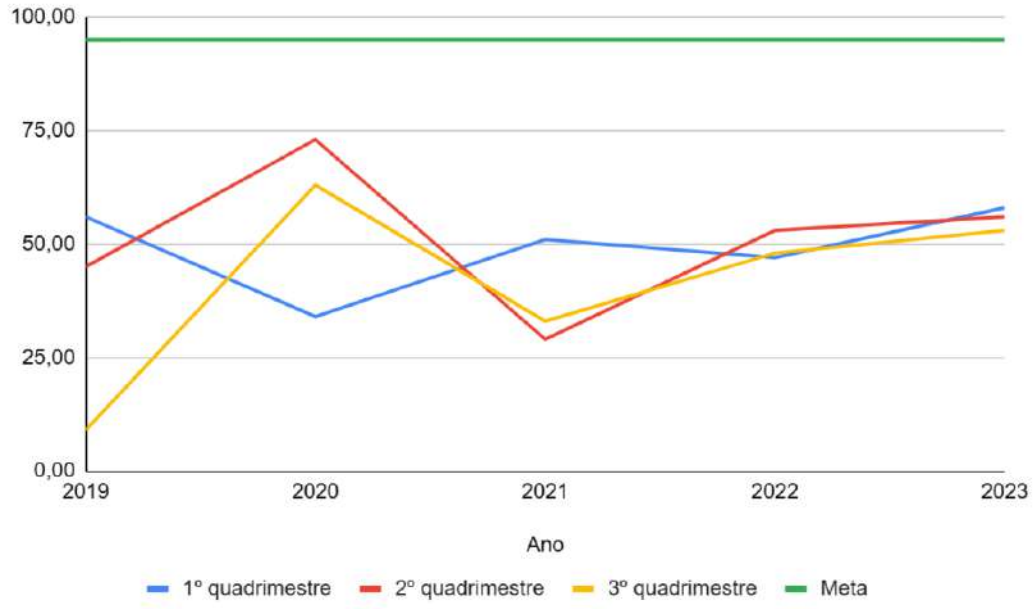
Fonte: MS/SISAB. Acesso 15 set. 2024

Figura 4. Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS entre 2019 e 2023, por quadrimestre em Belo Horizonte, Minas Gerais



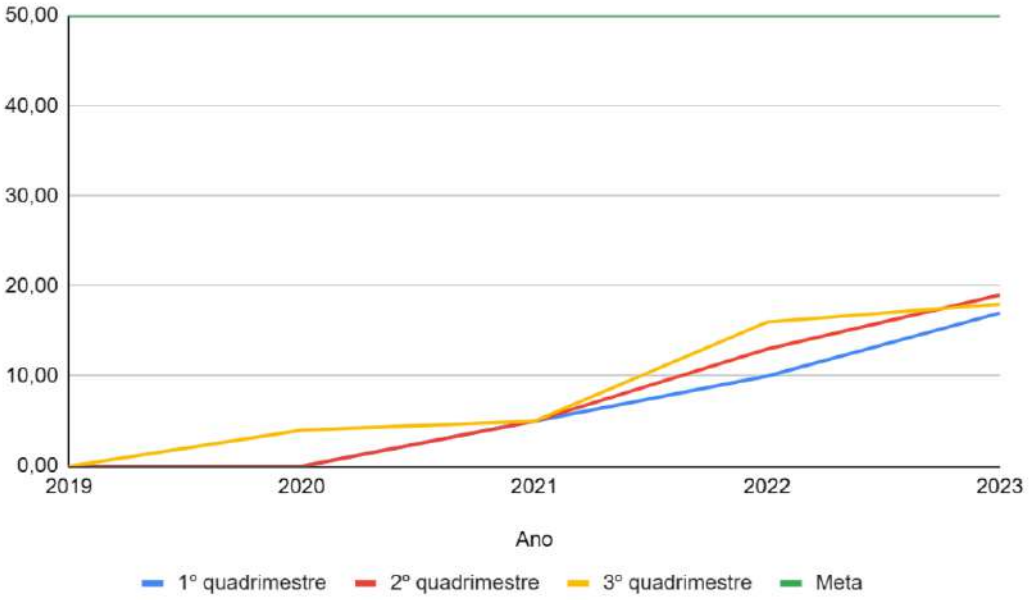
Fonte: MS/SISAB. Acesso 15 set. 2024

Figura 5. Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada entre 2019 e 2023, por quadrimestre em Belo Horizonte, Minas Gerais



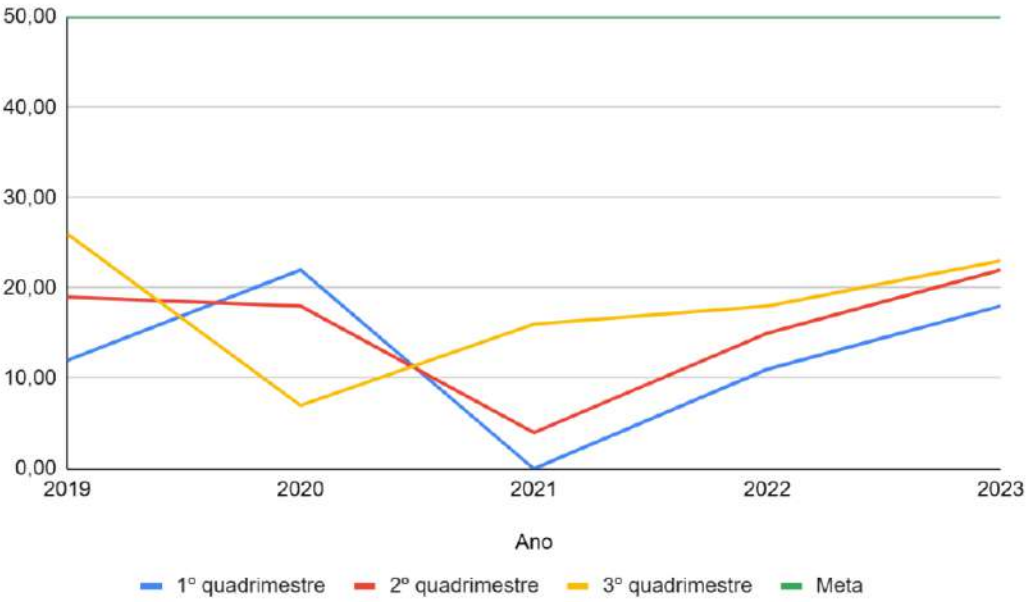
Fonte: MS/SISAB. Acesso 15 set. 2024

Figura 6. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre, entre 2019 e 2023, por quadrimestre, em Belo Horizonte, Minas Gerais



Fonte: MS/SISAB. Acesso 15 set. 2024

Figura 7. Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre, entre 2019 e 2023, por quadrimestre, em Belo Horizonte, Minas Gerais



Fonte: MS/SISAB. Acesso 15 set. 2024

GESTÃO DA INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES COM LESÕES POR PRESSÃO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

Natália Soares Melo; Discente do Mestrado Profissional; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Mirela Castro Santos Camargos; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são fundamentais para a coleta, padronização e análise de dados, promovendo a segurança do paciente e práticas preventivas. No entanto, a diversidade de plataformas e a falta de padronização ainda desafiam a eficiência desses sistemas (Bittar et al., 2018). A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) visa padronizar e integrar os SIS, otimizando a coleta de dados e garantindo a segurança da informação (Brasil, 2016). A gestão eficaz desses sistemas facilita o monitoramento de eventos adversos, como lesões por pressão (Bittar et al., 2018). No Brasil, a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foca na redução de riscos e prevenção de eventos adversos (Brasil, 2013). As lesões por pressão são indicadores da qualidade do cuidado, associadas à alta morbidade, mortalidade e custos hospitalares (Andrade, 2015). **Objetivo:** Utilizar a gestão dos sistemas de informação para analisar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes internados em uma instituição hospitalar em Belo Horizonte (MG), focando na comparação entre aqueles que desenvolveram lesões por pressão e os que não desenvolveram. **Referencial Teórico:** O referencial teórico deste estudo é estruturado em quatro principais eixos. O primeiro aborda a gestão de Sistemas de Informação em Saúde (SIS), destacando sua importância para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente. A integração dos SIS é essencial para facilitar a troca de informações e apoiar decisões baseadas em dados, mas enfrenta desafios significativos devido à diversidade de plataformas e à falta de padronização. No Brasil, estima-se que existam entre 37 e 667 sistemas de informação em saúde operando no âmbito público e privado, dificultando a coordenação e a análise eficiente dos dados (Coelho; Chioro, 2021). O segundo eixo explora o conceito de segurança do paciente. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 10% dos pacientes hospitalizados globalmente sofrem algum tipo de evento adverso, e cerca de 50% desses eventos são evitáveis. No Brasil, entre 2020 e 2023, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 47 milhões de internações hospitalares, com mais de 1 milhão de eventos adversos notificados, representando apenas 2,3% do número previsto pela OMS (Brasil, 2024). A terceira sessão aborda as lesões por pressão, um dos eventos adversos mais frequentes em hospitais. No Brasil, entre 2020 e 2023, foram notificadas 224.961 lesões por pressão, sendo o segundo evento adverso mais comum no período. Dessas lesões, 5,7% apresentaram grau de dano grave e 71,7% correspondiam a lesões em estágio 3 e 4, consideradas graves e classificadas como "*never events*" por serem evitáveis (Brasil, 2024). Fatores como imobilidade prolongada e idade avançada aumentam o risco dessas lesões, que afetam principalmente idosos, sendo que 68% dos casos ocorrem em pacientes com mais de 60 anos. O quarto eixo do referencial discute estratégias preventivas e o uso de tecnologias inovadoras no tratamento de feridas. A Escala de

Braden, amplamente utilizada, pode prevenir até 50% das lesões por pressão com intervenções adequadas (Zimmermann et al., 2018). Além disso, o uso de coberturas protetoras e a mobilização regular dos pacientes são medidas essenciais para reduzir a incidência dessas lesões, com destaque para o uso de tecnologias como inteligência artificial para identificar precocemente pacientes em risco (Nogueira, 2022). **Método:** Este estudo configurou-se como uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa, conduzida em uma instituição hospitalar situada em Belo Horizonte, Minas Gerais. O hospital filantrópico de grande porte escolhido abriga 1.086 leitos destinados ao SUS, sendo o principal provedor de serviços do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. A seleção da população de estudo baseou-se em pacientes internados entre 2020 e 2023, com tempo de internação igual ou superior a um dia. Foram analisados pacientes que desenvolveram lesões por pressão nos estágios 1 a 4, utilizando dados provenientes de quatro sistemas internos: Prontuário Eletrônico, sistema de avaliação de risco de lesões, relatório de dispensação de curativos e sistema interno de notificação de incidentes. As informações foram organizadas e analisadas utilizando o Microsoft Excel® e o programa estatístico R. A técnica de pseudonimização foi empregada para garantir a confidencialidade dos dados. Esta abordagem sistemática viabilizou a realização do estudo e a análise detalhada dos resultados. **Resultados e Discussão:** A análise dos dados de 123.711 pacientes internados entre 2020 e 2023 revela que 5.365 pacientes desenvolveram lesões por pressão, representando 4,5% do total de internações. A maior parte dos pacientes com lesões por pressão era do sexo masculino (54,7%) e tinha 60 anos ou mais, evidenciando a vulnerabilidade entre idosos, já que 68% dos pacientes afetados pertenciam a essa faixa etária. A escolaridade também mostrou influência, com 35,4% dos pacientes apresentando ensino fundamental incompleto, o que sugere uma possível relação entre o nível educacional e a gestão de condições médicas durante a internação. Os pacientes com lesões por pressão também apresentaram internações significativamente mais longas, com 33,4% deles internados por mais de 30 dias, em comparação com 5,7% dos pacientes sem lesões. A mortalidade foi alta entre os pacientes com lesões, especialmente em estágios avançados, com 47,7% desses pacientes vindo a óbito, em contraste com 7% dos pacientes sem lesões. O uso de curativos foi comum entre 72,6% dos pacientes, evidenciando a importância das intervenções terapêuticas. A maioria das lesões foi adquirida internamente, sugerindo a necessidade de melhorar a gestão da mobilidade e a qualidade do atendimento hospitalar. Outro ponto relevante foi a associação de doenças infecciosas e parasitárias, que afetaram 28,8% dos pacientes com lesões, destacando o impacto dessas comorbidades. A pandemia de COVID-19 também teve um impacto expressivo, com 31,5% dos CIDs em 2020 e 56% em 2021 relacionados à doença, o que contribuiu para o aumento das lesões por pressão nesse período. No entanto, um grande desafio observado ao longo deste estudo foi a dificuldade de realizar a gestão da informação de maneira eficiente devido ao uso de quatro sistemas diferentes, cada um com sua própria estrutura de dados. A integração desses sistemas demandou um esforço considerável de suporte técnico e organização para correlacionar as informações de forma precisa. A extração de dados simples, como o perfil epidemiológico dos pacientes, revelou-se extremamente trabalhosa, exigindo um tempo substancial que poderia ser significativamente reduzido com o uso de sistemas mais integrados e automatizados, apoiados por inteligência artificial. A automação e o uso de tecnologias mais avançadas poderiam otimizar o processo de coleta e análise de dados, permitindo a identificação de padrões mais rapidamente e de forma mais eficaz. Isso, por sua vez, facilitaria a implementação de estratégias preventivas e a melhoria contínua da qualidade assistencial. O uso de inteligência artificial, por exemplo, poderia ajudar a prever o desenvolvimento de lesões por pressão com base em variáveis clínicas, otimizando o tempo de resposta e o tratamento preventivo, além de diminuir a carga manual na extração de informações essenciais para a tomada de decisão clínica. **Conclusão:** Os resultados deste estudo confirmam que o objetivo

de analisar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes internados que desenvolveram lesões por pressão foi alcançado. A análise revelou que os idosos e aqueles com baixo nível educacional são os grupos mais vulneráveis, destacando a necessidade de políticas preventivas mais eficazes e direcionadas. Além disso, os achados reforçam a urgência de fortalecer as políticas de segurança do paciente, especialmente no que diz respeito à prevenção de lesões por pressão, devido à sua associação com altas taxas de mortalidade e prolongamento significativo do tempo de internação. Este estudo também evidenciou a importância de integrar e padronizar os sistemas de informação em saúde. A gestão eficaz de dados, por meio de tecnologias avançadas e maior automação, é essencial para otimizar a qualidade do atendimento, reduzir a mortalidade e melhorar a tomada de decisões informadas. A dificuldade de lidar com múltiplos sistemas de informação, como observado neste estudo, sublinha a necessidade de uma abordagem mais integrada e automatizada. Isso facilitaria a extração de dados cruciais, como o perfil epidemiológico, de forma mais rápida e eficiente, permitindo uma resposta mais ágil para implementar estratégias preventivas e terapêuticas. Assim, é fundamental revisar e expandir as políticas de saúde voltadas à prevenção de lesões por pressão, alinhando-as às melhores práticas internacionais. A implementação dessas mudanças garantirá um atendimento mais seguro e eficaz, beneficiando especialmente os pacientes hospitalizados mais vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão da Informação; Sistemas de Informação em Saúde; Segurança do Paciente; Gestão de Risco.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Cynthia Carolina Duarte. **Avaliação epidemiológica e econômica do tratamento de pacientes com úlceras por pressão em uma unidade da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais FHEMIG**. 2015. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira et al. **Sistemas de informação em saúde e sua complexidade**. *Revista de Administração em Saúde*, v. 18, n. 70, 2018. Disponível em: http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/477. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde notificados no Notivisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br. Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_informacao_informatica_saude.pdf. Acesso em: 12 jan. 2024.

BRASIL. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jul. 2013. Disponível em: http://www.in.gov.br. Acesso em: 10 fev. 2024.

COELHO NETO, Giliate Cardoso; CHIORO, Arthur. **Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, p. e00182119, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00182119. Acesso em: 20 jan. 2024.

NOGUEIRA, Aline. **O uso da inteligência artificial como ferramenta de apoio à gestão das ações em saúde na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago*, v. 8, p. 1-15, 2022. Disponível em: http://www.revistas.ufg.br/revista_candido_santiago. Acesso em: 22 jan. 2024.

ZIMMERMANN, Guilherme dos Santos et al. **Predição de risco de lesão por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva: revisão integrativa**. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 27, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0104-070720180001700033. Acesso em: 15 fev. 2024.

HOSPITAL DE CAMPANHA: ESTRUTURA EMERGENCIAL APLICADA NA EPIDEMIA DE ARBOVIROSES EM BELO HORIZONTE

Raquel Felisardo Rosa; Médica Pneumologista pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; Diretora da Atenção as Urgências e Emergências da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Alexandra M. de C. A. Couto; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais.

Renata Alves Mourão; Especialista em Gestão Hospitalar e Vigilância Sanitária; Centro Universitário Uninter

Maria Cecília Souto Lúcio de Oliveira, Doutorado em Cirurgia e Ciências aplicadas à Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais

Wanderson de Oliveira; Bacharel em Direito Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: Em 16 de fevereiro de 2024 a Prefeitura de Belo Horizonte, por meio do Decreto nº 18.632, decretou situação de emergência em Saúde Pública em decorrência da necessidade de ações para preservar a saúde da população, frente à propagação de arboviroses, em especial da Dengue, Chikungunya e Zika. Foi conjecturado um cenário de pressão assistencial ampliada prevista até maio/2024. Além disso, o Ministério da Saúde, por meio de orientação com o "Fluxograma de Manejo Clínico de Dengue", indicou a necessidade de observação clínica e laboratorial, durante o mínimo de 48h, de pacientes do grupo C, o que exige a disposição de maior número de leitos de internação na rede SUS/BH para tratamento desse perfil. Desde janeiro e fevereiro de 2024 a rede SUS/BH veio enfrentando um aumento significativo dos atendimentos nos Centros de Saúde e nas UPAS, de casos de arboviroses, em que os leitos hospitalares disponíveis não conseguiriam atender a elasticidade desejada de ampliação para absorverem a demanda crescente de internação de pacientes com este perfil. A necessidade de organização e de implementação imediata de um local específico para internação e tratamento dos pacientes classificados como Dengue C resultou na necessidade de estruturação emergencial de um Hospital de campanha a fim de garantir assistência aos usuários com suspeitas de arboviroses. Tal Hospital de Campanha, com abertura em 01 de março e seu fechamento em 13 de maio de 2024, assegurou aos pacientes que demandam leitos hospitalares mais uma porta de acesso a essa internação em Belo Horizonte. **Objetivos:** Garantir assistência aos usuários com suspeitas de arboviroses que procuraram atendimento nos pontos de atenção à saúde da Rede SUS/BH, e assegurar aos pacientes que demandam leitos hospitalares acesso a essa internação no município de Belo Horizonte. Objetivos específicos: Ampliar acesso aos pacientes com suspeitas de arboviroses que demandam assistência no município de Belo Horizonte; Monitorar diariamente a demanda por leito hospitalar provenientes de solicitações de internações por arboviroses; Garantir internação hospitalar e tratamento para os casos de Dengue C, seguindo protocolo do Ministério da Saúde; Implementar estratégias de gestão e ferramentas inovadoras, como Kanban e gestão de risco a beira leitos para garantia da eficiência operacional; Reduzir risco assistencial por meio da qualificação da estratificação de Dengue (A,B,C e D); Garantir o uso adequado dos recursos humanos, de apoio diagnóstico, medicações

e materiais médicos hospitalares. **Referencial teórico**: Em consonância com o previsto pelas autoridades sanitárias como: Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no ano de 2024 o estado de Minas Gerais enfrentou a pior epidemia de dengue da história, situação que não se restringiu ao estado, mas conforme previsão foi verificada a nível nacional, onde diversos estados e municípios decretaram estado de emergência em saúde pública. Ainda no mês de fevereiro do mesmo ano, os casos de dengue correspondiam a quatro vezes o número de casos notificados no mesmo período do ano anterior (2023). Dentre as possíveis explicações, encontramos como causas as mudanças climáticas, associadas à processos de urbanização incompleta e à grande circulação de pessoas em determinadas áreas, favorecendo a proliferação dos mosquitos causadores das arboviroses, além da circulação do sorotipo 3 do vírus da dengue, identificado no ano de 2023, que antevia o risco de epidemia em período próximo. Com o desencadeamento da maior epidemia de arboviroses que Belo Horizonte já enfrentou, com alta taxa de incidência de casos de dengue, o município se destacou com um manejo eficiente de recursos e resposta rápida frente ao desafio de prestar assistência, notadamente na rede de Urgência e Emergência, que já vive em um cenário de pressão assistencial, independente de períodos sazonais. Neste contexto, a vivência e experiência adquiridas em um período crítico para os serviços de saúde, pode subsidiar tomadas de decisão e enfrentamento de novos desafios na saúde. **Método:** A partir do monitoramento diário da volumetria de atendimento, pelo acompanhamento contínuo dos "tempos de porta" para primeiro atendimento médico, e através da sucessiva análise e avaliação do Plano de Capacidade Plena (PCP) das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), por três vezes ao dia, ficou evidente a crescente pressão assistencial decorrente do aumento exponencial de casos alusivos às arboviroses, e a iminência de desassistência frente a este cenário. Como estratégia inovadora e ágil para enfrentamento dessa conjuntura, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) implementou a construção imediata do Hospital de Campanha anexo à UPA Norte, instituído frente ao cenário de sobrecarga assistencial. A estrutura do hospital é composta por atendimento ambulatorial e local para internação. A linha de atendimento consiste em recepção, classificação de risco Manchester, local específico para espera arboviroses com equipe de enfermeiros capacitados para estratificação de risco específica; laboratório e 05 (cinco) consultórios médicos exclusivos para atendimento às arboviroses; em anexo também uma tenda especial de 300 M2, climatizada, e com disponibilidade de 40 (quarenta) leitos para internação. Àqueles classificados como Dengue C, que necessitaram de hidratação venosa, acompanhamento médico e exames laboratoriais seriados foram encaminhados para o hospital de Campanha (tenda) a fim de que receberem o tratamento e posterior alta deste após o mínimo de 48 horas de permanência. **Resultados e discussão:** O Hospital de Campanha, anexo à UPA Norte, inaugurado em 01 de março de 2024, foi um importante componente para atenção aos usuários com necessidade de atendimento e internação para os casos de arboviroses do município. Esse equipamento serviu de referência para os Centros de Saúde e as unidades de Pronto Atendimento de Belo Horizonte. Além disso, a Tenda especial por ter uma estrutura flexível, possibilitou a montagem em cinco dias, permitindo absorver o volume de casos adultos com sintomas de Dengue. As estratégias adotadas pela Secretaria de Saúde foram assertivas e ágeis clamando pela excepcionalidade, inovação ao utilizar de forma responsável e segura os recursos pré-existentes da UPA Norte como apoio a estrutura do hospital de campanha. Durante os 74 dias de funcionamento, o hospital atendeu 8.561 pacientes nos 5 consultórios, e permitiu a internações de 1.449 pacientes, resultando em alta eficiência operacional. (Tabela 1) Dessa forma, os resultados foram considerados extraordinários por contribuírem com ampliação de atendimentos de Arboviroses; garantia de internações para Dengue C com giro de leito eficiente; maior satisfação dos Usuários e da equipe assistencial; redução relativa da superlotação das UPAS; permuta do perfil de oferta de leitos hospitalares para internação; utilização de estratégias de gestão e ferramentas inovadoras de forma ágil. **Conclusões**: A

estratégia de implementação rápida do hospital de campanha anexo à UPA Norte vem sendo um projeto extremamente exitoso, contribuindo para ampliar a capacidade de atendimento dos casos de Arboviroses, bem como absorvendo as internações para hidratação venosa e estabilização clínica. Além disso, garante a internação dos pacientes classificados de Dengue tipo C, possibilitando a substituição da espera por internação devido ao gargalo do leito hospitalar para internação imediata no referido hospital. A implantação de ferramentas ágeis de gestão local como: Kanban, identificação e gestão de risco a beira leitos, monitoramento e índice de rotatividade do leito, capacitação em tempo real da equipe assistencial, monitoramento contínuo dos processos pela Secretária Municipal de Saúde, possibilitou uma permanência real adequada e vagas liberadas para outros pacientes serem internados. Desde a inauguração até 21 de março de 2024, o hospital atendeu 8561 pacientes e possibilitou a internações de 1449 pacientes e nenhum óbito ocorreu neste período no local. As ferramentas superaram os objetivos inicialmente previstos permitindo a assistência segura, a satisfação dos usuários e permitindo agregar efetivamente valor ao nosso cuidado

PALAVRAS CHAVE: Hospital de campanha; Arboviroses; Internação; Dengue C.

REFERÊNCIAS

Portaria GM/MS Nº 3.140, de 2 de fevereiro de 2024. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3140_02_02_2024.html Acesso em 16 setembro 2024

Decreto nº 18.632, de 16 de fevereiro de 2024. Disponível em: https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/decreto/2024/1864/18632/decreto-n-18632-2024-declara-situacao-de-emergencia-em-saude-publica-em-razao-da-necessidade-de-acoes-para-preservar-a-saude-da-populacao-por-meio-da-contencao-a-propagacao-de-arboviroses-em-especial-da-dengue-chikungunya-e-zika Acesso em 16 de setembro 2024

ANEXO

Tabela 1- Número de atendimentos, internações e taxa de utilização do Hospital de Campanha nos meses de março, abril e maio de 2024

Mês	N° de atendimentos	N° de internações	Taxa de utilização
mar/24	5.037	752	184%
abr/24	2.816	590	197%
mai/24	708	107	134%

O COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO À MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL E SUA RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Nayara Clara Lopes Moreira; Mestranda 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

Ana Renata Moura Rabelo; Doutora; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Lírica Salluz Mattos Pereira; Doutora; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Natália Oliveira Dias; Especialista; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A mortalidade materna e infantil reflete o nível de organização da rede de atenção à saúde materno-infantil, a qualidade dos serviços prestados às gestantes, puérperas e crianças, além de determinantes sociais que contribuem para esses óbitos. Para a redução dessas ocorrências, uma das estratégias utilizadas na gestão é a investigação epidemiológica e análise dos casos de óbitos por parte dos Comitês de Enfrentamento à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Dentre outras funções, os Comitês de Mortalidade têm como finalidade identificar fatores de risco visando contribuir para a adoção de medidas de prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde, apoiar a formulação de políticas públicas, além de desenvolver propostas de ações para diminuir a mortalidade. De acordo com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), o Brasil tem como meta a redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) para 30 mortes por 100.000 nascidos vivos. Em relação à Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), o Ministério da Saúde propôs para o país uma taxa menor que 10 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Como a diminuição dessas mortes é um desafio de longa data para os gestores e serviços de saúde, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) utilizou as recomendações propostas pelo Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna e Infantil para elaboração e implantação de políticas de saúde voltadas à esse público. A partir desse contexto, pergunta-se: como as políticas de saúde materno-infantil em vigor do Estado de Minas Gerais estão relacionadas com as recomendações do Comitê Estadual de Enfrentamento à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal? **Objetivo:** Apresentar as ações de enfrentamento à mortalidade materna e infantil de Minas Gerais e como elas se relacionam com as recomendações do Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. **Referencial Teórico:** Os comitês de morte materna são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial com o objetivo de analisar todos os óbitos e apontar medidas de intervenção para a sua redução (BRASIL, 2009). Dessa forma, o óbito é considerado como um evento sentinela, destacando problemas cuja resolução requer a mobilização da sociedade (DE FRIAS, 2013). A análise qualificada dos óbitos maternos foi iniciada em Minas Gerais em 1995, conforme estabelecido pela Resolução SES-MG 098/95, e em 2013, a SES/MG publicou a Resolução SES/MG nº 4.031, que unificou os comitês de

prevenção de mortalidade materna e infantil em um único Comitê, e desde então esta instância vem exercendo suas competências. Dentre as outras atividades, desde 2015, o CEPMMIF/MG, publica anualmente relatórios de mortalidade materna e infantil com o objetivo de ser fonte de consulta para o planejamento em cuidados à saúde das gestantes e/ou puérperas e de crianças no primeiro ano de vida, fornecendo informações epidemiológicas e proposições para estratégias de redução de mortalidade. Segundo Fleury e Ouverney, 2012, políticas de saúde são as decisões, estratégias, instrumentos e ações que se orientam para o cumprimento de determinadas metas delimitadas para cada campo de atuação das políticas. A Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança - Rede Viva Vida, lançada em 2003, foi a primeira rede temática de saúde criada em Minas Gerais, tendo como objetivo inicial reduzir a mortalidade infantil e materna, com abordagem nas ações de planejamento familiar, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e ações de saúde da criança. Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Rede Cegonha e várias diretrizes e alguns componentes da Política, como as Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), já estavam implementadas em Minas Gerais. No entanto, a formalização federal foi essencial para o aprimoramento e a consolidação da Rede Materno Infantil no estado. Baseado nas recomendações do Comitê, em 2021, foi aprovado o "Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil do Estado de Minas Gerais", por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.564, de 21 de outubro de 2021 e alterado pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.791, de 19 de abril de 2022, com a finalidade de reduzir o número de óbitos maternos e infantis por causas evitáveis em todo o território estadual no período de 2021 a 2025. Neste plano foram definidas quatro áreas estratégicas: 1) Prevenção da gravidez não desejada e/ou não planejada e suas complicações; 2) Acesso universal a serviços de qualidade na rede de atenção à saúde; 3) Qualificação dos profissionais da saúde e, (4) Mobilização social e comunicação. Como um desdobramento do Plano de Enfrentamento e, também embasado nos dados do Comitê, a Gestão 2023-2026 da SES/MG elaborou o Projeto Aurora, um projeto estratégico que tem como finalidade reduzir a mortalidade materna e infantil aos menores níveis da série histórica. **Método:** Trata-se de resumo descritivo com análise documental de arquivos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), mais especificamente do CEPMMIF/MG. Os materiais incluem: dados extraídos dos relatórios e as Deliberações de organização do CEPMMIF/MG, bem como a Deliberação de aprovação do Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil de Minas Gerais e as publicações com normativas das políticas de saúde, que são de acesso público. **Resultados e Discussão:** Segundo os relatórios do Comitê Estadual, as informações epidemiológicas demonstram que: i) grande parte dos óbitos são classificados como evitáveis; ii) há diferenças regionais nos índices de mortalidade materna e infantil; iii) as hemorragias obstétricas são a principal causa das mortes; iv) há necessidade de qualificação das consultas de pré-natal e v) há necessidade de melhor organização da rede de assistência materno-infantil. Considerando as recomendações emitidas pelo Comitê, no escopo do Plano de Enfrentamento, foram realizadas no período de 07 a 17 de março de 2023, capacitações para os profissionais sobre pré-natal na Atenção Primária à Saúde e assistência ao planejamento reprodutivo. Também ocorreu um movimento regional e sistemático de organização das grades de referência ao parto e nascimento, disparado a partir de diretrizes para esses serviços e com vinculação da grade a recursos estaduais da Política Hospitalar do estado - Valora Minas. Também foi implementada a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, em parceria com a Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS) e em fase de capacitação das regionais de saúde. Em relação ao Projeto Aurora, destacamos as ações de publicação da linha de cuidado materno infantil e sua inclusão em ações de teleconsultoria; organização da rede assistencial de medicina fetal e expansão da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia para todas as macrorregiões de saúde do Estado. **Conclusões:** Apesar da mortalidade materna, fetal e infantil ser um fenômeno multifatorial e extrapolar os muros da saúde, observa-se que a articulação entre planejamento e

execução da política pública a partir do trabalho do CEPMMIF tem resultado em muitos esforços para redução de óbitos evitáveis. A médio e longo prazo acredita-se que tais esforços terão impactos no indicador quantitativamente. Todavia, há searas apontadas pelo CEPMMIF que ainda não foram priorizadas nas ações da gestão estadual de saúde, sendo importante que como num ciclo se mantenha, de modo contínuo o planejar, fazer, checar e agir - PCDA.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade Materna; Políticas de Saúde; Saúde Materno-Infantil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.104 p. : il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CEPMMIF. **Relatório de Mortalidade Materna e Infantil**, **2022**. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/Final%2018-07%20Relat%C3%B3rio%20de%20Mortalidade%20materna%20infantil%20e%20fetal%202022.pdf. Acesso em: 08 de setembro de 2024.

DE FRIAS, Paulo Germano et al. 8. Comitês de mortalidade: a sociedade exercendo a cidadania e demandando ações de saúde. In: BITTENCOURT, S. D. A.; DIAS, M. A. B.; WAKIMOTO, M. D. **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz EAD/Ensp, 2013. 264p. Disponível em: https://ensp.fiocruz.br/vomif/assets/pdf/material/livro_texto.pdf . Acesso em: 10 de setembro de 2024.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.564 de 21 de outubro de 2021** que aprova o Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil de Minas Gerais. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203564%20-%20SUBPAS_SRAS_CMI%20-%20Plano%20mortalidade%20materna%20e%20infantil%20(1).pdf. Acesso em: 08 de setembro de 2024.

PERCURSO METODOLOGICO DA CONSTRUÇÃO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO 2024 – 2024 DE UM HOSPITAL UNIVERSITARIO MINEIRO

Gustavo Andrade Silva; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Letícia Ferreira da Silva Machado; Mestre em Saúde Pública; Universidade Federal de Minas Gerais

Gustavo.andrade2a@gmail.com, leticia.fmachado@ebserh.gov.br

RESUMO

Introdução: A elaboração de Planos Diretores Estratégicos (PDEs) se faz fundamental para o alinhamento da gestão hospitalar nos Hospitais Universitários Federais (HUFs) desde 2014. Os PDEs identificam os desafios de gestão e a criação de estratégias para superá-los, impulsionando avanços significativos na gestão estratégica dessas instituições. Este relato de experiência apresenta o processo de construção do PDE 2024-2028 do Hospital das Clínicas da UFMG, utilizando o Modelo de Desdobramento da Estratégia da Rede Ebserh, instituído pela Portaria SEI Nº 3 de 2024. O relato é importante pois documenta uma metodologia robusta, utilizada por 600 participantes, incluindo gestores, colaboradores e alunos de graduação, que juntos realizaram um desdobramento participativo da estratégia hospitalar. Ao compartilhar essa experiência, o objetivo é disseminar boas práticas de gestão estratégica no contexto hospitalar público, além de fornecer um exemplo prático de como as diretrizes nacionais podem ser implementadas com sucesso em níveis locais. Este relato advém da necessidade de reformular o PDE para o enfretamento de desafios complexos a partir da definição de macroproblemas e suas causas raízes. Assim, o PDE foi elaborado com o compromisso de planejar estratégias capazes de modificar e intervir nos problemas latentes identificados, para tanto foram reconhecidas as necessidades de gestão referente os pilares estratégicos: sociedade; responsabilidade ambienta, social e governança; desenvolvimento institucional; sustentabilidade financeira; desenvolvimento do trabalhador, todos orientados pela missão e visão do hospital. **Objetivo**: Apresentar o percurso metodológico da construção do Plano Diretor Estratégico (PDE) 2024-2028 do HC-UFMG. **Referencial Teórico**: O desenvolvimento teórico a seguir apresenta uma breve definição sobre estratégia abordando conceitos de Gestão estratégica e planejamento estratégico. De acordo com Ansoff (1990), a estratégia pode ser compreendida como um conjunto de regras de decisão que orienta o comportamento organizacional. Na literatura, o conceito de estratégia é explorado de diversas formas e para diferentes usos. Em uma busca por síntese, Mintzberg (2000) destaca que as estratégias podem ser deliberadas ou emergentes: deliberadas quando se originam de um plano prévio, ou emergentes quando algo se concretiza sem ter sido previamente intencionado. A partir dessas abordagens, derivam-se os 5 P's para estratégia, de acordo com o Quadro 1. A estruturação de um planejamento estratégico envolve a formulação de objetivos futuros alcançáveis por meio de ações integradas que viabilizam sua concretização. Segundo Vasconcelos Filho (2001), o planejamento estratégico segue uma sequência básica que inclui a definição da visão de futuro, a análise ambiental e a determinação de objetivos. Esse arcabouço destaca a importância e a necessidade de um plano que estabeleça uma direção clara para a execução eficaz de ações futuras, garantindo o alinhamento das iniciativas com os objetivos estratégicos da organização.

Método: E um relato de experiência sobre a construção do Plano Diretor Estratégico (PDE) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) que foi realizada ao longo do primeiro semestre de 2024, com atividades com cerca de mil horas de trabalho, distribuídas entre diversas equipes e atividades ao longo de vários meses. O relato baseia-se na observação *in lócus* e na participação ativa dos acadêmicos vinculados ao projeto de extensão desenvolvido na unidade de planejamento do hospital sendo orientados pelos profissionais do setor. Assim, o registro do percurso metodológico na elaboração do PDE da instituição torna-se de interesse acadêmico, proporcionando uma compreensão detalhada dos aspectos de planejamento e aplicação do PDE. **Resultados e Discussão**: Para a construção do Plano Diretor Estratégico foram seguidas três fases principais, cada uma com um conjunto específico de etapas. A primeira fase, denominada Direcionamento Estratégico, iniciou-se com a análise situacional utilizada pelos gestores a fim de formularem junto à comunidade a declaração de visão da instituição. Por meio de votação popular, envolvendo mais de 300 pessoas, garantindo que refletisse uma ampla gama de opiniões e expectativas, e promovesse um alinhamento com as aspirações da comunidade e dos profissionais a visão do HC se define como: “Consolidar-se como um hospital Universitário Público Federal de excelência em assistência à saúde, ensino, pesquisa e inovação a serviço dos usuários do SUS”. Na segunda fase, denominada Identificação de Macroproblemas, realizou-se consultas envolvendo a participação ativa da Reitora da UFMG da secretaria municipal de saúde para levantamento das suas expectativas quanto à atuação do hospital nos próximos cinco anos. De forma similar, coleta-se as percepções de estudantes, usuários do SUS, pesquisadores, docentes e diretores das faculdades associadas. Esses levantamentos foram realizados por meio de pesquisas de satisfação, relatórios da Ouvidoria e entrevistas específicas, assegurando que o plano contasse com a participação de todos aqueles que fazem parte do hospital. Essas participações tomam forma de contribuições escritas e posteriormente debruçadas em encontros colaborativos com a participação de todas as 80 chefias das unidades, setores e divisões do hospital, evidenciado na figura 1. Esses encontros foram organizados em grupos representativos dos sete pilares do Mapa Estratégico da Rede. Por fim, a terceira fase envolveu a elaboração de 11 Projetos estratégicos para resolução dos macroproblemas identificados segunda fase e seleção de indicadores para o monitoramento dos objetivos e metas estabelecidos pelos projetos. O processo culminou com a construção e validação do Painel de Contribuição do hospital, a publicação do documento do PDE e realização do IX Seminário de institucionalização do Plano Diretor Estratégico do quinquênio 2024-2028 contando com a participação de aproximadamente 200 pessoas da comunidade do HC-UFMG. Os projetos serão acompanhados durante seu desenvolvimento pelo Setor de governança estratégica (SEGOV) por meio de contratualização interna ajustando as estratégias conforme necessário. Ao fim do plano, em 2028, será feito o encerramento envolvendo uma análise detalhada do desempenho do PDE e uma relatório de prestação de contas, avaliando entregas, resultados e lições aprendidas. **Conclusões**: Essa experiência ressalta a necessidade de ampliar cada vez mais as oportunidades para que diferentes grupos participem ativamente do processo de planejamento. A inclusão de discentes, docentes, pacientes, profissionais e outros interessados deve ser um componente essencial da gestão hospitalar. Um planejamento estratégico colaborativo não apenas enriquece o processo, mas também promove maior alinhamento com as reais necessidades e expectativas da comunidade atendida, garantido assim, maior envolvimento da comunidade na execução dos projetos. Dessa forma, a gestão hospitalar se torna mais eficiente, transparente e comprometida com o desenvolvimento contínuo e sustentável de seus serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão hospitalar, Planejamento estratégico, Plano Diretor Estratégico

REFERENCIAS

MUSSI, R. F. DE F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. DE. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Práxis Educacional, v. 17, n. 48, p. 60–77, 1 set. 2021. DOI: https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010. Disponível em: https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010. Acesso em: 13 set. 2024

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. Safari de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2000.

ANSOFF, H. I. A nova estratégia empresarial. São Paulo: Atlas, 1990. BARCAUI, A. (ORG). PMO: Escritório de Projetos, Programas e Portfólio na prática. Rio de Janeiro: Brasport, 2012.

VASCONCELOS FILHO, P. DE.; PAGNOCELLI, D. Construindo estratégias para vencer. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

APÊNDICES

Quadro 1 – Competências do Profissional.

Os 5 P's para estratégia	Descrição
Plan (Plano)	Equivalente a uma direção, um norte ou guia para execução de ações futuras. Deslocamento de origem para o destino.
Pattern (Padrão)	Refere-se ao olhar dado à repetição do comportamento ao longo do tempo
Position (Posição)	Consiste no estabelecimento de uma posição única e valiosa, estruturada em um conjunto diferente de atividades.
Perspective (Perspectiva)	Provém do olhar para dentro da organização – interno - ao passo que também se objetiva o alcance de uma grande visão – externo.
Ploy (Truque)	Remete a ações específicas realizadas para ludibriar um oponente ou concorrente.

Fonte: Adaptado de Mintzberg, Ahlstrand, Lampel (2000)

Figura 1 – Oficina de definição de macroproblemas para o PDE



Fonte: Autoria própria

PERFIL DE CONSUMO E CUSTOS DE CURATIVOS UTILIZADOS EM PACIENTES COM LESÕES POR PRESSÃO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

Natália Soares Melo; Discente do Mestrado Profissional; Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais.

Mirela Castro Santos Camargos; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: As lesões por pressão são uma das principais causas de aumento de custos hospitalares, devido ao prolongamento do tempo de internação e ao consumo elevado de materiais específicos, como curativos especializados. Essas lesões representam um grave problema de saúde pública, que impacta diretamente os orçamentos hospitalares, especialmente em instituições que atendem a pacientes de alta complexidade, como os hospitais filantrópicos (Slawomirski; Auraaen; Klazinga, 2017). Estudos indicam que os custos de tratamento de lesões por pressão variam conforme a gravidade da lesão, podendo alcançar valores elevados, particularmente em estágios mais avançados (Bennett; Dealey; Posnett, 2004). A implementação de estratégias preventivas eficazes e a gestão eficiente dos recursos são essenciais para mitigar os altos custos associados ao tratamento de lesões por pressão. O uso racional de curativos, bem como a escolha adequada dos materiais, pode contribuir significativamente para a redução dos gastos hospitalares (Andrade, 2015). Em muitos casos, a prevenção de lesões por pressão se mostra menos dispendiosa do que o tratamento de lesões já estabelecidas, o que reforça a importância de intervenções precoces e protocolos clínicos bem definidos (Sullivan; Schoelles, 2013). **Objetivo:** Analisar as características de consumo e custo dos curativos utilizados em pacientes internados em uma instituição hospitalar em Belo Horizonte (MG), considerando os diferentes estágios das lesões. **Referencial Teórico:** As lesões por pressão representam um desafio significativo tanto para a qualidade do cuidado quanto para a sustentabilidade financeira dos hospitais. Além de aumentarem a morbidade e prolongarem o tempo de internação, essas lesões geram altos custos para as instituições de saúde (Slawomirski; Auraaen; Klazinga, 2017). O custo do tratamento dessas lesões varia conforme o estágio, sendo que lesões mais graves, como as de estágio 4, podem custar até US$ 13.505,28 por paciente (Bennett; Dealey; Posnett, 2004). Esse impacto financeiro evidencia a importância de práticas preventivas eficazes e do uso racional de curativos especializados para controlar os gastos e melhorar os desfechos clínicos (Sullivan; Schoelles, 2013). No Brasil, a segurança do paciente tem sido uma preocupação crescente, e a notificação de eventos adversos, como as lesões por pressão, é essencial para aprimorar a qualidade do atendimento e reduzir os custos hospitalares (Brasil, 2024). Aproximadamente 15% dos gastos hospitalares estão relacionados ao tratamento de falhas de segurança, o que reforça a necessidade de políticas preventivas eficientes e de uma gestão de riscos adequada (Slawomirski; Auraaen; Klazinga, 2017). A implementação de estratégias de prevenção, aliada à identificação precoce de pacientes em risco, pode reduzir significativamente a incidência de lesões por pressão e os custos associados ao tratamento (Alencar *et al.*, 2018). Portanto, a adoção de práticas preventivas e intervenções baseadas em evidências é fundamental para diminuir os custos hospitalares, aumentar a segurança do paciente e melhorar a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes com lesões por pressão. **Método:** Este estudo adotou uma abordagem quantitativa

para identificar as características de consumo e custo dos curativos utilizados por pacientes internados com lesões por pressão, classificados nos estágios 1 a 4, entre 2020 e 2023. A pesquisa foi realizada em um hospital filantrópico de grande porte em Belo Horizonte, Minas Gerais, com 1.086 leitos destinados ao SUS, sendo o principal provedor de serviços do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. Os dados foram extraídos de quatro sistemas internos: prontuário eletrônico, sistema de avaliação de risco de lesões, relatório de dispensação de curativos e sistema interno de notificação de incidentes. Os custos dos curativos foram analisados conforme os estágios das lesões, e a técnica de pseudonimização foi aplicada para garantir a confidencialidade dos dados. As análises foram realizadas utilizando o Microsoft Excel® e o programa estatístico R, permitindo uma avaliação detalhada dos padrões de consumo e dos custos associados ao tratamento das lesões por pressão. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAEE 13972919.8.0000.5149) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Betim (CAAE 13972919.8.3001.5651), tendo sido iniciada a coleta de dados somente após tais aprovações. **Resultados e Discussão:** A análise dos dados de consumo e custo de curativos entre 2020 e 2023 revelou implicações importantes tanto para a gestão de recursos quanto para a tomada de decisão clínica. Nesse período, foram identificados 11.109 pacientes que utilizaram 66.586 curativos, com um custo total de R$ 1.167.725,79. O número de pacientes internados com registro de uso de curativos aumentou de 2.001 em 2020 para 3.021 em 2023, refletindo uma crescente demanda por materiais para o tratamento e prevenção de lesões por pressão. O maior consumo e custo foram observados em 2021, com R$ 361.444,77 gastos e 23.491 curativos utilizados. Esse aumento coincide com o impacto da pandemia de COVID-19, que resultou em um maior número de internações prolongadas, intensificando a necessidade de cuidados para a prevenção de lesões por pressão. Os dados mostram que pacientes com lesões por pressão em estágios mais avançados (estágios 3 e 4) consumiram uma quantidade significativamente maior de curativos, além de apresentarem custos consideravelmente mais altos. Pacientes com lesões em estágio 3 utilizaram 14.759 curativos, enquanto os pacientes em estágio 4 usaram 4.428 curativos. Os custos relacionados a esses estágios foram de R$ 242.664,61 e R$68.000,07, respectivamente. Esses valores refletem a maior complexidade e o aumento dos custos no tratamento de lesões mais graves. Uma preocupação relevante foi a subnotificação de estágios mais avançados de lesões, que pode resultar na subestimação dos custos reais e do uso de recursos necessários para o tratamento adequado. Isso destaca a necessidade de maior rigor na identificação e registro das lesões para melhor planejamento e alocação de recursos. A comparação entre o uso de curativos para prevenção e tratamento reforça a importância de intervenções preventivas. O custo associado à prevenção (R$ 175.765,81) foi significativamente menor em comparação com o tratamento (R$ 444.690,17), sugerindo que a implementação de estratégias preventivas eficazes pode reduzir consideravelmente a necessidade de tratamentos mais complexos e dispendiosos. **Conclusão:** A análise dos dados confirma que os pacientes com lesões por pressão representam uma carga significativa em termos de consumo de curativos e custos associados. Os pacientes com lesões mais avançadas demandam maior quantidade de curativos e acarretam custos elevados, refletindo a complexidade do tratamento dessas condições. O estudo reforça a importância de estratégias preventivas para reduzir o uso de curativos e minimizar os custos hospitalares. A prevenção eficaz, além de evitar complicações mais graves, pode resultar em uma economia substancial de recursos, tornando-se uma prioridade na gestão hospitalar. Assim, investir em práticas preventivas robustas e em uma abordagem clínica mais proativa é crucial para reduzir a incidência de lesões por pressão e otimizar os custos, melhorando a qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de Custos; Segurança do Paciente; Lesões por pressão; Gestão de Risco.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Gláucia de Souza Abreu et al. Lesão por pressão na unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de riscos. *Nursing* (São Paulo), p. 2124-2128, 2018.

ANDRADE, Cynthia Carolina Duarte. **Avaliação epidemiológica e econômica do tratamento de pacientes com úlceras por pressão em uma unidade da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais FHEMIG**. 2015. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

BENNETT, Gerry; DEALEY, Carol; POSNETT, John. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Aging*, v. 33, n. 3, p. 230-235, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde notificados no Notivisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br. Acesso em: 15 mar. 2024.

SLAWOMIRSKI, Luke; AURAAEN, Ane; KLAZINGA, Niek. *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm nationally*. OECD, 2017.

SULLIVAN, Nancy; SCHOELLES, Karen M. **Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy: a systematic review**. *Annals of Internal Medicine*, v. 158, n. 5_Part_2, p. 410-416, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00009. Acesso em: 30 jan. 2024.

QUALIDADE DE VIDA E ESTRESSE NOS DOCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PRIVADA

Leticia de Oliveira Rocha; Mestrado em Gestão em Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais

Vanessa de Almeira; Doutora; 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

RESUMO

Introdução: Embora a profissão docente disfrute de grande prestígio ela é uma das profissões mais afetadas pelo estresse cujos efeitos comprometem a saúde física e mental desses profissionais, com efeito direto na sua qualidade de vida (Sanchez *et al*., 2019; Lopes-Pereira *et al*., 2020). Sabe-se que estresse pode afetar pessoas de todas as idades podendo, ainda, gerar impactos nas condições econômicas tanto dos empregados e empregadores, quanto ao Estado, com incremento dos custos relativos aos recursos humanos, sociais e financeiros, dada à maior suscetibilidade ao adoecimento e ao risco inerente de afastamentos ocupacionais por licença de trabalho, tratamento médico, aposentadoria por invalidez, alteração nos processos de gestão das organizações e na vida particular do trabalhador (Mattos *et al*., 2017; Soares; Mafra; Faria, 2019; Cruz *et al*., 2020; Tsuboi; Rosim, 2022). Assim, as Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora e a Política de Promoção da Saúde objetivam criar meios capazes de regulamentar e estimular a adoção de um ambiente de trabalho que promova o bem-estar físico, mental, econômico e social, refletindo, assim na qualidade de vida do trabalhador (Lacaz, 2007; Cruz et al., 2020). **Objetivo:** avaliar a qualidade de vida (QV) e estresse entre os docentes em uma instituição privada de ensino superior. Como objetivos secundários, caracterizar as informações sociodemográficas, de saúde e relacionadas ao trabalho entre esses docentes, bem como identificar a relação entre os fatores determinantes de pior qualidade de vida. **Referencial teórico:** De grande relevância, tanto do ponto de vista social quanto científico, o trabalho docente, nas mais diversas áreas do conhecimento técnico-científico está inserido na formação 23 social, ocupacional e cultural do ser humano e contribui para o desenvolvimento do país. Entretanto, essa profissão é considerada de alto risco a saúde, desde a década de 1980, face a globalização e a reestruturação dos aspectos conceituais e organizacionais, com nítida pressão relacionada à produtividade e vantagem competitiva, impactam, inclusive, na vida pessoal dos docentes (Campos; Carvalho; Souza, 2019; Lopes-Pereira *et al*., 2020). Como resultado, é notória a precarização das condições laborais, marcada pela intensificação ou acréscimo da jornada e de funções, redução salarial, instabilidade laboral, elevando a exposição aos riscos à saúde e a deterioração das condições de saúde dos docentes (Pereira *et al*., 2014; Mattos *et al*., 2017; Tsuboi; Rosim, 2022). **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório e de abordagem quantitativa, cuja amostra foi composta por 119 docentes voluntários de todas as áreas do conhecimento de três unidades pertencentes a uma instituição de ensino superior privada. Foram utilizados os

instrumentos WHOQOL-Bref (para avaliação da QV), um questionário sociodemográfico, ocupacional e de formação acadêmica o qual englobava algumas questões do Job Stress Scale e do Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ versão curta, além da ESP-10 (para avaliação do estresse). Após a coleta de dados, as informações foram transferidas para o Excel e, posteriormente, ao *software Statistical Softwares for Social Science* (SPSS) versão 19.0, onde realizamos a análise descritiva e os cálculos das variáveis numéricas. Para avaliar os fatores associados a uma pior qualidade de vida foram utilizados os testes qui-quadrado de *Pearson*, na análise univariada e o modelo de regressão logística binária na análise multivariada. O nível de significância considerado de 5%. Todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução n. 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 n. 73907723.9.0000.5149 e Número do Parecer: 6.538.887. **Resultados:** A maioria dos docentes eram do sexo feminino (55,5%), na faixa etária entre 21 e 64 anos, da raça branca (68,9%), com companheiro (55,5%) e 64,7% têm filhos. A renda salarial média era de até 2 salários-mínimos (43,7%), 55,5% eram da área de ciências da saúde e, por fim, 47,9% possuem mestrado completo. Após a análise univariada, com relação às características individuais e sociodemográficas, a percepção de baixa QV foi mais evidente entre os homens (41,5%), na faixa etária correspondente a 31 e 40 anos (48,8%), de pele branca (40,2%), entre os que não têm parceiro (45,0%), e possuem mestrado (43,9%), que pertencem à área de exatas e que não possuem filhos (45,2%). Entretanto, não houve associação significativa entre QV e as variáveis sociodemográficas analisadas (valores-p<0,05). No âmbito da saúde, a baixa QV foi percebida mais frequentemente entre os docentes que referiram alteração na qualidade de sono, classificada como ruim/regular (52,2%), com percepção elevada de estresse (60,7%) e entre sedentários (47,6%). Houve associação significativa entre QV e as variáveis de saúde relacionadas ao sono e estresse (valores-p<0,05). No tocante às condições de trabalho e contexto educacional, foi possível verificar maior prevalência de pior QV entre aqueles que não têm apoio social (43,8%), sendo mais frequente entre os docentes que negam ter sofrido violência física (40,0%), entre os que sofreram violência verbal (40,0%) e aqueles mais expostos ao ruído (47,1%). Além dessas variáveis, 40,8% dos docentes que negaram agitação no ambiente de trabalho por indisciplina dos alunos e nos que têm tempo de deslocamento superior a 50 minutos diariamente. Entretanto, não houve associação significativa entre QV e as variáveis relacionadas à condição de trabalho e contexto educacional (valores-p<0,05). Outros aspectos analisados neste estudo, dizem respeito a carga atual de trabalho e as condições psicossociais do trabalho com a QV. Neste tópico, observa-se que a pior QV foi mais frequentemente entre os docentes com até 10 anos de tempo de atuação docente (41,7%), com carga horária de até 6 horas diárias, entre os que possuem mais de um emprego, com remuneração entre 2 e 6 salários-mínimos, e naqueles que não têm autonomia (42,1%). Outro aspecto observado foi uma maior frequência de baixa QV entre os docentes que não têm tempo para executar todas as tarefas e naqueles que relataram que nunca ou quase nunca têm satisfação com a renda percebida (50%). Houve associação significativa entre QV e a remuneração (valor-p<0,05). Após análise multivariada, verificou-se que a chance de ter uma pior qualidade de vida foi significativamente maior para os professores que atuam até 6 horas semanalmente, que possuíam qualidade de sono ruim/regular (OR=3,44; IC 95% 1,44-8,20) e estresse elevado (OR=2,86; IC 95% 1,10-7,42). Além disso, os docentes com carga horária de mais de 15 horas tiveram menor chance de baixa qualidade de vida (OR=0,26; IC 95% 0,09-0,77) que aqueles com carga horária de até 6 horas. **Conclusão**: Os docentes possuem uma avaliação insatisfatória da sua Qualidade de Vida, principalmente no domínio meio ambiente, com elevados índices de estresse. Além disso, alguns fatores foram determinantes de uma pior qualidade de vida, sendo os elevados níveis de estresse, a qualidade do sono ruim e a baixa carga horária semanal. Portanto,

considerando os resultados desta pesquisa, evidenciou-se que, na grande maioria das vezes, o ambiente de trabalho é considerado satisfatório na percepção subjetiva de cada professor. Mas ao se considerar a individualidade do docente, é necessário que este ao perceber sucessivas insatisfações, que podem afetar negativamente sua qualidade de vida, e, por conseguinte, gerar adoecimento tanto físico, quanto mental. Sendo, portanto, necessário o desenvolvimento de políticas institucionais com vistas ao reforço das políticas públicas que visem uma melhor qualidade de vida com prevenção do adoecimento. Bem como, é de grande valia a adoção de estratégias individuais e coletivas pela instituição para manejo do estresse e melhora da QV, como a organização da rotina laboral e da carga horária, que possibilite ao professor usufruir, verdadeiramente, dos momentos de repouso e lazer. Por ser um tema de extrema relevância que engloba a qualidade de vida e a percepção de estresse no trabalho docente, esta pesquisa pode servir de base para um estudo mais amplo do comportamento individual e não só coletivo dos professores de instituições de ensino superior.

PALAVRAS-CHAVE: Docentes; Qualidade de vida; Estresse ocupacional; Saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, E. V.; CARVALHO, A. M. A.; SOUZA, A. S. Satisfação no trabalho e qualidade de vida de professores universitários brasileiros: revisão integrativa. **Multitemas**, Campo Grande, v. 24, n. 57, p. 59-77, ago. 2019.

CRUZ, G. F. *et al.* Estresse ocupacional e fatores associados: um estudo em professores. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 583-592, set. 2020.

LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007.

LOPES-PEREIRA, A. P. *et al.* Preditores associados à qualidade de vida no trabalho de docentes da universidade pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 1-8, set./out. 2020.

MATTOS, C. A. C. *et al.* Qualidade de vida no trabalho: uma investigação multivariada entre docentes. **Revista RAUnP**, Belém, v. 10, n. 1, p. 77-91, jun. 2017.

SANCHEZ, H. M. *et al.* Impact of health on quality of life and quality of working life of university teachers from different areas of knowledge. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4111–4123, abr. 2019.

SOARES, M. B.; MAFRA, S. C. T.; FARIA, E. R. Fatores associados à percepção de estresse em docentes universitários em uma instituição pública federal. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 90-98, mar. 2019.

TSUBOI, R. M. N.; ROSIM, D. A qualidade de vida no trabalho e a saúde ocupacional dos docentes da universidade federal de Goiás. **Revista de Gestão e Avaliação Educacional**, Santa Maria, v. 11, n. 20, p. 1-15, abr. 2022.

TABAGISMO EM ADULTOS JOVENS BRASILEIROS

Joana Roesberg; Aluna do Curso de Enfermagem; UFMG

Mery Natali Silva Abreu; Doutora; Departamento Gestão de Serviço de Saúde; UFMG.

RESUMO

Introdução: As estratégias de prevenção e os métodos não farmacológicos para cessação do tabagismo envolvem modificações nos hábitos de vida (Presman; Carneiro; Gigliotti, 2005; Pereira et al., 2020). Ao considerar os adultos jovens, ressalta-se que a transição entre a iniciação ao tabaco e o uso regular do cigarro geralmente ocorre nessa faixa etária de 18 a 24 anos. Essa fase da vida é particularmente suscetível à influência de fatores sociais, culturais e ambientais, contribuindo para o uso do cigarro (Hall; Lynch; Mccool, 2016). Dessa forma, identificar preditores que estão associados a uma maior prevalência de fumo permite definir abordagens comportamentais efetivas. **Objetivo**: Analisar a tendência temporal da prevalência de tabagismo em adultos jovens brasileiros entre os anos de 2006 e 2023 e a associação desse indicador com outros fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). **Referencial Teórico**: O tabagismo é uma das principais causa de mortes evitáveis. No âmbito mundial, no ano de 2017, cerca de 8 milhões de pessoas faleceram devido doenças relacionadas ao uso de tabaco (INCA, 2020). Segundo dados da OMS, a prevalência global do tabagismo no ano de 2020 foi de 22,8%. Já no cenário brasileiro, em 2020, houveram 161.853 mortes devido ao uso do cigarro, representando 13% do total dos óbitos no país (INCA, 2020). Ao considerarmos o adulto jovem, destaca-se que esse período da vida é marcado por mudanças sociais, biológicas e psicológicas, sendo fatores que podem tornar esses indivíduos mais vulneráveis a comportamentos de risco e o desenvolvimento de dependências, como o tabagismo (STOCKINGS ET AL, 2020). Nesse contexto, ressalta-se que a prevenção ao uso do cigarro e o tratamento para cessação devem estar integrados em uma abordagem ampla e contínua para que os recursos terapêuticos sejam eficazes e humanizados. Destaca-se que as intervenções não medicamentosa são consideradas tão essenciais quanto o tratamento farmacológico, tendo impacto significativo na descontinuação do uso do tabaco (Sutherland et al., 2003; melnick et al., 2020). **Metodologia**: Estudo transversal, de base populacional, que utilizou dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2006 a 2023, para análise da prevalência de tabagismo no Brasil na faixa etária de 18 a 24 anos. Foi considerado como fumante o indivíduo que respondeu sim para a pergunta: “Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?”, independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar. Nesse estudo também foi avaliado a associação da prevalência do tabagismo com indicadores relacionados ao sedentarismo, má alimentação e etilismo por meio do coeficiente de correlação de Spearman e modelo de regressão linear. Foi usado o software IBM SPSS Statistics 20.0 para análise dos dados, considerando um nível de significância de 5%. **Resultados e Discussão**: Por meio da análise, observou-se que houve redução gradativa na prevalência de tabagismo entre os adultos jovens brasileiros durante os anos de 2006 a 2023 (12,1% - 6,7%). Os fatores que tiveram correlação direta com o tabagismo foram: indivíduos que despendem 3 ou mais horas do tempo livre assistindo televisão (r=0,595; valor-p=0,032), que praticam atividades físicas no deslocamento equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana (r=0,732; valor-p=0,001) e que consomem refrigerante em cinco ou mais dias da semana

(r=0,717; valor-p=0,00). Já os indivíduos que praticam atividades físicas no tempo livre equivalentes a 150 minutos de atividade moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana (r=-0,840; valor-p=0,000), que consomem 5 ou mais porções diárias de frutas e hortaliças (r=-0,519; valor-p=0,048) e pessoas com excesso de peso (IMC igual ou maior que 25) (r=-0,903; valor-p=0,000) foram correlacionadas com menor prevalência do tabagismo. No modelo de regressão, o exercício realizado durante deslocamento foi associado com maior prevalência do hábito de fumar, enquanto a atividade física no tempo livre teve associação negativa. **Conclusão**: A prevalência do tabagismo entre os adultos jovens brasileiros reduziu, entretanto, o sedentarismo e a má alimentação consolidam-se como comportamentos de riscos associados ao tabaco. Compreender esses fatores permite delinear abordagens comportamentais mais precisas e ajustadas à realidade do adulto jovem brasileiro. Além disso, estratégias de prevenção que incorporem esses preditores podem contribuir para a criação de campanhas educativas e políticas públicas que visem a cessação do consumo e, também, o fortalecimento da conscientização sobre os riscos associados ao tabagismo, implicando na promoção de escolhas mais saudáveis e sustentáveis para essa faixa etária.

PALAVRAS-CHAVES: Tabagismo. Adulto jovem. Comportamento de fumar. Abandono do hábito de fumar.

Agradecimentos: O presente trabalho foi realizado com o apoio da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

REFERÊNCIAS

Presman S, Carneiro E, Gigliotti A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. Arch Clin Psychiatry (São Paulo) [Internet]. 2005, Sep;32(5):267–75. DOI: https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000500004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpc/a/C6WxNbHs88V5hZjLDYfgJSg/. Acesso em; 10 de setembro de 2024.

Hall WD, Patton G, Stockings E, Weier M, Lynskey M, Morley K, Degenhardt L. Why young people's substance use matters for global health. Lancet Psychiatry 2016; 3(3):265-279. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00013-4. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26905482/. Acesso em: 10 de setembro de 2024.

Pereira MO, Assis BCS de, Gomes N de MR, Alves AR, Reinaldo AM dos S, Beinner MA. Motivation and difficulties to reduce or quit smoking. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020;73(1):e20180188. Available from: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0188. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/TLjLYMJdVPrsLTQMN45GSZw/?lang=en. Acesso em: 10 de setembro de 2024. Acesso em: 11 de setembro de 2024.

Melnick, R., Mendonça, C. S., Meyer, E., & Faustino-Silva, D. D.. (2021). Effectiveness of motivational interviewing in smoking groups in primary healthcare: a community-based randomized cluster trial. Cadernos De Saúde Pública, 37(3), e00038820. https://doi.org/10.1590/0102-311X00038820. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/7MgcNrBtcf8J8FZBXr8x3Cq/#:~:text=The%20group%20using%20motivational%20interviewing,fourth%20weekly%20group%20treatment%20session. Acesso em: 10 de setembro de 2024.

World Health Organization (WHO). Global report on trends in prevalence of tobacco use third edition. Geneva: WHO; 2019. **ISBN:** 978-92-4-000003-2. Disponível em:

https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition. Aceso em: 11 de setembro de 2024.

Stockings E, Hall WD, Lynskey M, Morley K, Reavley N, Strang J, Patton P, Degenhardt P. Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. Lancet Psychiatry 2016; 3(3):280-296. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366%2816%2900002-X/fulltext. Acesso em: 11 de setembro de 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa de Incidência do Câncer 2020. Síntese de resultados e comentários. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios#:~:text=Mundialmente%2C%20em%202020%2C%20foram%20estimados,a%20cada%20100%20mil%20mulheres. Acesso em: 11 de setembro de 2024.

ISBN: 978-65-99-6864-2-9

EIXO TEMÁTICO:TECNOLOGIAS GERENCIAIS NA SAÚDE (TGS)

ISBN: 978-65-99-6864-2-9

Resumos Expandidos

A ESCOLHA PARA CURSAR O MESTRADO PROFISSIONAL: IMPLICAÇÕES DOS DISCENTES A PARTIR DA ANÁLISE INSTITUCIONAL

Ana Carolina Brito Matos; discente do mestrado profissional; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Edvan Soares Bastos; Mestre; discente eletivo do mestrado profissional; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Lorena Conceição de Freitas Paula; discente do mestrado profissional; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Márcia Maria Caldeira e Oliveira; discente do mestrado profissional; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Rodrigo dos Santos Freitas; discente do mestrado profissional; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Carla Aparecida Spagnol; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: a escolha em cursar um mestrado profissional é um marco na trajetória dos trabalhadores que buscam se capacitar para aprimorar suas habilidades e conhecimentos, a fim de qualificar suas atividades laborais e ampliar suas possibilidades de atuação no mercado de trabalho (Gonzalez, 2016). Esta condição de trabalhador-pesquisador é comum nos Cursos de Pós-Graduação, mais especificamente nos Mestrados Profissionais. De modo geral, o pesquisar é novo para o trabalhador e, portanto, ele em alguns momentos precisa se desnaturalizar do papel de profissional para abrir espaço para o papel de pesquisador, construindo uma nova identidade, a de trabalhador-pesquisador, buscando respostas para suas inquietações profissionais, o desenvolvimento da reflexividade e a transformação da sua postura profissional (Penido, 2020). Diante da construção dessa nova identidade, os discentes, matriculados na disciplina Análise Institucional e Socioclínica: referencial teórico-metodológico, começaram a se questionar como estão implicados nos serviços de saúde, seus locais de trabalho, e quais são suas relações com as instituições: universidade, saúde, gestão, educação e outras. Para Monceau (2008), implicações são as relações libidinais, organizacionais e ideológicas que os indivíduos estabelecem com as instituições e que de acordo com Lourau (2004), implicado sempre se está, mas o importante é analisar tais implicações. Assim, para analisarem as implicações relacionadas às suas escolhas para realizar uma pós-graduação *stricto sensu* os discentes, referidos neste estudo, partiram da seguinte questão norteadora: "porque eu escolhi fazer o Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde"? Além disso, utilizaram a escrita de um diário elaborado durante a disciplina, onde foram registradas situações profissionais, pessoais, sentimentos, emoções e outros fragmentos do cotidiano destes trabalhadores-pesquisadores, pois, segundo Borges e Silva (2020) a escrita diarística auxilia na autoanálise do estudante, possibilita registrar o movimento e sua trajetória de formação, permitindo olhar de outras formas para a prática profissional e para o ato de pesquisar. **Objetivo:** relatar a experiência dos discentes da referida disciplina ao analisarem suas implicações relacionadas à

escolha para cursar o Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, a partir de aproximações com o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional. **Referencial teórico:** na abordagem da Análise Institucional (AI), elaborada por René Lourau, o autor ressalta a importância de compreender as instituições como processos dinâmicos e reconhecer o papel ativo do analista/pesquisador na construção coletiva do conhecimento e na transformação social, de forma crítica e implicada (Lourau, 2004). A implicação é definida como objeto de análise das relações que estabelecemos com as instituições, no primeiro momento, com a instituição à qual pertencemos mais diretamente, viabilizando nossa inserção nas situações sociais de formação, pesquisa e intervenção (Lourau, 1996). Para os autores da AI, as implicações podem ser classificadas como: *libidinal ou psicoafetiva*, vinculada aos desejos individuais dentro de uma dimensão psicoafetiva que questiona a concepção de desejo e subjetividade centrados somente nos sujeitos; *ideológica ou histórico-existencial* que reflete as convicções individuais construídas de maneira inconsciente e influenciadas pelas experiências coletivas; e *organizacional ou estrutural-profissional* que aborda a base material e temporal na qual o sujeito está imerso, explorando elementos significativos relacionados ao trabalho social do pesquisador e suas raízes socioeconômicas na sociedade contemporânea (Barbier, 1985; Borges e Silva, 2020). Segundo Monceau (2008), a análise de implicação ocorre de forma coletiva, o que dificulta analisar nossas implicações isoladamente. Outro conceito importante é a sobreimplicação, visto que pode obstruir a análise das implicações, não deixando claro os efeitos dinâmicos e processuais de nossas convicções ideológicas, libidinais e institucionais nas situações das quais vivenciamos (Monceau, 2008). **Método:** trata-se de um relato de experiência elaborado a partir da vivência dos discentes na escolha pelo mestrado profissional e da análise coletiva dos diários realizados na referida disciplina, ministrada no Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, à medida que se aproximaram de alguns conceitos do arcabouço teórico da AI, principalmente o conceito de implicação. Assim, este estudo foi desenvolvido no contexto do ensino em que se buscou um aprofundamento teórico de situações da prática profissional dos próprios discentes, o que dispensou a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os diários foram elaborados entre março e julho de 2024 e, posteriormente compartilhados e discutidos coletivamente em reuniões virtuais, a partir de uma leitura crítica destacando trechos que permitiram uma reflexão aprofundada sobre as instituições que influenciaram os discentes e como elas afetaram suas escolhas para cursar o mestrado profissional. Os trechos dos diários foram organizados e analisados, considerando os tipos de implicação já descritos acima. **Resultados e discussão:** a escolha por cursar um mestrado profissional vai além de fatores racionais, envolvendo emoções e desejos pessoais que podem ser compreendidos pela dimensão libidinal, conforme descrita por Barbier (1985). Essa dimensão reflete as experiências e relações psicoafetivas, como influências familiares e vivências significativas, na decisão da profissão e no desenvolvimento profissional. Durante o percurso do mestrado, os alunos enfrentam dilemas emocionais, como medo, insegurança e frustração, especialmente pela necessidade de equilibrar as responsabilidades acadêmicas, profissionais e pessoais. A pressão por resultados e a sobrecarga de atividades geram tensões constantes e o risco de envolvimento excessivo com o objeto de estudo, podendo propiciar a sobreimplicação. Além disso, as relações afetivas no ambiente de trabalho podem impactar a percepção do pesquisador. Sentimentos como admiração ou ressentimento em relação à chefia e aos colegas podem influenciar a condução da pesquisa, revelando o quanto a dimensão libidinal permeia o processo de análise, afetando o posicionamento do trabalhador-pesquisador. Nesse contexto, a reflexividade se torna fundamental. Assim, o uso do diário de pesquisa é considerado uma ferramenta valiosa para registrar emoções, frustrações e dúvidas ao longo da formação (Borges e Silva, 2020). Na análise da implicação ideológica ou histórico-existencial dos discentes, foi evidenciada na escrita diarística, os registros sobre o desejo de ingressar em

uma universidade reconhecida pela excelência em ensino e pesquisa. E assim ter acesso a um conhecimento científico que no imaginário destes profissionais solucionaria todos os problemas enfrentados no seu ambiente de trabalho, relacionados à gestão da qualidade e eficiência dos processos. Contudo, em contraposição à busca por "respostas prontas", o referido mestrado oferece uma possibilidade de construção coletiva do conhecimento, integrando o ensino acadêmico e a vivência profissional do discente. Cursar o mestrado também foi associado à necessidade de permanente desenvolvimento profissional e pessoal, para agregar valor à carreira, obter status social e garantir segurança econômica, visto que o mercado se apresenta cada vez mais exigente e competitivo. Desta forma, as implicações ideológicas precisam ser constantemente analisadas, pois não existe trabalhador-pesquisador neutro e separado do seu objeto de investigação. Nesta perspectiva, a escolha de cursar o mestrado profissional perpassa, na maioria das vezes, pelo "desejo" (implicação libidinal) do trabalhador do que, de fato, por uma política institucional estabelecida e operacionalizada nos serviços de saúde. Todo este movimento é realizado pelos trabalhadores sem que haja, por parte dos empregadores, decisões que viabilizem seus estudos, como adequação das escalas de trabalho e liberação de carga horária, mesmo que suas pesquisas tratem de situação-problema a ser trazida para a academia pelos trabalhadores-pesquisadores motivados por melhorias no processo de trabalho. Ademais, o profissional, muitas vezes enfrenta desafios como precárias condições de trabalho que dificultam escalas, afastamento para capacitações, planos de carreiras deficitários, o que acaba levando ao adoecimento por acúmulo de tarefas e sobrecarga. Há, portanto, contradições na criação dos mestrados profissionais e na operacionalização das políticas voltadas para a formação dos trabalhadores, a exemplo da Política de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde. Mas, mesmo neste cenário paradoxal, comparado ao mestrado acadêmico, o mestrado profissional torna-se mais atrativo, visto que dispõe de um arranjo interessante, pois é considerado mais adequado à rotina do trabalhador. O formato das disciplinas com carga horária presencial e à distância, as metodologias ativas e a grade de horários favorecem o desenvolvimento das atividades do trabalhador-pesquisador. Destarte, as questões a nível organizacional ou estrutural-profissional precisam ser colocadas em xeque para entendermos a atuação do poder público, dos serviços de saúde, das universidades, da integração ensino-serviço, das políticas de capacitação e da valorização do trabalhador neste contexto. **Conclusões:** a escolha de cursar um Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde revela-se um processo multifacetado, imerso nas dimensões das implicações libidinal, ideológica e organizacional, descritas no referencial teórico da AI. Os discentes enfrentam múltiplos fatores pessoais e profissionais, onde a busca por aprimoramento e solução de desafios do cotidiano se entrelaçam com as expectativas e pressões institucionais. Os relatos dos discentes, identificados no diário da pesquisa, ilustram a necessidade de uma análise crítica e reflexiva sobre como essas implicações influenciam a formação acadêmica e profissional, o que contribui para reduzir as sobreimplicações. Desse modo, para alcançar mudanças reais e eficazes nas práticas e políticas dos serviços de saúde, é necessário reconhecer e abordar as diversas dimensões identificadas no presente estudo, como também, buscar uma integração mais consistente entre o conhecimento acadêmico e a aplicação desse conhecimento no campo profissional. Além disso, é importante garantir que as decisões sobre a formação acadêmica e o desenvolvimento profissional estejam em consonância com as necessidades e realidades concretas do setor saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Análise Institucional; Mestrado Profissional; Implicação.

REFERÊNCIAS

BARBIER, R. **A pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.

BORGES, F. A.; SILVA, A. R. N. da. O diário de pesquisa como instrumento de acompanhamento da aprendizagem e de análise de implicação do estudante/pesquisador. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190869, 2020.

GONZALEZ, A. B. **O Mestrado Profissional: Desafios e Oportunidades**. Editora Unesp, 2016.

LOURAU, R. **Análise Institucional em Tempo Integral**. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

LOURAU, R. **Interventions socianalytiques: les analyseurs de l'église**. Paris: Anthropos, 1996.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal: revista de psicologia**, v. 20, p. 19-26, 2008.

PENIDO, C.M.F. Trabalhador-pesquisador: análise da implicação como resistência ao distanciamento do objeto. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 380-396, abr. 2020.

A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA MOBILE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA OTIMIZAÇÃO E EFICIÊNCIA NO FLUXO DE VIA RÁPIDA

Alexandra M. de C. A. Couto; Graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais; Black Belt SIX Sigma; EDTI.

Raquel Felisardo Rosa; Médica Pneumologista; Diretora da Atenção às Urgências e Emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Renata Alves Mourão; Especialista em Gestão Hospitalar e Vigilância Sanitária; Centro Universitário Uninter; Black Belt SIX Sigma; EDTI

Maria Cecília Souto Lúcio de Oliveira, Doutorado em Cirurgia e Ciências Aplicadas à Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO:

Introdução: A alta demanda por atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no município de Belo Horizonte empreendeu a implementação de ferramentas de gestão que possibilitem melhorar os processos e a gestão dos fluxos nas portas de entrada das UPAS, tendo em vista que 70% dos atendimentos realizados são de usuários de baixa complexidade clínica, classificados como verde pelo Protocolo de Manchester. Dentre as estratégias adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA PBH) destaca-se a implementação do projeto *"Lean nas UPAS*" que estruturou o atendimento do fluxo rápido (*fast track*) para este perfil de usuários. A metodologia *Lean Healthcare* propõe otimizar o fluxo dos pacientes, fomentando e promovendo uma cultura institucional de gestão do tempo, dos recursos e apoio à melhoria na qualidade e eficiência dos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Em meados de outubro de 2023, foi incorporada uma nova tecnologia ao processo de trabalho da gestão, por meio da criação do Painel de Indicadores (PI) do sistema MV, com capacidade de gerenciar o tempo porta-médico (maior tempo de espera) instantaneamente (*on-line)*, permitindo o acesso às informações que principiam o acionamento de plano de contingência para cumprimento do tempo alvo preconizado pelo protocolo. De modo complementar ao *fast track***,** o acompanhamento através da tecnologia mobile (painel em tempo real no celular), a mensuração do tempo de espera para o primeiro atendimento médico dos pacientes classificados com as prioridades verde e amarela permite que ações específicas e progressivas sejam "*startadas*" pelos gestores em tempo oportuno, assim que identificadas incongruências nos tempos para atendimento. A ferramenta foi elaborada a fim de sistematizar ações corretivas coordenadas e integradas para cada nível de acionamento (níveis 1, 2 e 3), envolvendo os profissionais responsáveis pela assistência direta aos pacientes de baixa complexidade, para diminuição do tempo de espera nessas unidades de saúde. **Objetivo:** Destacar a importância da incorporação de tecnologia *mobile* que aponta os maiores tempos estimados para o primeiro atendimento médico, na gestão da porta de entrada dos pacientes de baixa complexidade nas UPAS de Belo Horizonte. Apresentar os ganhos de eficiência em gestão em saúde obtidos por meio da inclusão da tecnologia *mobile* ao processo de trabalho dos gestores das UPAs. **Referencial teórico:** A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde e tem o objetivo de prestar cuidados aos usuários que necessitam de atenção imediata para o suporte básico/avançado de vida e para o restabelecimento de sua saúde de forma integrada a outros níveis de atenção na

rede de saúde (MENDES, 2019). Nos últimos anos, observa-se um aumento crescente na demanda por atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Esse aumento é reflexo da agudização das condições crônicas, com incremento dos casos de dengue e de outras causas respiratórias como influenza, asma, bronquiolites e COVID-19 (RAG, 2021). Esta realidade assistencial culminou com a implementação e utilização de ferramentas de gestão que possibilitem aprimoramento nos processos de trabalho e gestão dos fluxos nas portas de entrada das UPA, para a racionalização de recursos, otimização dos espaços, no direcionamento de investimentos para custeio de materiais médico-hospitalares/medicamentos, recursos humanos, adequações físicas, equipamentos, tecnologias, mobiliários e educação permanente dos profissionais. A rede de urgência de Belo Horizonte vem investindo continuamente em estratégias que possibilitem qualificar a assistência e agregar valor à jornada do paciente nas unidades, por meio da redução dos desperdícios, organização e padronização dos processos (MIN, LI LI *et al*, 2019). **Método:** Trata-se de **e**studo descritivo do tipo relato de experiência, realizado pela Gerência de Urgência e Emergência (GEURE) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG (SMSA/BH), com a implementação de tecnologia *mobile* para acompanhamento dos "tempos de porta", monitorados pelos gestores da rede de urgência, a partir da incorporação da tecnologia instituída no mês de outubro de 2023. **Resultados e discussão**: O monitoramento do tempo porta-medico suscita o acionamento imediato da contingência (disparadores), que tem como gatilho a criticidade do tempo de espera para o primeiro atendimento médico e fomenta a implementação de diversas ações internas para que a unidade retorne às atividades de rotina (Quadro 1). No início do ano de 2024, o município enfrentou a maior epidemia de arboviroses da história de Belo Horizonte, e o manejo eficiente de recursos e resposta rápida consistiu na estratégia adotada pela SMSA/BH a fim de garantir a assistência mediante o desafio imposto pelo mesmo contexto epidemiológico. No primeiro semestre de 2024, as UPAs atenderam 48.340 usuários a mais que o mesmo período do ano anterior, e apesar do expressivo aumento na volumetria de atendimento (Figura 1), logramos da redução de 21 (vinte e um) minutos no tempo médio para primeiro atendimento médicos dos pacientes classificados como "verde". Este indicador de desempenho denominado "tempo porta-médico" converge com outros dois indicadores: Taxa de Evasão (desistência) e Tempo de Permanência, de modo que ao agilizar o primeiro atendimento médico, impactamos positivamente os demais indicadores. **Conclusões:** De maneira complementar e oportuna, os gestores em saúde devem contar com a incorporação de tecnologias de diversos níveis de complexidade, desde as mais leves até as mais duras, de maneira criativa e disruptiva para melhor condução e enfrentamento dos diversos desafios da saúde. Considerando a limitação de recursos e investimentos em saúde, majoritariamente a saída consiste em garantir eficiência na gestão, sendo que seus representantes devem estudar e alvitrar alternativas factíveis com a realidade assistencial. Para as Unidades de Pronto Atendimento de Belo Horizonte, a incorporação e utilização da tecnologia *mobile* do PI (Painel de indicadores), que permite o acesso a informações relevantes para a gestão, acessadas a todo tempo e de qualquer lugar, considerando a disponibilidade dos dados em aparelhos celulares, representa um ganho e uma excelente estratégia para otimização no atendimento dos pacientes direcionados ao fluxo de via rápida. Ademais, em consonância ao que propõe o *Lean Healtcare,* com a manutenção do fluxo puxado e continuo, aumentamos a taxa de agregação de valor ao serviço, entregando aos usuários uma assistência segura, qualificada

PALAVRAS CHAVE: Tecnologia; Fast Track; UPA; Lean Healthcare;

REFERÊNCIAS

MENDES, EV. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS; 2019.

MIN, Li Li et al. **O que é esse tal de Lean Healthcare?**: Edição Especial para o SUS – Projeto Lean nas UPAs 24h. Campinas: ADCiências Divulgação Científica, 2019. 64 p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (org.). **RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2021**. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/rag2021.pdf Acesso em: 20 out. 2022.

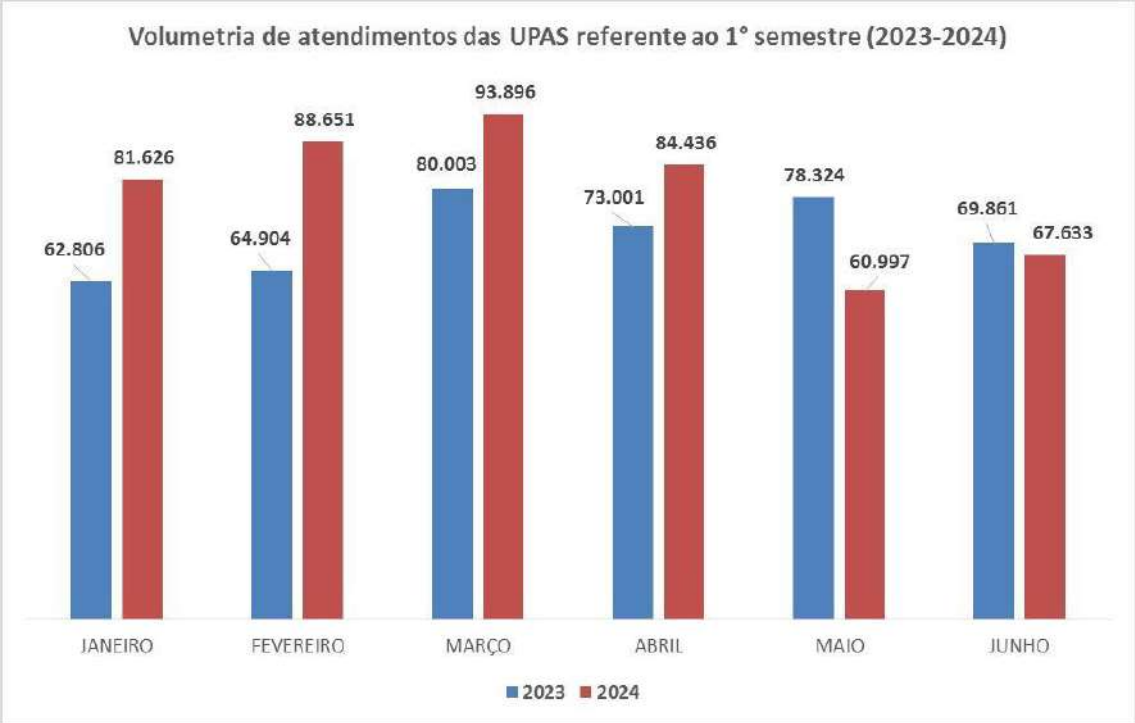
ANEXO

Quadro 1- Tempo de espera para o primeiro atendimento médico do paciente pouco urgente:

Até 2H	Atividades de rotina
Entre 2H a 3H	Nível 1
Entre 3H a 4H	Nível 2
Acima de 4H	Nível 3

Fonte: GEURE/2022

Figura 1- Volumetria de atendimento nas UPAs referente ao 1º semestre (2023-2024)



Fonte: GEURE/2024.

A PESQUISA-AÇÃO INSTITUCIONAL COMO ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM ENFERMAGEM

Otávio Ferreira Silva; Graduação em Enfermagem; Universidade do Estado de Minas Gerais

Maristel Kasper; Doutora em Dupla-Titulação Brasil-França; Curso de Enfermagem; Universidade do Estado de Minas Gerais - Unidade Passos

RESUMO

A avaliação do processo de ensino-aprendizagem constitui-se a base para a compreensão e o aperfeiçoamento das ações planejadas e executas durante da formação profissional. Avaliar o que o estudante aprendeu perpassa uma postura aberta à constituição de espaços que favoreçam a produção de novos sentidos aos estudantes. Dentre os participantes de estudo, estão estudantes e docentes de cursos técnicos de enfermagem de Passos/MG, região do sudeste mineiro. René Barbier, sociólogo francês, estruturou um tipo específico de pesquisa-ação congregando conceitos de referenciais teóricos do campo institucionalista e do imaginário social. Um crítico do sistema educativo francês, o qual concebia como "um sistema fechado onde predomina um pensamento calcificado e calcificante, programático e combinatório, protegido por um conjunto de regras e de hierarquias diversas" Na obra A Pesquisa-Ação na Instituição Educativa sistematizou o processo metodológico da Pesquisa-Ação Institucional alicerçada em sete características fundamentais: 1) O conhecimento da práxis institucional do grupo e pelo grupo; 2) A Pesquisa-Ação Institucional supõe uma relação dialética entre o grupo (pesquisador coletivo) e o objeto de sua pesquisa (implicações); 3) O objeto de conhecimento é construído no rastro da práxis. O material analisado é reconstituído de todos os elementos heteróclitos; 4) Os fenômenos marginais são considerados de modo privilegiado neste tipo de pesquisa; 5) A análise é diacronia e dialética (temporalidade); 6) Conhecimento da tendência da práxis, com o reconhecimento dos momentos significativos, concebidos na análise das contradições; 7) O resultado provisório só pode ser explicado por sua inserção numa estrutura globante significativa (Barbier, 1985). Este é um estudo de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação institucional, que tem por objetivo analisar os efeitos de uma pesquisa-ação institucional, construída de forma dialógica entre docente e estudante, avaliando qualitativamente a mesma como estratégia para a avaliação do processo ensino-aprendizagem na Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem (EPTNME). O quadro teórico e metodológico será a pesquisa-ação institucional, considerando suas sete características. Nesse tipo de pesquisa, docentes e estudantes assumem a condição de pesquisadores, pautados na invenção de dispositivos e análises permanentes dos efeitos dos mesmos. O fim comum dessa modalidade de pesquisa é a produção de novas concepções, saberes e práticas e até mesmo de instrumentos úteis aos participantes, no campo da avaliação da aprendizagem. A pesquisa terá como foco situações-problemas vividas no cotidiano da avaliação do processo de ensino-aprendizagem na EPTNME. Os resultados esperados são a produção de estratégias inovadoras no campo da avaliação do processo de ensino-aprendizagem na EPTNME. Para o desenvolvimento desta pesquisa, será adotado o referencial teórico e metodológico da Pesquisa-Ação Institucional, entendida como um tipo particular de pesquisa-ação cujo objeto refere-se ao campo institucional qual gravita o grupo em questão. Trata-se de desconstruir, através de um método analítico, a rede de significações das quais a instituição é portadora enquanto célula simbólica, nesse tipo de pesquisa, docentes e estudantes assumem a condição de pesquisadores, pautados na invenção de dispositivos e análises permanentes dos efeitos dos mesmos. O fim comum

dessa modalidade de pesquisa é a produção de novas concepções, saberes e práticas e até mesmo de instrumentos úteis aos participantes. O projeto fortalecerá a produção científica do Curso de Enfermagem da UEMG – Unidade Passos, por meio da parceria com professores da área da EPTNM em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Dentre os resultados esperados destacam-se: Qualificar o processo de avaliação da aprendizagem, tanto das aulas teóricas quanto dos estágios; conhecer as necessidades de educação permanente dos docentes de cursos técnicos; contribuir com a qualificação da formação de profissionais técnicos de enfermagem; fortalecer o trabalho em saúde e a consolidação do SUS, entregando ao mercado de trabalho; produzir estratégias inovadoras no campo da avaliação do processo de ensino-aprendizagem na EPTNME. As atividades previstas no presente plano de trabalho da bolsa estão relacionadas com o exercício da proatividade na equipe de pesquisa, favorecendo a execução do cronograma e das atividades previstas no cronograma. O projeto tem como potencial inovador a criação de novos métodos de avaliação da aprendizagem, ainda não experimentados na formação em saúde, especialmente no âmbito da Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação; Processo Ensino-Aprendizagem; Educação Profissional; Enfermagem.

Agradecimentos: O presente trabalho foi realizado com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq

REFERÊNCIAS

ABDALLA, M. F. B. A pesquisa-ação como instrumento de análise e avaliação da prática docente. Ensaio: aval. pol. públ. educ., Rio de Janeiro , v. 13, n. 48, p. 383-400, set. 2005. Disponível em http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362005000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 2 dez. 2023.

BARBIER, R. A Pesquisa-Ação na instituição educativa. Jorge Zahar Editora: Rio de janeiro, 1985.

BARBOSA, V. B. A.; FERREIRA, M. L. S. M.; BARBOSA, P. M. K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde, Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 33, n. 1, p. 56-63, Mar. 2012 . Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a08v33n1.pdf. Acesso em: 26 fev. 2019.

BOMFIM, M.I.R.M. Avaliação pedagógica: em favor do que e de quem? In: BOMFIM, M.I.R.M. (Coord.). Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde: a organização pedagógica do trabalho docente em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2009, p. 88-99.

CAVALCANTI, M.; PEREIRA NETO, A. Inovação, tecnologias sociais e a política de ciência e tecnologia do Brasil: desafio contemporâneo, Sinais Sociais, ano 5, set-dez, 2011. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/INOVA%C3%87%C3%83O%2C%20TECNOLOGIAS%20SOCIAIS%20E%20A%20POL%C3%8DTICA%20DE%2

0CI%C3%8ANCIA%20E%20TECNOLOGIA%20DO%20BRASIL%20DESAFIO%20CONTEMPOR%C3%82NEO.pdf. Acesso em: 25 fev. 2019.

COELHO, J. G.; VASCONCELLOS, L. C. F.; DIAS, E. C. A formação de agentes comunitários de saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos, Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 16 n. 2, p. 583-604, maio/ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00113.pdf. Acesso em: 27 fev. 2019.

CONSTANTINO, P.; POLETINE, M. Coordenadores de curso no ensino técnico: relato de pesquisa-ação voltada à gestão da educação profissional. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, v. 13, n. 1, 2018, -Marzo, pp. 44-58. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/6198/619866978005/619866978005.pdf. Acesso em: 27 nov. 2023.

MACÊDO, Dartagnan Ferreira de; BRASILEIRO, Regina Maria de Oliveira. PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: UMA PESQUISA-AÇÃO COM ALUNOS DE UM CURSO TÉCNICO EM ADMINISTRAÇÃO. Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica, [S. l.], v. 2, n. 19, p. e9932, 2020. DOI: 10.15628/rbept.2020.9932. Disponível em: https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/RBEPT/article/view/9932. Acesso em: 20 dez. 2023.

MONCEAU, G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 467-482, set./dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a10v31n3.pdf. Acesso em: 24 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). A situação da enfermagem no Mundo. Genebra: OMS, 2020a. Disponível em: https://apps.who.int/nhwaportal/Sown/Files?name=BRA&lang=ES. Acesso em: 15 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). A situação da enfermagem na Região das Américas. Genebra: OMS, 2020b. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54504/OPASHSSHR210010_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 15 jul. 2023.

PAILLÉ, P.; MUCCHIELLI, A. L'Analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4 ed. França: Armand Colin, 2016.

A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Patrícia Aguiar de Oliveira Soares; Mestre; 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

Carla Aparecida Spagnol; Doutora, Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Karla Rona da Silva; Doutora; Doutora; Programa de Pós-gaduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: No final de 2019, uma nova doença respiratória grave surgiu em Wuhan, China, levando a OMS a declarar, em março de 2020, uma pandemia causada pelo SARS-CoV-2. Essa situação trouxe graves impactos à saúde física e mental dos trabalhadores da saúde que estavam na linha de frente, e tiveram que enfrentar sobrecarga emocional e física, lidando com pacientes graves, escassez de equipamentos de proteção e alto índice de óbitos. A exposição prolongada ao estresse elevou os níveis de estresse, impactando na qualidade do sono e no bem-estar geral. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi analisar como a atuação na linha de frente, durante a Pandemia de COVID-19 afetou a saúde mental dos profissionais de saúde (Alves, 2021). **Referencial teórico:** A perspectiva foucaultiana sobre o poder é fundamental para compreendermos a forma como ele se manifesta na pandemia e especificamente nos serviços de saúde. Partindo da afirmação o poder não é algo que se possui, mas algo que se exerce, Foucault (2008) nos auxilia a compreender que o poder não é algo que está concentrado nas mãos de alguns indivíduos ou grupos, mas que é uma relação que envolve todos os indivíduos. Nas obras de Foucault é possível identificar duas analíticas de poder: o poder disciplinar e o biopoder. O poder disciplinar é baseado na vigilância e no controle dos indivíduos, enquanto o biopoder é exercido sobre as massas. Uma das formas de produzir uma disciplina interna nos indivíduos é o panoptismo. A ideia do panóptico foi criada por Jeremy Bentham no séc. XVIII e fundamentada por Foucault no séc. XX. Para além do poder disciplinar, o autor produz uma discussão mais ampla em que a vida, do ponto de vista biológico, que ele denominou de biopolítica. Ela é baseada na gestão da população pelos riscos e pela adoção de medidas preventivas e de controle, com o objetivo de reduzir a probabilidade de uma epidemia ou pandemia. Nesse caso, o poder não se exerce diretamente sobre os indivíduos, mas sobre os fatores que podem levar à disseminação da doença. No nível do detalhe, passa-se a investir na produção de corpos eficientes, produtivos e dóceis; já no nível das massas, com o aparecimento das grandes cidades e o surgimento de doenças contagiosas é necessário a sua regulação e controle (Foucault, 2008). Com o desenvolvimento do conceito de biopolítica, saberes da demografia, estatística e políticas de controle da população se juntam ao conjunto de saberes e tecnologias de poder que caracterizam o poder disciplinar, assumindo uma relação de complementação dessas técnicas, de sobreposição e interação. **Metodologia**: O estudo foi baseado na perspectiva pós-estruturalista de poder em Foucault. A unidade de análise foram os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da COVID-19 em diversos serviços de Saúde, totalizando 11 participantes: 4 técnicos de enfermagem, 4 enfermeiros; 2 médicos e 1

fisioterapeuta. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas e analisados segundo a Análise do Discurso Francesa, que explora como o sentido é produzido socialmente, focando no enunciado (o que está aqui) e na enunciação (quem fala e o que), considerando-se o contexto social, ideológico, cenário e personagens envolvidos, direta e indiretamente. Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, que foi aprovado sob o número CAAE: 62651922.3.0000.5149, parecer 5.877.759. **Resultados:** Foram construídas quatro categorias de análise: personagens discursivos; escolha lexical; dito e não dito; e silenciado. *Personagens discursivos:* Os profissionais de saúde, que estavam na linha de frente ou não, temiam serem agentes de transmissão da doença, denominados vetores. Esse personagem 'agente transmissor' foi identificado em alguns enunciados dos entrevistados, quando perguntados sobre o convívio com a família. Foucault (1987) argumenta que o medo é uma ferramenta que pode ser utilizada para controlar as pessoas criando-se um clima de incerteza e ansiedade, o que pode dificultar o pensamento crítico e a ação coletiva, podendo ser usado para criar uma sensação de culpa e vergonha, o que pode levar as pessoas a se autocensurar e a se conformar com as normas sociais. Em paralelo surgiu a representação do profissional de saúde pelo personagem 'herói', uma narrativa arquetípica que envolve enfrentar desafios e restaurar o equilíbrio. O processo de trabalho tornou-se panóptico, com uma vigilância rigorosa e controle social, semelhante aos mecanismos usados na peste do século XIV, como o uso de máscaras e distanciamento social (Alves, 2021). *Seleção lexical:* A seleção lexical é o processo de escolha de palavras e expressões em discursos, influenciando como entendemos o mundo (Foucault, 2012). Foram duas as que se destacaram no texto. A primeira foi 'prona' e a segunda 'parada cardiorrespiratória' (PCR). O uso do termo 'prona' (posição de bruços usada em pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave), pode fortalecer a identidade profissional das equipes de saúde, uma vez que indica o domínio da área de conhecimento. A outra seleção lexical foi o medo do paciente sofrer PCR. Uma das premissas do atendimento em urgência e emergência dentro da cadeia de sobrevivência é o reconhecimento e atendimento rápido da vítima em PCR, então na perspectiva do poder Foucault (1987) a análise do enunciado se refere a um panoptismo, a obrigatoriedade do cumprimento de uma norma. No entanto, algumas modificações em relação a normatização do atendimento à PCR foram realizadas em pacientes com COVID-19, visando à proteção da equipe e à otimização dos desfechos do paciente, gerando uma sensação de medo, confusão e opressão (Alves, 2021). *Dito e não dito:* Os discursos revelaram os efeitos psicológicos negativos do trabalho na linha de frente da pandemia. Esses impactos são evidenciados por sentimentos de medo, ansiedade, depressão, tristeza, isolamento e estresse, que levaram os profissionais a buscar diversas estratégias para enfrentá-los, como o uso de medicação, terapia, conversas com amigos, prática de atividade física, abuso de álcool, prática de fé, escutar música e consumo excessivo de doces. A ausência de normas claras e a falta de controle aumentaram a sensação de insegurança, remetendo ao conceito de biopoder de Foucault (2008), pois essa ausência e a impossibilidade de controle criam um ambiente de apreensão para profissionais habituados à disciplina e controle. Relataram também sentimentos de impotência e tensão constante no trabalho. No que diz respeito aos impactos na vida pessoal, os discursos mostraram que o estresse resultou em problemas com o sono, causados pelo nível reduzido de energia, o que pode até levar a consequências mais graves, como o uso de álcool para lidar com essa dificuldade. As estratégias usadas para enfrentar o sofrimento incluíram a fé e o apoio emocional de amigos e colegas. O "não-dito" foi a necessidade de uma escuta profissional adequada, que pudesse auxiliar na busca por melhores formas de enfrentar esse sofrimento. *O silenciado:* O tema silenciado no discurso foi o suicídio. Embora os entrevistados mencionem sentimentos de angústia, solidão e medo, o suicídio, como um problema social e de saúde, é apenas implicitamente tratado, sem ser nomeado ou enfrentado diretamente. O silenciamento reflete uma ideologia subjacente ao

discurso, relacionada ao biopoder descrito por Foucault, no qual a manutenção da vida e a promoção da saúde prevalecem, enquanto questões como o suicídio são ocultadas. **Considerações finais:** A pandemia causou grandes mudanças nas normas e na vida dos profissionais de saúde, impactando suas experiências familiares, sociais e de trabalho. A análise do discurso, baseada no poder disciplinar e no biopoder de Foucault, revelou como os profissionais foram submetidos a vigilância constante; e a narrativas de controle, como o medo de serem vetores da doença e o heroísmo atribuído a eles também esteve presente. O estudo destaca as estratégias de enfrentamento usadas pelos profissionais, como o abuso de álcool e medicação, e o silenciamento do tema do suicídio. Os resultados sugerem a necessidade de reflexão sobre as estruturas de poder e como elas afetam a vida e os discursos dos profissionais de saúde, permitindo que eles questionem normas e busquem alternativas melhores para si e para a coletividade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Poder disciplinar; Biopolítica; Profissionais da saúde; Covid-19.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. A. S. Pandemia como laboratório de poder. **(Des)troços: revista de pensamento radical**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 51–62, 2021.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: História das violências nas prisões. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**: curso no College de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA PSIQUIATRIA: ANÁLISE INSTITUCIONAL DA PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

Sandra Eliemar Rocha; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Carla Aparecida Spagnol; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Lúcia Cardoso Mourão; Doutora; Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde; Universidade Federal Fluminense

Vânia Regina Goveia; Doutora; Escola de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Renata Marques de Oliveira; Doutora; Escola de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: a administração de medicamentos é atribuição da equipe de enfermagem e demanda conhecimentos específicos na observação de todas as etapas deste processo. Quando realizada de maneira conforme e pertinente, obedecendo às boas práticas estabelecidas para esse cuidado (Brasil, 2011), permite uma assistência de qualidade, livre de danos e com desfecho assistencial favorável e seguro ao paciente. A ocorrência de erros e falhas na unidade em estudo, constituiu-se um motivador para conhecer melhor as condições em que os mesmos ocorriam e como se apresentavam no contexto da prática profissional da equipe de enfermagem. Assim, este estudo se propôs a conhecer o processo de administração de medicamentos realizado pela equipe de enfermagem que atua em unidade psiquiátrica, considerando as características do serviço, perfil dos pacientes e a prática profissional da equipe de enfermagem. Neste sentido, foi elaborada a seguinte questão norteadora: quais fatores contribuem para a possibilidade de erros e falhas no processo de administração de medicamentos, a partir da análise da prática profissional da equipe de enfermagem da unidade psiquiátrica? Esse é um tema inovador para o hospital, uma vez que não se tem registro de nenhuma pesquisa realizada por seus servidores com essa temática, o que pode contribuir com a qualidade da assistência prestada. **Objetivos:** esta pesquisa teve como objetivos analisar a prática profissional da equipe de enfermagem relacionada à administração de medicamentos na unidade psiquiátrica de um hospital geral público de Belo Horizonte e propiciar um espaço de análise e reflexão para a equipe de enfermagem sobre o processo de administração de medicamentos estabelecido na unidade. **Referencial Teórico:** a psiquiatria surgiu há pouco mais de duzentos anos, tendo seu marco fundador o trabalho do médico francês Philippe Pinel (1745-1827) em Paris, e se consolidou como especialidade médica com o nome de alienismo: a que trata de alienados e da alienação mental (Teixeira, 2019). A administração de medicamentos é atribuição da equipe de enfermagem, sendo uma das maiores responsabilidades do seu exercício profissional. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seu artigo 45, menciona sobre a responsabilidade desses profissionais em prestar uma assistência livre de danos causados por imprudência, negligência e imperícia. O artigo 78 tem como proibição a administração de medicamentos quando o profissional desconhece sua ação e riscos e, no artigo 80, consta a proibição de

executar prescrições que comprometam a segurança do indivíduo (Cofen, 2017). A administração de medicamentos, para o paciente psiquiátrico, representa parte significativa em seu tratamento, enquanto possibilidade terapêutica, especialmente na unidade em análise. Dessa forma, para realizar uma análise institucional da prática profissional da enfermagem, com foco na administração segura de medicamentos, foi utilizado o referencial teórico metodológico da Análise Institucional (AI), na sua vertente Socioclínica Institucional. Este referencial teórico metodológico propõe-se a expor as lógicas institucionais que atravessam as relações sociais no desenvolvimento de intervenções, pesquisas ou pesquisa-intervenção (Dóbies, 2022). Neste sentido, a AI tem por objetivo compreender a realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos, sendo a instituição um dos seus principais conceitos, além de encomenda e demanda, analisador, implicação e outros (L'Abbate, 2012). **Método:** trata-se de uma pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa, que utilizou o referencial teórico metodológico da AI, na sua vertente Socioclínica Institucional. Realizou-se esta pesquisa em um hospital público, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, com capacidade prevista para 249 leitos. O cenário do estudo foi a unidade psiquiátrica com capacidade para 20 pacientes e os participantes da pesquisa foram 19 profissionais da equipe de enfermagem desta unidade. Para a produção dos dados, realizaram-se dez encontros socioclínicos, no período de 23/05/2023 a 21/06/2023 e um encontro de restituição. Com o objetivo de operacionalizar esses encontros, criou-se um dispositivo que foi adaptado do GEASE (*Groupe Entrainement de Analyse de Situations Éducatives*), um método de análise da prática profissional, utilizado na França (Spagnol et al., 2019). Para o encontro de restituição organizou-se um dispositivo denominado "Mural de Reflexões", onde foram selecionados trechos de falas dos profissionais que revelavam situações, sentimentos e impressões, apresentados durante os encontros e que havia a necessidade de apresentar ao grupo novamente, para um maior aprofundamento, agora coletivo, do conteúdo produzido nos grupos em separado. Além disso, o diário da pesquisa também se constituiu como técnica para a produção dos dados. Cada encontro socioclínico teve uma média de duração de 80 minutos e gravaram-se e transcreveram-se os dados organizando-os a partir de alguns conceitos da AI e das 8 características da Socioclínica Institucional (Monceau, 2013), a fim de se conhecer a prática profissional da equipe de enfermagem da unidade psiquiátrica, compreendendo os aspectos organizacionais acerca do processo de administração de medicamentos. Os Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e do hospital aprovaram a pesquisa em que se realizou o estudo, sob o parecer de número 5.783.237. **Resultados e Discussão:** Corroborou-se a encomenda desta pesquisa com as demandas trazidas pelos participantes nos encontros socioclínicos, os quais se interessaram pela pesquisa-intervenção, a partir da possibilidade de produzirem conhecimento e transformações na prática profissional de forma coletiva. O processo de análise de implicações (Monceau, 2013) levou o grupo a falar sobre seus sentimentos de medo, frustração, constrangimento, situações traumáticas e incômodos que se revelaram em contextos relacionados à prática profissional, seus valores e afetos, além dos seus limites como seres humanos. Os analisadores podem ser construídos ou emergirem espontaneamente dos trabalhos com os grupos nas organizações, e precisam ser trazidos para o debate nestes espaços, uma vez que são "aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar" (Lourau, 2014, p. 303). Nessa investigação surgiram 02 analisadores: "Farmácia Hospitalar e seus processos" e "Modelo de Gestão instituído na unidade", que revelaram contradições institucionais no processo de dispensação de medicamentos, enfatizando as relações de poder, o modo centralizado de gestão, a falta de comunicação efetiva e de mobilização das categorias da enfermagem para lutarem pelos seus direitos e pela valorização da profissão. O contexto hospitalar em que a unidade psiquiátrica está inserida e suas interferências sobre o trabalho da enfermagem se apresentaram como condições que contribuem para a possibilidade de erros e falhas no processo de administração de medicamentos, tais como: o perfil da equipe, déficit de

pessoal, a impessoalidade no relacionamento interpessoal e na comunicação entre a equipe médica e de enfermagem, condições do ambiente de trabalho inadequadas, medo de punição em comunicar e notificar a ocorrência de eventos adversos e incidentes relacionados a administração de medicamentos e ausência de capacitações que atendam às demandas específicas da unidade. O "Mural de reflexões" utilizado especificamente no encontro de restituição para os enfermeiros e técnicos de enfermagem analisarem coletivamente a prática profissional foi uma inovação na unidade psiquiátrica e até no hospital em estudo, que foi avaliado de forma positiva pelos participantes, que sugeriram a continuidade dos encontros socioclínicos, mesmo após o término da pesquisa. Os produtos desta investigação se constituiram na própria pesquisa-intervenção, a partir dos conhecimentos produzidos coletivamente com a equipe de enfermagem, enquanto possibilidade de transformação da realidade percebida por todos os envolvidos no estudo, na busca de um cuidado seguro para os pacientes. Além disso, elaborou-se uma Ficha Técnica para apresentar propostas de intervenção, a fim de subsidiar a direção do hospital, a coordenação e a equipe de enfermagem da unidade na compreensão e análise dos resultados obtidos, destacando as demandas apresentadas pelos participantes e as propostas produzidas coletivamente nos encontros socioclinicos. **Conclusões:** a equipe apresenta demandas específicas de capacitações para subsidiar melhor a prática de enfermagem, em consonância às especificidades da unidade e características dos pacientes. Demonstra interesse em ampliar conhecimentos e elevar a qualidade da assistência prestada aos pacientes para compor um serviço de referência e excelência. O sistema de administração de medicamentos e aspectos relacionados à segurança do paciente nesse processo foi conhecido e ampliado a partir da análise da prática profissional da equipe de enfermagem. A produção desta pesquisa-intervenção, amparada no referencial teórico da AI, na vertente Socioclínica Institucional, permitiu o conhecimento de uma realidade instituída na unidade psiquiátrica a partir de um movimento de transformação coletiva e compartilhamento de vários saberes.

PALAVRAS-CHAVE: Análise Institucional; Enfermagem; Psiquiatria; Segurança do Paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução-RDC N. 63, de 25 de novembro de 2011.* Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: Acesso em: 10 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução Cofen Nº 564/2017*. Aprova novo Código De Ética Dos Profissionais De Enfermagem. Brasília, 2017. Disponível em: Acesso em: 25 jun. 2023.

DÓBIES, D. V. Em busca de agentes inquietantes para os coletivos: uma revisão conceitual articulada à análise institucional. *Mnemosine*, v. 18, n. 01, p. 214-239, 2022. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/66396 Acesso em: 14 jun. 2022.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012. Acesso em: 25 jun. 2022.

LOURAU, R. *A Análise Institucional*. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014

MONCEAU, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação em saúde. *In*: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

SPAGNOL, C. A. et al. Reflexões sobre um dispositivo de análise da prática profissional e sua possível utilização na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, n. 53, e03434, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018004803434. Acesso em: 25 jun. 2022.

TEIXEIRA, M. O. L. Pinel e o nascimento do alienismo. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, maio/ago. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000200012 Acesso em: 25 jun. 2022.

ANÁLISE DE ENGAJAMENTO E DESEMPENHO EM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (EAD) USANDO INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: UM ESTUDO DE CASO

Gabriel Henrique Silva Teixeira; Graduação em Biblioteconomia; 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

Carla Jorge Machado; Doutora 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

RESUMO

Introdução e Referencial Teórico: A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui um alicerce essencial para a qualificação contínua dos profissionais da área, impulsionando a melhoria da qualidade dos serviços e o atendimento às necessidades da população (BUSHRA *et al*, 2017; COSTA *et al*, 2024). No contexto da formação médica, o Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC) desempenha um papel crucial na atenção primária à saúde, participando da estratégia nacional da política de provimento médico através da iniciativa educacional com abordagem integral e contínua (HONE *et al*, 2020; FREITAS *et al*, 2022). A modalidade de Educação a Distância (EaD) surge como uma ferramenta promissora para democratizar o acesso à educação permanente em saúde, permitindo que médicos de diferentes regiões do país, especialmente aqueles em áreas remotas, possam se qualificar sem comprometer suas atividades profissionais. No entanto, a EaD apresenta desafios inerentes, como a dificuldade em acompanhar o progresso individual dos estudantes, identificar dificuldades de aprendizagem e oferecer suporte pedagógico personalizado (PRALON, GARCIA, IGLESIAS, 2021) . Nesse cenário, a Inteligência Artificial (IA) surge como uma aliada poderosa para potencializar a EaD na área da saúde. As aplicações da IA na educação são diversas, abrangendo desde a criação de sistemas de tutoria inteligente até a análise preditiva do desempenho dos estudantes (FERNANDES *et al*, 2024; MIRANDA *et al*, 2024). **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo principal descrever a implementação e os resultados da utilização da Inteligência Artificial (IA) para apoiar as demandas acadêmicas do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC) da Universidade Federal de Minas Gerais, na modalidade de Educação a Distância (EaD), no contexto do programa Mais Médicos, demonstrando como a IA pode extrair dados do Moodle e gerar insights sobre o

desempenho dos alunos. Descreve como o Gemini foi usado para elaborar insights a partir dos dados extraídos e avalia o impacto da solução proposta no acompanhamento pedagógico dos alunos. **Metodologia:** Este estudo adotou uma abordagem metodológica de natureza aplicada, com caráter exploratório e descritivo, visando a implementação e avaliação de uma solução baseada em Inteligência Artificial (IA) para apoiar a gestão acadêmica do CEMFC. O desenvolvimento da solução compreendeu as seguintes etapas: a) Extração de dados: Os dados relevantes para a análise foram extraídos da base de dados da plataforma Moodle, no período compreendido entre 29/04/2024 à 09/09/2024, utilizando o Power Query como ferramenta de extração e transformação dos dados. A estrutura da tabela do Moodle, a documentação da plataforma e o Gemini foram consultados para orientar a construção das queries de consulta, garantindo a obtenção das informações necessárias sobre o desempenho e o progresso dos estudantes; b) Análise de dados: Os dados extraídos e transformados foram analisados com o auxílio do Gemini, um modelo de linguagem de grande porte capaz de processar e interpretar informações complexas. O Gemini foi utilizado para gerar insights sobre o percurso acadêmico dos estudantes, identificando padrões, tendências e necessidades específicas de aprendizagem; c) Avaliação dos resultados: O impacto da solução proposta foi avaliado por meio da análise do desempenho acadêmico dos estudantes, da percepção dos estudantes sobre o suporte pedagógico recebido e da satisfação geral com a experiência de aprendizagem. **Resultados e discussões:** Cada módulo possui três atividades avaliativas: Desafio (atividade objetiva e discursiva); fórum (atividade discursiva e reflexiva) e prova online (atividade de múltipla escolha a partir de um banco de questões fechadas). Os dados referentes às notas em cada uma das atividades dos seis primeiros módulos foram extraídos em formato tabular (xlsm ou csv) e analisados dentro do Gemini for Education. Foram realizadas perguntas sobre estes dados, como estatística descritiva das notas. Os resultados apresentados pelo Gemini foram comparados com os cálculos feitos pelo autor para garantir que não houve erro com a análise da IA. **Análise de Desempenho por Módulo**. A Tabela 1 apresenta um resumo das estatísticas descritivas (mínimo, máximo e média) para cada atividade (desafio, fórum e prova online) em cada módulo. Em geral, os estudantes tiveram um desempenho muito bom nos fóruns em todos os módulos, com médias próximas ao máximo em todos os casos. O desempenho nos desafios e provas online também foi bom, mas com uma variação um pouco maior. O módulo MD4 apresentou a média mais baixa na prova online (8,62), indicando uma possível área de atenção para melhoria. **Análise de Engajamento mensal por Módulo**. O gráfico 1 " Proporção de acessos dos módulos por mês" ilustra a distribuição dos acessos dos estudantes ao longo dos meses para cada módulo. A maioria dos últimos acessos ocorreu dentro do período de duração de cada módulo, com algumas exceções onde os estudantes acessaram o sistema após o término do módulo. MD5 teve a maior proporção de acessos concentrados em seu período de vigência (Agosto), com 63% dos acessos ocorrendo nesse mês. MD4 teve a maior proporção de acessos fora do seu período de vigência, com 20% dos acessos ocorrendo em Setembro. MD3 teve 30% dos acessos em Julho, apesar de seu período de vigência ter sido em Maio e Junho, indicando um possível atraso no engajamento dos estudantes ou na disponibilização do conteúdo. MD1 e MD2 tiveram distribuições de acesso mais equilibradas ao longo dos meses, sugerindo um engajamento mais consistente dos estudantes nestes módulos. A análise revelou que a porcentagem de notas vazias varia entre os módulos e atividades. Em geral, a prova online apresenta a menor porcentagem de notas nulas (5.65%), seguida do fórum (12.31%) e do desafio (15.69%). O MD6 se destaca com a maior porcentagem de notas nulas no desafio (35.53%); entretanto, este módulo está em curso neste momento, indicando que os estudantes ainda estão realizando suas atividades. Por outro lado, o MD3 apresenta as menores porcentagens de notas nulas em todas as atividades, sugerindo um bom engajamento dos estudantes ou um processo de avaliação mais eficaz nesse módulo. Isso demonstra que as atividades que dependem de avaliação do tutor têm um tempo maior para correção, enquanto

as provas online são feitas de modo assíncrono sem o feedback do tutor. **Conclusão**: Este estudo explorou o potencial da Inteligência Artificial (IA), por meio do Gemini, na análise do desempenho acadêmico dos estudantes do CEMFC/UFMG, utilizando dados extraídos do Moodle. A aplicação da IA demonstrou ser uma ferramenta promissora no apoio às atividades de monitoramento e acompanhamento do progresso dos estudantes ao longo do curso. A análise de dados permitiu a identificação de padrões, como a distribuição de notas, a porcentagem de notas nulas e o comportamento dos acessos dos estudantes, informações valiosas para a tomada de decisões pedagógicas. A capacidade da IA de processar grandes volumes de dados de forma rápida e eficiente possibilita a personalização do ensino, o acompanhamento individualizado dos estudantes e a detecção precoce de dificuldades de aprendizagem. Os resultados deste trabalho evidenciam o potencial da IA como aliada no aprimoramento do processo de ensino-aprendizagem, oferecendo suporte aos educadores na construção de um ambiente de aprendizagem mais eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Educação permanente em saúde; Inteligência artificial; Educação à distância; Gestão acadêmica.

REFERÊNCIAS

BUSHRA, Rabia *et al*. Need for health education programs: the health care workers insight. **Pakistan Journal of Medicine and Dentistry**. V. 6, n. 4, p. 33-38, 2017.

COSTA, Anna Karoline Vargas da *et al*. Tecnologías de información y comunicación: educación para la salud y educación continuada dirigidas a COVID-19. **Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]**, v. 13, n 1, p. e202414, 2024.

FERNANDES, Allysson Barbosa *et al*. A ética no uso de inteligência artificial na educação: implicações para professores e estudantes. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 346–361, 2024.

FREITAS, Rayane Bezerra *et al*. Potencialidades e desafios sobre o programa de provimento de médicos em um estado do Nordeste brasileiro. **Revista de APS**, v. 25, n. 4, p. 900-918, 2022.

HONE, Thomas *et al*. Impact of the Programa Mais Médicos (More Doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities. **BMC Health Services Research**, v. 20, p. 873, 2020.

MIRANDA, Narciso Marques *et al*. Inteligência Artificial E Educação: Desafios E Possibilidades. **Revista Ilustração**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 183–190, 2024.

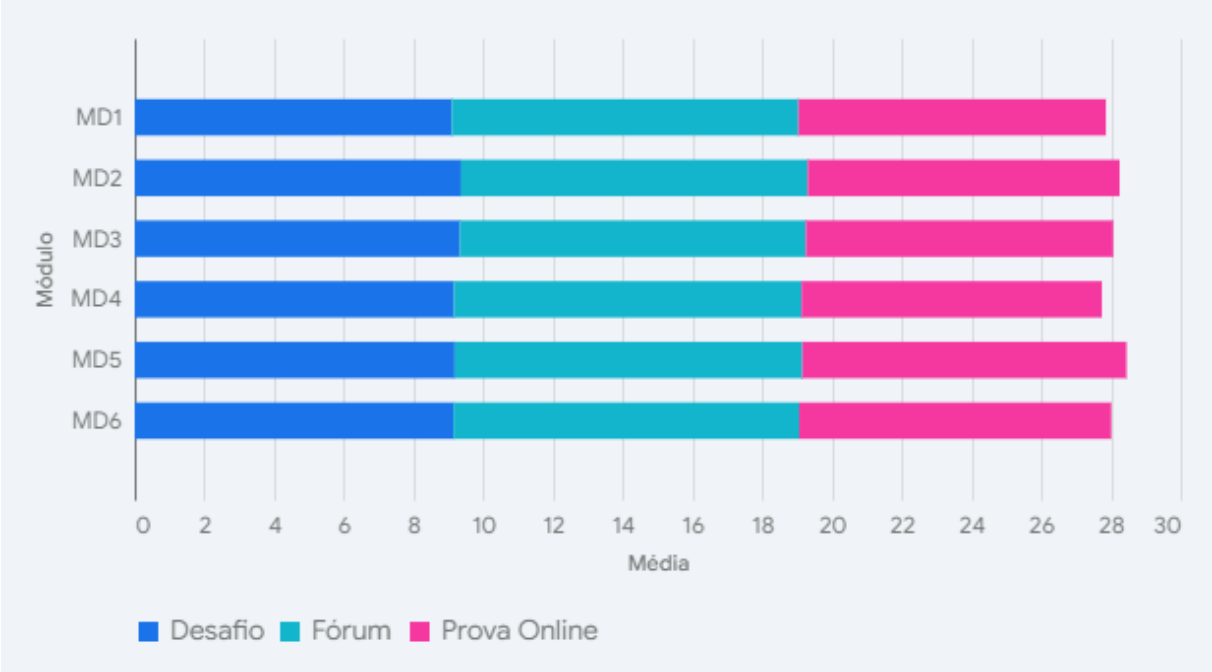
PRALON, Johnatan Antoniolli; GARCIA, Daniella Caldas; IGLESIAS, Alexandra. Permanent health education: an integrative review of literature. Research, **Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 14, p. e355101422015, 2021.

Tabela 1: Mínimos, Máximos e Médias das atividades por módulos

Módulo	Atividade	Mínimo	Máximo	Média
MD1	Desafio	0	10	9.1
MD1	Fórum	0	10	9.94
MD1	Prova Online	4	10	8.82
MD2	Desafio	0	10	9.36
MD2	Fórum	0	10	9.95
MD2	Prova Online	4	10	8.95
MD3	Desafio	3	10	9.33
MD3	Fórum	0	10	9.92
MD3	Prova Online	4	10	8.82
MD4	Desafio	0	10	9.16
MD4	Fórum	0	10	9.97
MD4	Prova Online	0	10	8.62
MD5	Desafio	0	10	9.18
MD5	Fórum	0	10	9.97
MD5	Prova Online	4	10	9.3
MD6	Desafio	0	10	9.14
MD6	Fórum	0	10	9.92
MD6	Prova Online	0	10	8.95

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

Figura 1: Comparação das médias das atividades entre os módulos.



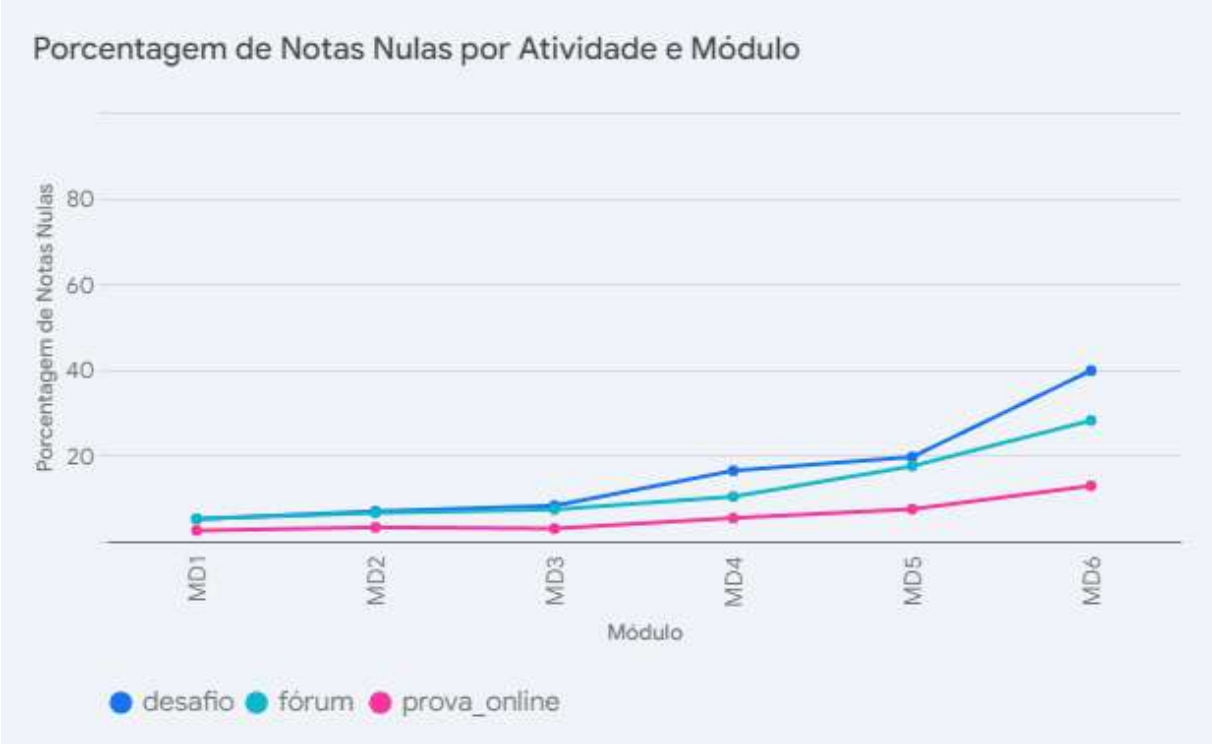
Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

Figura 2: MProporção de acessos dos módulos por mês.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

Figura 3: Porcentagem de atividades sem notas por módulo



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

APLICABILDADE DA METODOLOGIA LEAN MANUFACTURING EM UMA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO CENTRALIZADA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Raphaelle Oliveira Ornelas; Graduação em Enfermagem; Centro Universitário UNA

Karen Eliane Oliveira Silva; Graduação em Enfermagem; Centro Universitário de Belo Horizonte

RESUMO

Introdução: A Central de Material e Esterilização (CME) é uma unidade de apoio assistencial onde o objetivo principal é o fornecimento de produtos para saúde (PPS) adequadamente processados para promover assistência à saúde dos pacientes de forma segura. As etapas do processo em uma CME são divididas em: limpeza manual e automatizada, inspeção visual e preparo das embalagens, esterilização, armazenamento e distribuição dos materiais às unidades assistenciais (SOBECC, 2021). Nesse contexto, observa-se que a linha de produção denominada Lean Manufacturing, que é utilizada como uma metodologia para obter eficiência e aprimorar a qualidade da produção dos produtos, pode ser adequada também a área da saúde. A base do Lean Manufacturing é evidenciada com cinco pilares: mapeamento do fluxo de valor, identificação no processo de quais atividades geram valor para o cliente final, estabelecimento de fluxos contínuos, busca por sistemas puxados e da busca contínua pela excelência. Esses princípios são aplicados para eliminar desperdícios, reduzir tempos de ciclo, melhorar a qualidade das entregas, aumentar a flexibilidade e principalmente reduzir custos operacionais. (GUARILHA, et.al 2023). **Objetivo:** Relatar a implementação da metodologia Lean Manufacturing como estratégia de melhoria de processos e redução de custos operacionais em uma Central de Material e Esterilização centralizada de grande porte e seus resultados. **Referencial teórico:** De acordo com (MONTEIRO, 2010) a implementação do Lean Manufacturing oferece para as empresas uma nova perspectiva de treinamento para seus colaboradores e permite que os mesmos atuem continuamente nos seus processos base, como os de manufatura e administrativos para que tenham mais agilidade, a fim de atingirem maior confiabilidade nos processos, para reduzir os prazos de entrega e consequentemente atingir um menor custo de operação. Além disso, evidencia-se que a utilização dos princípios do Lean em ambientes de saúde influencia positivamente os papéis dos colaboradores, a fim de promover responsabilidades, reduzir danos e melhorar a qualidade do trabalho dos gestores e de sua relação com a equipe, para promover melhorias no processo operacional (CAMPOS, 2019). **Método:** Trata-se de um relato de experiência realizado pela gestão de enfermagem acerca da implementação da metodologia Lean Manufacturing em uma Central de Material e Esterilização centralizada de uma rede verticalizada, para aprimorar os processos de produção, evitar erros assistenciais e reduzir custos operacionais. **Resultados e discussão:** Por se tratar de uma CME centralizada a implementação da metodologia implicou em organizar os fluxos de recebimento devido o volume de materiais recebidos por vários clientes deste serviço, houve identificações por áreas de atuação. Vale ressaltar que a CME em questão possui barreiras físicas de acordo com legislação vigente. O expurgo contempla em sua estrutura duas janelas de passagem de materiais para o preparo, as quais foram identificadas com placas coloridas, uma azul sinalizando o hospital mais próximo da CME e outra rosa sinalizando os demais clientes, com o objetivo de evitar o cruzamento de fluxos de clientes distintos. Na área de preparo as janelas também possuem as mesmas identificações para facilitar a comunicação no momento de receber os materiais advindos da área suja. Além disso, a área de preparo dos

materiais conta com os checklists de cada caixa, sendo separados por pastas coloridas que evidenciam os clientes, mantendo o hospital padrão de azul, cliente número um de rosa, número dois de roxo e assim sucessivamente. Vale ressaltar que por possuir apenas duas janelas e atender cinco unidades, a gestão da CME optou por contemplar as cores apenas dos clientes de grande porte, estratificando com outras cores os demais clientes. No segmento do preparo de materiais, a área conta com três mesas para a realização das embalagens, cada uma contendo uma identificação, sendo: Mesa 1: Hospital 1 em azul; Mesa 2: Hospital 2 em rosa; Mesa 3: Demais clientes, em laranja. Além de seus checklists organizados conforme citado acima e as mesas identificadas para que não ocorra o cruzamento de materiais, após a realização do embalamento do material eles são sinalizados em seu exterior com fitas coloridas de acordo com o seu respectivo hospital. As fitas coloridas no exterior das caixas facilitam o processo de armazenamento, pois durante a montagem de carga é possível visualizar os materiais que estão entrando em ciclo de autoclave e facilitar a disposição dos itens no arsenal rotativo de forma assertiva. No arsenal, local destinado para armazenar temporariamente os artigos antes de destiná-los aos clientes, também conta com sinalização nas prateleiras identificadas em sua região superior com cores pré-definidas durante todo o processo. Dessa forma, é possível garantir de forma exemplificada que: O material chega na área suja, passa pela janela identificada de azul, evolui para um preparo na mesa específica com o checklist correto pois foi pego na pasta da cor correspondente, após a realização da embalagem foi sinalizado com uma fita azul em local visível, e após o processo de esterilização foi armazenada no arsenal em uma prateleira específica para esse cliente, com a cor correspondente, evitando envio errôneo para outros clientes e facilitando a visualização do processo através de cores, favorecendo a prática operacional dos colaboradores desta CME. **Conclusão:** Conclui–se que a aplicabilidade desta ferramenta de organização de processos historicamente industriais, trouxe para a realidade hospitalar assertividade na gestão de processos de uma CME de grande porte, principalmente no quesito distribuição e entrega de artigos para os clientes, evitando falhas nas trocas de materiais de um cliente sendo destinado erroneamente para outros clientes, gerando impacto não apenas financeiro para a instituição que cobria com novos custos de logística e recolhimento, como também insatisfação da equipe operacional por conta do retrabalho e insatisfação do cliente desta unidade pelo não cumprimento dos prazos. A ferramenta trouxe consigo maior credibilidade na qualidade dos serviços ofertados pela CME e maior satisfação da equipe operacional que se sente segura na execução do modelo Lean.

PALAVRAS-CHAVE: Centro de Material e Esterilização; Controle de Qualidade; Gestão em Saúde; Serviços de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

DA SILVA GONÇALVES, Raquel Calado et al. Validação das atividades de enfermagem em centro de material esterilizado. **Revista SOBECC**, 2022. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/760/740>.

GUARILHA MIGUENS, Pedro Paulo et. al. O pensamento Lean para melhorias na gestão de estoques: as melhores práticas e desafios na área da saúde. **Revista Meta: AVALIAÇÃO,** 2023. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/3b3f/2a55ec4632485fce012bdfa6f37b393d6728.pdf>.

MONTEIRO, Michele Silva, et. Al. Lean seis sigma aplicado na área da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba,** 2020. Disponível

em:<https://web.archive.org/web/20180414222009id_/http://publicacoes.fatea.br/index.php/janus/article/viewFile/907/691>.

JÚNIOR, Jaime De Oliveira Campos et al. Metodologia lean healthcare vivências de gestores no contexto hospitalar. **Biblioteca Virtual em Saúde**, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1007498 >.

ATUAÇÃO GERENCIAL DE ENFERMAGEM EM UM AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO AO IDOSO COM ELEVADO NÍVEL DE ABSENTEÍSMO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda Rezende Ruggio; Graduanda de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Beatriz Camargos Vitor de Morais; Graduanda de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Carolina Sales Galdino; Mestranda de Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O processo de trabalho da Enfermagem é multifacetado, sendo composto pelas dimensões: assistência, ensino, pesquisa, agir político e gerência. Nesse contexto, durante o ensino clínico da disciplina "Gerência em Saúde e em Enfermagem", acadêmicas do quinto período de enfermagem experienciaram a aplicabilidade prática da gerência em enfermagem, reconhecendo seu impacto transformador na qualidade da assistência direta ofertada em um ambulatório de geriatria, inserido na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foi realizada uma intervenção gerencial para compreender as causas e identificar possíveis soluções para as altas taxas de absenteísmo dos pacientes no serviço de saúde. Os resultados dessa ação foram analisados, confirmando a essencialidade da competência gerencial do profissional enfermeiro em garantir o funcionamento adequado da assistência em saúde. **OBJETIVO:** Relatar vivências de acadêmicas de enfermagem acerca de uma intervenção gerencial realizada em um ambulatório de Saúde do Idoso. **REFERENCIAL TEÓRICO:** O processo de trabalho administrar ou gerenciar em Enfermagem se debruça sobre os agentes do cuidado e os recursos atrelados à assistência. Embora seja crucial no cotidiano laboral dos enfermeiros, a atuação gerencial tem sua relevância, comumente, subestimada por não lidar diretamente com o paciente. Contudo, o gerenciar não se dissocia do assistir, configurando-se como parte fundamental do processo de trabalho do enfermeiro, capaz de ofertar condições para garantir o cuidado de qualidade (Sanna, 2007). **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência descritivo sobre intervenção gerencial em saúde e enfermagem, intermediada por articulação ensino-serviço, em um ambulatório de geriatria do SUS da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram realizadas quatro visitas presenciais em abril de 2024, em que foi analisado o cotidiano laboral dos enfermeiros e discutidas as potencialidades e os desafios vivenciados no ambulatório, por meio da aplicação de instrumentos organizacionais, como mapa de processos, teorias da administração, modelos de gestão e de assistência e fluxogramas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Tornou-se evidente a magnitude do gerenciamento e sua função no serviço analisado, além das atribuições do enfermeiro gestor. No que tange às competências gerenciais, observou-se a gestão de pessoas e recursos, planejamento orçamentário, reuniões de equipe, alinhamento de metas, acompanhamento dos resultados ofertados e dos desafios vivenciados pelo serviço, destacando o contingencialismo e a padronização como aspectos determinantes do trabalho gerencial do enfermeiro dessa unidade de saúde. Destacou-se a relevância de aspectos de gestão no cotidiano laboral de toda a unidade de geriatria, impactando diversos profissionais e pacientes. Em relação aos desafios percebidos na unidade em questão, ao se debruçar sobre os atendimentos do ambulatório, as acadêmicas de enfermagem se depararam com uma elevada taxa de

absenteísmo dos pacientes nas consultas. Essa fragilidade foi abordada com os profissionais que trabalhavam no ambulatório, que confirmaram ser um problema crônico e que gerava inúmeras perdas para a unidade, para o SUS e para o próprio paciente, que tem um perfil de idoso fragilizado e que muitas vezes precisa urgentemente da consulta para intervenção precoce, como em casos de detecção de demências. Os profissionais relataram as principais causas associadas ao absenteísmo dos pacientes, baseado em dados coletados por outro grupo de alunos que também estavam em uma articulação ensino-serviço, na qual os estudantes realizaram uma pesquisa via contato telefônico com os pacientes e/ou seus acompanhantes para compreender as razões do absenteísmo no ambulatório. Dentre as principais causas para a ausência, estão: não aviso da marcação da consulta por parte da Atenção Primária, esquecimento da consulta e a falta de acompanhante. A partir disso, planejou-se uma intervenção para mudar esse cenário, utilizando recursos gerenciais. Com base no diagnóstico gerencial, houve a formatação da proposta de intervenção por meio da formulação de um mapa de processos, no qual os fornecedores, as entradas, os processos, a saída e os clientes foram identificados e analisados, a fim de visualizar em quais desses pontos haveria necessidade de intervenção. Identificou-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) era um ponto de atenção com grande potencial para reduzir os níveis de absenteísmo, tendo em vista a maior proximidade e vínculo com os pacientes em comparação com o nível de atenção secundário, representado pelo ambulatório. Dessa forma, elaborou-se um fluxograma de atendimento do idoso fragilizado na RAS e um vídeo informativo acerca da taxa, de aproximadamente 40%, do absenteísmo no ambulatório, suas graves repercussões e como atenuá-las, ambos destinados aos profissionais da APS. O vídeo de educação permanente foi direcionado aos profissionais que trabalham com o encaminhamento de idosos da Atenção Primária para a Secundária, por intermédio da discussão de temas como a transferência de prontuário, informações a serem seguidas para que a transição seja feita de maneira eficiente e orientações necessárias aos pacientes e/ou acompanhantes antes da consulta. Utilizou-se do matriciamento, recurso gerencial estabelecido previamente entre os níveis de atenção primário e secundário, para mediar essa conscientização da ausência dos pacientes e, assim, garantir que estes sejam devidamente assistidos. Sendo assim, a confecção do material teve o intuito de sensibilizar os profissionais acerca desse grave entrave relacionado ao absenteísmo dos idosos. Posteriormente, os instrumentos foram validados positivamente com os profissionais do ambulatório, incluindo o gerente da unidade, comprovando a potencialidade da atuação gerencial para resolução de desafios, atribuição crucial para garantir a execução de uma assistência qualificada. Perante os conhecimentos adquiridos em prática, ficou evidente a magnitude do absenteísmo, seu grave impacto na assistência ao idoso frágil e o potencial da atuação gerencial como meio resolutivo dessa grave problemática. Espera-se manter o absenteísmo de consultas e exames especializados abaixo de 20%, contudo, a média do segundo quadrimestre de 2023 em Belo Horizonte foi de 23,79%, revelando que a problemática ainda é uma realidade no cotidiano dos serviços de saúde da cidade (Brasil, 2023). Sob a ótica da existência do absenteísmo como um problema real, dados presentes na literatura confirmam que o não comparecimento em consultas especializadas está diretamente relacionado ao aumento do tempo de espera na fila do SUS. Um estudo no estado do Espírito Santo apontou que o tempo de espera por atendimento está crescendo com o passar dos anos e que esse aumento está correlacionado com as taxas de absenteísmo em consultas e exames especializados, sendo este um grande desafio para a solidificação de um sistema público de saúde eficaz e resolutivo no Brasil. (Farias *et al*., 2019). Sendo assim, torna-se notório que a fila de espera por atendimento é influenciada pela alta demanda por atendimento e pelos altos níveis de absenteísmo, gerando perdas frequentemente irreparáveis para o Sistema de Saúde e, principalmente, para a população usuária do serviço. Dentre as consequências do absenteísmo, evidencia-se o aumento do tempo na fila de espera e de demandas por urgência

por descompensação dos pacientes, o desperdício de recursos, redução da produtividade e perda da eficiência da clínica e da gestão do SUS (Beltrame *et al*., 2019). Dito isso, é possível compreender a influência negativa desse evento no estado de saúde, no prognóstico e na qualidade de vida dos pacientes, configurando o absenteísmo como um dos principais problemas de gestão na área da saúde, desencadeando outros fatores adversos como atrasos de diagnósticos, diminuição da efetividade do tratamento e desperdício de recursos humanos, físicos e econômicos (Farias *et al.*, 2019). Durante a experiência ambulatorial, foi possível identificar alguns dos principais fatores que contribuíram para o absenteísmo dos idosos, suas consequências e a atuação da gestão frente a esse problema. Frente aos desafios e entraves do SUS, a gerência se revela como ferramenta resolutiva frente aos problemas que surgem (Vieira e Silva, 2022). Dessa forma, enxergando a resolutividade da gestão frente aos desafios, as intervenções realizadas visaram disseminar informações sobre o absenteísmo e suas consequências para conscientizar profissionais e a sociedade sobre as diversas consequências e fatores influenciadores desse tema em âmbitos sociais, econômicos e de saúde pública, objetivando, assim, a redução dos níveis de não comparecimento e o reconhecimento da importante atuação gerencial dos enfermeiros. **CONCLUSÕES:** Portanto, tornou-se nítida a relevância de ações gerenciais da enfermagem e seu impacto na assistência prestada aos pacientes, evidenciados pela sua capacidade resolutiva mediante entraves e desafios vivenciados nos serviços de saúde, como os altos níveis de absenteísmo. A experiência vivenciada pelas acadêmicas de enfermagem revela como o âmbito gerencial permite uma visão macro dos desafios e a proposta de possíveis resoluções que, muitas vezes, não são exploradas na assistência direta ao paciente pois não há tempo e recursos disponíveis para se debruçar em questões extramuros da realidade do serviço, permitindo identificar a gerência como recurso mediador da resolução de questões problemáticas como o absenteísmo. A vivência das alunas confirma a essencialidade do serviço gerencial e contrapõe os estereótipos de desvalorização e invisibilidade atreladas a essa dimensão do processo de trabalho da enfermagem, contribuindo, dessa forma, para reforçar a necessidade de reconhecimento e investimentos na dimensão gerencial do trabalho da enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Gestão em saúde; Saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Simone Cristina Paixão Dias; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti; LIMA, Stella Godoy Silva e; MARTIN, Luana Bassetto; SILVA, Karen Aline Batista da; CIRNE, Marina Ramos. O absenteísmo dos pacientes em consultas ambulatoriais: revisão integartiva de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0380. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NYZmytbwHwQ3CwTFgjzZy9s/?lang=en. Acesso em: 16 ago. 2024.

BELTRAME, Sonia Maria; OLIVEIRA, Adauto Emmerich; SANTOS, Maria Angelica Borges dos; SANTOS NETO, Edson Theodoro. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1015-1030, dez. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BYJbCp6ZBz9NCynKt3h3X3J/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 ago. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Atividades – Análise de Desempenho de Qualidade.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:

https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/relatorio/rdaq/310620/158945f5721fe7ae2666267152 1262fc.pdf. Acesso em: 16 ago. 2024.

FARIAS, Cynthia Moura Louzada; GIOVANELLA, Ligia; OLIVEIRA, Adauto Emmerich; NETO, Edson Theodoro dos Santos. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 43, p. 190-204, dez. 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/190-204/pt. Acesso em: 16 ago. 2024.

FERREIRA, Victor Hugo Souto *et al*. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 40, jan. 2019. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180291. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/bNCNmx8B8fFZFyWZfCG9WLm/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 ago. 2024.

FESTA, Cristiano Alves; REIS, Gislene Aparecida Xavier dos; BARTMANOVICZ, Maria Heloísa Vicente; NATAL, Heloisa Furlan Montana Galvão. COMPETÊNCIAS GERENCIAIS: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, *[S. l.]*, v. 26, n. 3, 2022. DOI: 10.25110/arqsaude.v26i3.2022.8928. Disponível em: https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/8928. Acesso em: 16 ago. 2024.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem Reben**, Brasília, v. 2, n. 60, p. 221-224, fev. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/tdR5hDyyjjGRqZ8ytgGqHsz/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 ago. 2024.

VIEIRA, Cicera Kassiana Rodrigues; DA SILVA, Érika Sobral. A Importância Da Gestão Na Saúde Pública: Uma Revisão De Literatura. **Revista Multidisciplinar em Saúde**. DOI: 10.51161/ii-conbrasp/12764. Disponível em: https://ime.events/ii-conbrasp/pdf/12764. Acesso em: 16 ago. 2024.

CÍRCULOS DE CULTURA: POTENTE FERRAMENTA PARA A PADRONIZAÇÃO DO CUIDADO NA TERAPIA INTENSIVA

Fernanda Alves dos Santos Carregal; Mestre em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Renata Ventura Ricoy de Souza Castro; Especialista em Terapia Intensiva; Centro Universitário Una

Lívia Araújo Monteiro; Graduanda em Enfermagem; Centro Universitário Newton Paiva

Vinícius Gonçalves de Souza Ribeiro; Graduando em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: O processo de gestão dos serviços de saúde demanda o desenvolvimento estratégico da implementação de tecnologias do cuidado para o alcance da construção e disseminação da cultura de segurança. As tecnologias podem ser classificadas em tecnologias leves (acolhimento, produção de vínculo e relações), leve/duras (conhecimento estruturados) e duras (equipamentos tecnológicos) (MORAES et al.,2009). A produção do cuidado é influenciada e moldada pela aplicabilidade das tecnologias na prática assistencial do enfermeiro e o grande desafio é utilizar as relações enquanto tecnologia, no sentido de edificar um cenário, por intermédio da construção mútua entre os seus pares (LIRA et al.,2023). O enfermeiro que atua na terapia intensiva, além de habilidades e competências profissionais específicas para atender as demandas do paciente crítico, deverá aliar o conhecimento técnico-científico, domínio da tecnologia, humanização e individualização do cuidado para o alcance da qualidade na assistência prestada. No processo de humanizar devem ser considerados tantos os pacientes como também os profissionais de enfermagem (RODRIGUES et al.,2021). O profissional envolvido na assistência deve ser considerado em sua subjetividade e como protagonista do processo de cuidado, necessitando ser valorizado como um sujeito portador de valores, assim como os usuários que recebem a assistência. Desse modo, torna-se necessário a aplicabilidade da tecnologia leve como uma ferramenta para potencializar o protagonismo da classe de enfermagem por meio do diálogo coletivo, identificando vulnerabilidades na assistência ofertada e a busca para o desenvolvimento de um cuidado seguro, humanizado e singular aos pacientes críticos de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Objetivo:** Descrever um relato de experiência sobre a realização de círculos de cultura como uma ferramenta de tecnologia gerencial. **Referencial Teórico:** O estudo foi subsidiado pelo arcabouço do pensamento de Paulo Freire, que, como educador brasileiro, proporcionou o fortalecimento da problematização e criticidade no processo de ensino-aprendizagem. Dentre os conceitos que permeiam as obras de Paulo Freire, destaca-se o círculo de cultura como uma potente ferramenta para impulsionar o protagonismo do educando por meio da prática dialógica e reflexiva. Nesse modelo, a problematização e o diálogo possibilitam a aproximação entre os sujeitos, contribuindo com o desenvolvimento da reflexão crítica, a autonomia e o empoderamento profissional, buscando, coletivamente, melhorar a compreensão da realidade e transformá-la. A Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente de trabalho com demandas complexas, dessa forma, exige habilidades avançadas para o processo do cuidado crítico. O aprendizado de enfermagem em cuidados intensivos representa um grande desafio aos profissionais da Saúde, sendo necessária a articulação do conhecimento teórico com a prática em tempo hábil e a tomada de decisão fundamentada em evidência científica. Neste contexto, torna-se imprescindível o emprego de

tecnologias leves como dispositivo de Educação Permanente em Saúde para a transformação da prática profissional, possibilitando uma sensibilização e provocação de inquietudes nos participantes, rompendo posturas de acomodação quanto às questões relevantes ao cotidiano de trabalho na terapia intensiva. **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre o desenvolvimento de círculos de cultura subsidiados na pedagogia problematizadora proposta por Paulo Freire. A ação foi desenvolvida em um hospital privado da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. No período de maio a agosto de 2024, onde 52 colaboradores assistenciais participaram ativamente da prática educativa dialógica, sendo 06 enfermeiros e 46 técnicos de enfermagem. A roda de cultura foi nomeada na instituição como "café com valores" e contemplou três etapas: 1) investigação de palavras e conceitos que representam o contexto do trabalho dos colaboradores; 2) contextualização dos temas definidos; 3) problematização e conscientização. As discussões foram pautadas no protagonismo profissional e foi proporcionado um ambiente seguro e acolhedor para a promoção da humanização. **Resultados e Discussão:** Os círculos de cultura proporcionaram a interação dialógica e fortalecimento do vínculo entre os pares e coordenação de enfermagem. As pautas problematizadoras que guiaram as discussões dos encontros foram associadas aos resultados de indicadores estratégicos, satisfação do cliente externo e valores que permeiam o cuidado ofertado ao paciente crítico. Para propiciar aos profissionais de saúde um ambiente favorável e potente para o compartilhamento de saberes com facilidade e liberdade, foram empregadas técnicas de sensibilização e conscientização: filmes associados com a temática, músicas e café de maneira a garantir o acolhimento à equipe de enfermagem presente. As técnicas aplicadas foram selecionadas de acordo com o perfil dos participantes, de forma a considerar o quantitativo e singularidades de cada grupo. A partir da realização dos círculos de cultura com os profissionais que atuam na produção do cuidado na terapia intensiva, realizou-se acordos, resultado da construção de consenso com os profissionais. Estabeleceu-se critérios para alinhamento sobre os protocolos institucionais, por meio da troca de saberes e experiências assistenciais, sendo possível identificar as fragilidades dos processos e caminhos para solucionar as problemáticas evidenciadas pelo grupo profissional. Além disso, os aspectos sobre estratégias para o fortalecimento da assistência humanizada ofertada ao paciente crítico foram definidas das rodas de cultura, possibilitando a padronização do cuidado ofertado. Após a implementação da ação foi possível detectar melhorias significativas no clima interno do setor, representadas pela diminuição da taxa de absenteísmo e alcance do indicador atrelado à satisfação do cliente externo por três meses consecutivos. **Conclusão:** As ações que abrangem a *práxis* educativa transformadora em saúde, como o desenvolvimento do círculo de cultura denominado"Café com valores", têm se revelado como uma estratégia para o aprimoramento de boas práticas e cuidado padronizado em concordância com os princípios da humanização e fortalecimento do protagonismo da enfermagem. Baseado em uma análise crítica e coletiva das ações assistenciais dos profissionais da saúde, o círculo de cultura pautado no referencial teórico de Paulo Freire, é uma estratégia para as práticas educativas o que permite um exercício da consciência da performance profissional além de se tornar um espaço de troca de conhecimentos e experiências a partir dos diálogos do grupo. Portanto, a ação educativa "Café com valores" torna-se um instrumento de ensino singular, focado não somente em garantir a assistência por meio de aspectos técnico-científicos, mas também em fortalecer o protagonismo do cuidado de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Cuidado Intensivo; Tecnologia em Saúde; Gestão de Serviços de Saúde

REFERÊNCIAS

MORAIS, G. S. N.; COSTA, S. F. G.; FONTES, W. D.; CARNEIRO, A. D. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 323-327, 2009. DOI: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3 Acesso em: 14 set. 2024.

NIETSCHE, E. A.; LIMA, M. G. R.; RODRIGUES, M. G. S.; TEIXEIRA, J. A.; OLIVEIRA, B. N. B. O.; MOTTA, C. A. et al. Innovative technologies of nursing care. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 2, n. 1, p. 182-189, 2012. DOI: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591/3144. Acesso em: 14 set. 2024.

RODRIGUES, D. P.; ALVES, V. H.; PAULA, C. C.; VIEIRA, B. D. G.; PEREIRA, A. V.; REIS, L. C. et al. Humanized childbirth: the values of health professionals in daily obstetric care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 2, e20210052, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0052. Acesso em: 14 set. 2024.

LIRA, J. A. C.; ROCHA, A. S. C.; BEZERRA, S. M. G.; NOGUEIRA, P. C.; SANTOS, A. M. R.; NOGUEIRA, L. T. Effects of educational technologies on the prevention and treatment of diabetic ulcers: A systematic review and meta-analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 31, e3945, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.6628.3945. Acesso em: 14 set. 2024.

CONSTRUINDO PRÁTICAS DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DE MINAS GERAIS

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)

Cintia da Silva Marcelino Nunes; Mestranda em Gestão de serviços de saúde (UFMG); Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG)

RESUMO

Introdução: Uma política pública para enfrentamento dos vários problemas de saúde, seja de morbidade ou de mortalidade, necessita de uma base de informações confiável, que sustente e direcione a tomada de decisão. A identificação dos determinantes do processo saúde-doença, das desigualdades em saúde e do impacto de ações e programas para reduzir a carga de doença na população só é possível a partir de informações qualificadas e oportunas (Souza, 2008). O componente epidemiológico é essencial na estrutura da vigilância em saúde do trabalhador (ST). Os principais objetivos da vigilância epidemiológica em ST são: identificar grupos vulneráveis e fatores de risco presentes no ambiente e no processo de trabalho; identificar e investigar os casos suspeitos; notificar todos os casos confirmados; estabelecer ou descartar a relação do acidente com o trabalho; conhecer o perfil epidemiológico das doenças e agravos relacionados ao trabalho; produzir e disseminar informações epidemiológicas; orientar medidas de prevenção e controle para intervenção oportuna que possam evitar a ocorrência de novos casos (Brasil, 2021). Em termos operacionais, a vigilância em epidemiológica coordena os procedimentos técnicos para sistematização da informação e orientações para captação oportuna e qualificada dos casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho (Brasil, 2020). Nesse sentido, é necessário que as informações produzidas pela rede de serviços de vigilância e de atenção possibilitem a detecção precoce do adoecimento, a avaliação dos riscos ocupacionais e a eficácia das medidas preventivas, curativas e reabilitadoras. **Objetivo:** Descrever a experiência de fomento e fortalecimento de ações de Vigilância Epidemiológica (VIEP) em Saúde do Trabalhador (ST) no estado de Minas Gerais (MG). **Metodologia:** Buscando fortalecer a VIEP -ST no estado, em seu eixo estruturante de doenças e agravos relacionados ao trabalho (DART), foram elaboradas as resoluções estaduais SES/MG 7730/2021 e 8383/2022, com incentivo financeiro aos municípios (vigência 2022-2024), vinculado a metas de investigação epidemiológica. Com captação prévia de casos com suspeição nos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, Registro Hospitalar de Câncer - RHC, SIVEP Gripe (Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. Os agravos e doenças prioritários para a execução da investigação foram: Câncer Relacionado ao Trabalho, Acidentes de Trabalho Fatais, Óbitos por: COVID-19, mesotelioma e pneumoconioses. Além de casos de Intoxicação Exógena. Constituindo-se bancos de casos suspeitos (6583 em 2022 e 5528 em 2023. Os mesmos foram encaminhados para realização da investigação epidemiológica em saúde do trabalhador e levantamento do histórico ocupacional, pelas equipes de vigilância em saúde nos municípios de residência ou de ocorrência dos casos. **Resultados:** Para as atividades de VIEP realizadas durante o ano de 2022, 60,2% dos municípios não sede de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e 83,3% de municípios sede de CEREST cumpriram a meta estabelecida de investigação de

casos com suspeição de relação com trabalho identificados nos sistemas de informação em saúde. Observou-se que houve um incremento das notificações no Sinan de 26.414 (casos em 2021), para 33.124 (casos em 2022), representando aumento de 25,5%. Já em 2023 observou-se a ocorrência de 45922 casos, representando um aumento de 47,5% em relação a 2021 e 27% em relação a 2022. **Considerações Finais:** O repasse financeiro atrelado às metas, monitoradas de forma sistemática, incentiva discussões de casos e execução das ações de VIEP onde não se constituíam como rotina, promove a aproximação e articulação entre as referências técnicas regionais e municipais. Culminando no aumento das demandas de capacitações e ações educacionais, assim como a necessidade de elaboração de instrumentos técnicos de suporte as ações de investigação epidemiológica. Os instrumentos de gestão de VISAT que atrelem incentivos financeiros ao monitoramento e suporte técnico a execução configuram-se como avanço no âmbito da qualificação de ações em ST e fomento a inserção de práticas de investigação em saúde do trabalhador nas rotinas das equipes regionais e municipais.

PALAVRAS CHAVE: vigilância em saúde do trabalhador; epidemiologia descritiva

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal da Bahia. A epidemiologia da saúde do trabalhador no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia, 2020.

SOUZA, M. F. M. Dos dados a política: a importância da informação em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, v. 17, n. 1, p. 5-6, 2008.

DESAFIOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CENÁRIOS DE EPIDEMIAS E PANDEMIAS

Amanda Rezende Ruggio; Graduanda de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Roany Cistellis Silva Domingos; Graduanda de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Nathany Rocha Silva; Graduanda de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Mariana Coelho de Almeida Neves; Graduanda de Medicina; Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Gabriel Correia Saturnino Reis; Enfermeiro especialista em Saúde Pública; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A atuação gerencial, inerente ao processo laboral dos profissionais da área da saúde, é crucial em cenários de epidemias e pandemias. O gerenciamento garante o estabelecimento de estratégias contingenciais e tomadas de decisões mediante o crescimento significativo de doenças e agravos, acima do quantitativo esperado, em determinado lugar e tempo específico. Nesse sentido, é válido reconhecer a existência de desafios vivenciados pela equipe multidisciplinar durante a gerência dos serviços de saúde em tempos de epidemias e pandemias, sendo que esses dificultadores são aspectos determinantes que impactam a garantia da oferta de uma assistência qualificada. **OBJETIVO:** Mapear na literatura científica os desafios para o gerenciamento da equipe multidisciplinar nas epidemias e pandemias. **REFERENCIAL TEÓRICO:** Durante a pandemia de COVID-19, tornou-se evidente o impacto desse cenário epidemiológico na gestão dos serviços de saúde de todo o mundo, ocasionando diversos desafios aos gestores e equipes multidisciplinares, que precisaram reunir subsídios para enfrentar essa situação (Vizzotto e Martinez, 2024). Sob essa ótica, pandemias e endemias impactam o gerenciamento dos serviços de saúde pois impõe uma demanda de recursos humanos, físicos, materiais e financeiros para além do esperado, exigindo que os profissionais se reinventem para garantir a melhor assistência possível aos usuários nesse cenário epidêmico (Fonseca et al., 2023). Dessa forma, conhecer esses desafios é importante para identificá-los e manejá-los frente ao cenário de aumento de casos, para que seja possível superar os momentos de adversidade garantindo um cuidado seguro e qualificado para a população. **MÉTODO:** Realizada revisão integrativa da literatura científica, a partir da pergunta norteadora "há evidências acerca dos desafios da equipe multidisciplinar para o gerenciamento dos serviços de saúde em tempos de epidemias e pandemias?". A pesquisa ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Scopus em maio de 2024 pelos descritores: (gerenciamento profissional) and (epidemias) e (Epidemics) and (Practice Management). Foram incluídos artigos publicados nos últimos cinco anos (2020- 2024) e nas línguas inglesa ou portuguesa, excluindo os artigos que não estavam disponíveis na íntegra de forma gratuita. Encontrou-se 102 artigos exportados ao software *Intelligent Systematic Review - Rayyan*, onde foi feita a seleção das fontes a partir da leitura dos títulos e dos resumos por dois revisores

independentes. Diante de divergências entre os revisores, um terceiro revisor resolveu-as. Desse total, 15 artigos foram incluídos para leitura na íntegra. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram elencadas cinco categorias de acordo com os desafios encontrados, do mais prevalente para o menos frequente. A primeira categoria refere-se à "Falhas Operacionais e de recursos", temática citada vinte e duas vezes na literatura. No que tange às falhas operacionais, evidenciou-se: atraso em diagnósticos devido à incerteza no encaminhamento de pacientes na rede de atenção; atraso na gestão de casos; dificuldade em reconhecer os sintomas de doenças infecciosas; atraso na oferta de cuidados destinados aos pacientes com outras doenças (crônicas ou infecciosas) devido à sobrecarga do sistema de saúde durante a epidemia; deficiência no sistema regulatório de epidemias, associado à dificuldade na implementação de sistemas de monitoramento e de registros eletrônicos da saúde e à ausência de padronização na coleta de dados e na gestão de informações em diferentes regiões territoriais; dificuldades na reestruturação da vigilância epidemiológica conforme as diferentes realidades e demandas; escassez de protocolos; obstáculos associados ao acompanhamento do tratamento de pacientes em áreas remotas; ineficiência na prevenção, por meio da imunização, e no controle de infecções, através do uso de medicamentos. Em relação às falhas relacionadas aos recursos, identificou-se: escassez de suprimentos e insumos, como a falta de testes rápidos; quantidade insuficiente de instalações físicas para abrigar a população isolada; logística inadequada dos recursos materiais; carência de recursos humanos, representada pela falta de profissionais aptos para atuarem em cenários de epidemias; alto custo para equipar os serviços de saúde e garantir a vigilância adequada. A segunda categoria "Barreiras associadas à população", citada quatorze vezes, destaca os desafios ocasionados pela compreensão insuficiente do contexto epidemiológico e, consequentemente, colaboração reduzida por parte da sociedade. Tornou-se nítido os seguintes entraves: negacionismo da existência e/ou gravidade da doença, seguido de recusa em seguir recomendações de isolamento em doenças infectocontagiosas; ansiedade e medo frente ao prognóstico dos enfermos, à necessidade de procurar atendimento médico e à possibilidade de contaminação de novos indivíduos; recusa de vacinação e/ou uso de medicamentos como método preventivo ou de tratamento; redução dos cuidados não relacionados à doença epidêmica/pandêmica por parte da população, o que se configura como um grave problema pois pode gerar agudização de condições crônicas com piora significativa de condições clínicas e o surgimento de outras enfermidades, por exemplo; baixa adesão aos programas de controle ou erradicação da doença, seja pela vacinação ou pelo controle de vetores; baixo vínculo dos pacientes com os serviços de saúde, o que dificulta a garantia do engajamento do indivíduo, reduzindo, assim, o comprometimento em cuidar de sua saúde e as taxas de continuidade do tratamento; falta de conscientização da população e baixa adesão em práticas educativas para os cidadãos. Já a terceira categoria, citada sete vezes, intitulada "Manejo da equipe de saúde", aborda os seguintes desafios: profissionais de saúde relutam em trabalhar na assistência durante epidemias, negligenciando pacientes suspeitos ou contaminados e gerando dificuldades para o gerenciamento da equipe; escassez de educação permanente em saúde, representada por treinamentos e capacitações; alta exposição ao risco de se contaminar com agentes infecciosos, gerando estresse emocional; uso indevido ou inexistente de equipamentos de proteção individual; descumprimento de protocolos e prescrições, relacionado à resistência de adequar ao cotidiano laboral as novas recomendações e alterações de condutas anteriores; necessidade constante de atualização de novas práticas e dificuldade dos profissionais acompanha-las em tempo real; conflitos recorrentes entre a equipe em decorrência da sobrecarga de trabalho e instabilidade emocional. Em relação à quarta categoria "Política e fatores externos", citada seis vezes, destaca-se como desafios: alta capacidade de disseminação de informações falsas rapidamente devido à globalização; desconhecimento dos perigos potenciais do crescimento exponencial descontrolado de doenças infecciosas por parte das autoridades em saúde; desconfiança nas autoridades; condições

ambientais favoráveis ao surgimento de epidemias, como no caso das arboviroses; negligência governamental na ordem de prioridade de implementação de políticas públicas relevantes para a prevenção ou controle do cenário de epidemias ou pandemias; dificuldade de rastreabilidade dos casos por conta de crenças e/ou culturas conservadoras que entendem como problemático e vergonhoso ou negam a existência do processo de adoecimento. Por fim, a última categoria, citada quatro vezes, retrata "Comunicação e coordenação ineficazes". Essa categoria elenca os seguintes desafios: falta de comunicação e coordenação entre os serviços de assistência e epidemiologia, dificultando a notificação e, assim, a resposta rápida e coordenada aos surtos, por exemplo; lacunas na abordagem multidisciplinar nos cenários de epidemia; comunicação ineficaz ou inapropriada, utilizando linguagem extremamente técnica com cidadãos com baixa literacia em saúde; falta de estratégias gerenciais adequadas para a coordenação de serviços de saúde, dificultando a gestão de recursos e fluxos. Nesse sentido, tornou-se nítido que os principais obstáculos no gerenciamento de epidemias e pandemias são em decorrência de falhas operacionais no gerenciamento dos serviços e de recursos físicos, humanos, materiais e orçamentários. É válido ressaltar que a falta de recursos e o má gerenciamento destes é um grave problema para toda a rede de atenção, podendo levar ao colapso do sistema de saúde, especialmente em um contexto de epidemia ou pandemia. Ademais, os desafios de gerenciar a população em geral são extremamente relevantes e devem ser analisados, pois a conscientização e a colaboração da sociedade podem ser uma estratégia valiosa para reduzir a dimensão da epidemia/pandemia, fortalecendo a prevenção, reduzindo os elevados níveis de contaminação e mitigando as graves consequências desse cenário epidemiológico. Portanto, esses desafios associados à população denotam a necessidade de investir em educação em saúde. Ademais, os desafios associados à política e fatores externos, comunicação e coordenação ineficazes e o manejo da equipe em saúde também apontam as lacunas do processo comunicativo interpessoal, destacando a necessidade de intervenções de educação permanente para os profissionais de saúde e autoridades políticas. **CONCLUSÕES:** As evidências abordadas demonstram a existência de diversos obstáculos que corroboram para que a equipe multidisciplinar tenha dificuldade em atuar de maneira eficiente mediante os cenários emergenciais e de crise sanitária. Destaca-se a importância de conhecer esses obstáculos para que seja possível o manejo operacional adequado da equipe e dos recursos, especialmente os de monitoramento, primordiais na garantia de diagnósticos precisos para permitir que o fluxo de pacientes seja funcional, reduzindo a sobrecarga dos profissionais e do sistema de saúde. Dessa forma, a atuação efetiva e coordenada da equipe multidisciplinar aumenta a probabilidade de superar os desafios existentes no gerenciamento de epidemias e pandemias, garantindo a prestação de serviços de saúde com qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemias; Pandemias; Gestão em saúde; Equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

BOUBA, Aliou; HELLE, Bárbara Cristina; SCHNEIDER, Kristan Alexander. Predicting the combined effects of case isolation, safe funeral practices, and contact tracing during Ebola virus disease outbreaks. **Revista PLOS ONE**, v. 18, n. 1, p. e0276351, 17 jan. 2023. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.027635.

FONSECA, Marivanda Conceição da; PIMENTA, Paulo Rossi da Silva; PIRES, Winnie Karen de Farias Lima; PANTOJA, Vencelau Jackson da Conceição; COSTA, Giovanni Paulo Ventura. Gerenciamento de enfermagem no enfrentamento da pandemia da COVID-19 nos serviços de saúde. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 8, p. 101737–10753, 8 ago. 2023. DOI: https:// doi.org/10.56083/RCV3N8-044.

OGOINA, Dimie; IZIBEWULE, James Hendris; OGUNLEYE, Adesola; ANEBONAM, Uchenna; NENI, Aworabhi; OYEYEMI, Abisoye; ETEBU, Ebimitula Nicholas; IHEKWEAZU, Chikwe. The 2017 human monkeypox outbreak in Nigeria—Report of outbreak experience and response in the Niger Delta University Teaching Hospital, Bayelsa State, Nigeria. **Revista PLOS ONE**, v. 14, n. 4, p. e0214229, 17 abr. 2019. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214229

SIEBENHOFER, Andreia; HUTER, Sebastião; AVIÁRIO, Alexandre; MERGENTHAL, Karola; SCHADEN, Dagmar Schaffler; KAINZ, Ulrike Spary; BACHLER, Herbert; FLAMM, Maria. COVI-Prim survey: Challenges for Austrian and German general practitioners during initial phase of COVID-19. **Revista PLOS ONE**, v. 16, n. 6, p. e0251736, 10 jun. 2021. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251736

VILLELA, Edlaine Faria de Moura; ALMEIDA, Wanderson Sant'ana de; NASCIMENTO, Wallace Antunes Damásio do; BASTOS, Luana Kronit; DUTRA, Gabriel Gonçalves; OLIVEIRA, Fábio Morato de. A comunicação em saúde aproximando profissionais de saúde e estudantes de medicina: uma estratégia para o controle da dengue no Brasil. **New Trends in Qualitative Research,** 08 jul.2020. DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.151-161

VIZZOTTO, Dianefer; MARTINEZ, Maria Regina. Desafios apresentados aos gestores e equipes multidisciplinares de saúde durante pandemia da COVID-19. **RevistaFT**, v. 28. 27 jan. 2024. Disponível em: https://revistaft.com.br/desafios-apresentados-aos-gestores-e-equipes-multidiciplinares-de-saude-durante-pandemia-da-covid-19/. Acesso em: 15/08/2024.

YOUNG, Lai-Sang; RUSCHELL, Stefan; YANCHUK, Serhiy; PEREIRA, Tiago. Consequences of delays and imperfect implementation of isolation in epidemic control. **Scientific Reports**, v. 9, n. 1, p. 3505, 5 mar. 2019. DOI: https://doi.org/10.1038/s41598-019-39714-0

EFEITOS DA CRIAÇÃO DO SETOR DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E DA UTILIZAÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS NOS NÍVEIS DE ADESÃO AOS TREINAMENTOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE EXTRA PORTE EM BELO HORIZONTE

Gabriela Carolina Madureira Vieira; Pós-graduada em Auditoria e Gestão Hospitalar; Newton Paiva

Mariana Costa Araújo, Graduanda de Enfermagem; Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Sara Rebeca de Souza Melo Rezende, Pós-graduada em Terapia Intensiva, Urgência e Emergência e Trauma; Pitágoras

Natália Soares Melo, Discente do Mestrado Profissional, Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Patrícia Araújo Gato; Pós-graduação em Gestão de Finanças; Fundação Dom Cabral

RESUMO

INTRODUÇÃO: A formação contínua dos profissionais de saúde é essencial para melhorar o cuidado integral aos usuários, especialmente diante dos desafios diários nas organizações de saúde (Rozal et al., 2023). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004, introduziu a Educação Permanente em Saúde (EPS), que integra ensino tradicional com metodologias ativas (Brasil, 2019). Essas práticas transformam e qualificam as ações de saúde, gerando novos conhecimentos a partir dos problemas cotidianos (Pinto & Esperidião, 2022). A EPS, com base em metodologias ativas, promove uma educação transformadora, seguindo as ideias de Paulo Freire (1996), e melhora a segurança do paciente e a gestão participativa, contribuindo para os objetivos do Sistema Único de Saúde (Pereira et al., 2022; Ribeiro et al., 2021).**OBJETIVOS:** Identificar os resultados da implantação da Equipe de Educação Permanente em um hospital filantrópico de grande porte em Belo Horizonte e analisar a adesão dos profissionais aos treinamentos sobre Protocolos de Segurança do Paciente. **REFERENCIAL TEÓRICO:** O aprimoramento contínuo das competências dos profissionais de saúde é crucial para assegurar a qualidade do cuidado integral aos pacientes. A formação em serviço deve considerar o conhecimento prévio dos profissionais e incentivar a construção do saber científico através do diálogo e da reflexão teórico-prática (Rozal et al., 2023). A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde representaram um avanço importante para a formação no SUS, promovendo ações educativas que respondem às necessidades locais e transformam as práticas de saúde. O uso de tecnologias educacionais tem um papel essencial no ensino e na aprendizagem, facilitando a construção do saber e contribuindo para a renovação contínua da educação e a transformação social. No contexto da saúde, essas ferramentas auxiliam na reciclagem e no aprimoramento profissional, garantindo uma assistência

qualificada. A educação a distância (EAD) complementa a Educação Permanente em Saúde, formando profissionais mais críticos e participativos, com o professor mediando o aprendizado (Pereira, 2022). Em relação à segurança do paciente, a educação é uma recomendação essencial da Organização Mundial da Saúde (OMS), pois reconhecer a possibilidade de erros no cuidado é o primeiro passo para preveni-los. Os profissionais precisam entender os tipos de eventos adversos, suas causas e a importância de notificar e registrar esses eventos (Wegner, 2016). A enfermagem tem um papel central na prevenção de complicações, mas a preparação para lidar com erros ainda é limitada. Desde 2013, as ações de EPS têm sido fundamentais no Programa Nacional de Segurança do Paciente, capacitando equipes para garantir segurança nos processos assistenciais (Parente, 2024). **MÉTODO:** Este estudo descreve a experiência da equipe de Educação Permanente e do Núcleo de Segurança do Paciente em um hospital filantrópico de Belo Horizonte. Focado na eficácia das metodologias ativas, o projeto "SEGURAFLIX - Ações Seguras que Salvam Vidas", iniciado em janeiro de 2023, capacitou profissionais em segurança do paciente. O relato examina a adesão aos treinamentos entre janeiro de 2023 e abril de 2024. **RESULTADOS:** Com o propósito de promover a cultura de segurança do paciente em toda a instituição, elevar a qualidade dos serviços prestados, aumentar a conscientização sobre riscos entre os colaboradores, fortalecer a comunicação interprofissional e incentivar a educação permanente dos profissionais de saúde, os treinamentos foram organizados em temporadas sequenciais, de maneira semelhante a uma série de streaming. Foi criada uma série de oito vídeos, disponibilizados na plataforma educacional da instituição, com cada vídeo abordando temas relacionados às diretrizes de segurança do paciente recomendadas pela OMS. A disponibilização gradual dos vídeos resultou em um aumento significativo no engajamento dos profissionais, evidenciando uma busca contínua por conhecimento. Além disso, identificou-se uma abordagem eficaz para alcançar esses profissionais, que, devido às demandas diárias do setor, muitas vezes não podiam participar de treinamentos presenciais, encontrando nos vídeos uma alternativa valiosa para suas necessidades educacionais. A equipe observou que houve uma adesão superior aos treinamentos em formato de vídeo online em comparação com os treinamentos presenciais promovidos pelas equipes. No total, 7.066 profissionais foram capacitados em oito diferentes temáticas: Notificações de Incidentes, Comunicação Eficaz, Prevenção de Quedas, Higienização das Mãos, Identificação do Paciente, Segurança Medicamentosa, Prevenção de Lesão por Pressão e Cirurgia Segura. Entre os participantes, 3.392 técnicos de enfermagem participaram ao longo de oito temporadas, com uma média de 460 por treinamento. Os enfermeiros somaram 946 participantes, com uma média de 134 por treinamento, enquanto 222 médicos participaram, com uma média de 29 por treinamento. Com o início do programa de avaliação médica baseado em performance, em janeiro de 2024, observou-se uma melhora significativa na adesão aos treinamentos pelos profissionais desta equipe. O percentual de participação nas práticas educativas da instituição aumentou de 16% para 62%, representando um crescimento de 44% desde que os treinamentos foram estabelecidos como um dos principais critérios para a avaliação de desempenho. Atualmente, o programa conta com 80 médicos, sendo destes 10 hospitalistas. Além dos treinamentos realizados por vídeo, foram promovidas dinâmicas in loco e interativas com os colaboradores, incluindo blitz educativas, "passa ou repassa", quizzes, bingos, jogos da memória e o jogo dos sete erros. Essas atividades foram projetadas para aproveitar o conhecimento prévio dos participantes e envolvê-los ativamente no processo de aprendizado, colocando-os como protagonistas no ensino. Para incentivar a participação nos treinamentos, o evento "Oscar" foi realizado em abril de 2024, premiando gerências e colaboradores com maior adesão com troféus e certificados, organizados pela equipe de Educação Permanente. **CONCLUSÃO:** A experiência relatada demonstra que metodologias inovadoras e flexíveis, como treinamentos em vídeo, podem transformar a cultura de segurança do paciente e a educação permanente em instituições de saúde. A criação de uma série de oito vídeos sobre segurança do paciente

facilitou o acesso ao conhecimento para profissionais com agendas sobrecarregadas e promoveu um engajamento mais efetivo. A melhoria na participação nas práticas educativas ilustra a eficácia dessa abordagem e reforça a importância da flexibilidade nos treinamentos. Além disso, a combinação de dinâmicas interativas e eventos de reconhecimento, como o "Oscar", fortaleceu o envolvimento dos colaboradores e incentivou a adesão aos programas educativos. Este relato confirma que alinhar as estratégias de capacitação às necessidades dos profissionais de saúde melhora a qualidade do cuidado e fomenta uma cultura de segurança e excelência. Os resultados obtidos servem como modelo para outras instituições que buscam aprimorar suas práticas de educação e segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Permanente; Segurança do Paciente; Planejamento Participativo

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento. **[**Brasília, DF] , v.1, 2019. Disponível:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf Acesso em: 23 maio 2024.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2724603&forceview=1. Acesso em: 03 jul. 2024.

PARENTE, A. do N. FERREIRA, G.R.O.N.,, C.L.F., RAMOS, A. M. P. C., SÁ, A. M. M., HADDAD, M. do C. F. L., PARENTE, A. T.; CARNEIRO, M. S.. Educação permanente para qualidade e segurança do paciente em hospital acreditado. **Acta Paulista de Enfermagem,** v.37, p.eAPE00041, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/56dmfgJTWX5tSZ7GK6rkLzJ/?lang=pt&format=pdf Acesso em 23 maio 2024.

PEREIRA, M. DOS S., SPAGNOL, C. A., GUIMARÃES, E. M. P., GODOY, S. C. B., SILVA, S. F. DA ., & SILVA, J. G. R. Metodologia ativa na educação permanente para abordar ética e bioética. **Revista Bioética**, 30(4), 725–733. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-80422022304564PT Acesso em: 23 julho 2024.

PINTO, I. C. M., ESPERIDIÃO, M. A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Monitoramento e Avaliação. **EDUFBA: Universidade Federal da Bahia**, Salvador, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/handle/ri/36295 Acesso em: 27 maio 2024.

RIBEIRO, L. L.; PAIVA, J. W. A. dos S.; de JESUS, E. da S. D.; SANTOS, N. T. P.; DA ROCHAP. T. S.. O uso da metodologia ativa como ferramenta de fortalecimento para a segurança do paciente. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem,** v. 8, p. e4889, 26 jan. 2021. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/4889/3856 Acesso em: 27 maio 2024.

ROZAL, J. F., MONTEIRO, E. M. L. M., MARINUS, M. W. de L. C., SANTOS, T. A.. Círculo de Cultura e educação permanente para transformação da prática profissional: uma

revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva,** Pernambuco, v.28 n.11, pg.3215-3215, 2023. DOI: 10.1590/1413-812320232811.16782022 Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rcgkFB5TGMVPNZSr4zKrJRj/?lang=pt&format=pdf Acesso em: 23 maio 2024.

WEGNER, W., SILVA, S. C. DA ., KANTORSKI, K. J. C., PREDEBON, C. M., SANCHES, M. O., & PEDRO, E. N. R.. (2016). Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery,** 20(3), e20160068 Disponível em: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160068 Acesso em: 23 julho 2024.

GESTÃO DA TERCEIRIZAÇÃO ADMINISTRATIVA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: SUPERANDO DESAFIOS EM UNIDADES ASSISTENCIAIS

Andreia Portilho Silva Ribeiro; Mestre; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Carla Aparecida Spagnol; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

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

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos, a gestão dos Hospitais Universitários, vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior, passou por mudanças significativas com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Este novo modelo acelerou a terceirização da força de trabalho administrativa, impactando diretamente as operações da instituição estudada. **Objetivo:** O objetivo dessa pesquisa foi analisar os desafios vivenciados pelos gestores nas unidades assistenciais vinculadas a Divisão Gestão de Cuidados de um Hospital Universitário de Minas Gerais, tendo em vista o cenário de terceirização dos trabalhadores administrativos que se acentuou a partir do modelo de gestão implementado pela EBSERH. **Referencial teórico:** Em 2003, a modernização dos hospitais universitários começou com a criação de um grupo de trabalho para diagnosticar problemas de gestão e financiamento, resultando no Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários. No Brasil, 50 hospitais universitários federais (HUFs) estão vinculados a 35 universidades, e são fundamentais para as políticas de educação e saúde. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada em 2011, gerencia esses hospitais, adotando um modelo de gestão híbrido que combina elementos de administração pública e privada. No entanto, essa nova administração enfrentou desafios, como a necessidade de contratar profissionais terceirizados para tarefas administrativas e de apoio, devido à escassez de pessoal. A terceirização no serviço público no Brasil, regulada pela Lei nº 13.429/2017, visa reduzir custos, mas gera debates sobre seus impactos, especialmente nas instituições de saúde (Souza e Sander, 2019). Marcelino e Cavalcante (2012) destacam que a terceirização muitas vezes precariza as condições de trabalho, com salários menores e perda de direitos. A nova Lei de Licitações (Lei nº 14.133/2021) trouxe mudanças, mas a contratação por menor preço ainda levanta preocupações sobre a qualidade dos serviços terceirizados e seus efeitos nos HUFs. A busca pela qualidade em saúde envolve estratégias de gestão para melhorar processos e garantir excelência nos serviços como a Acreditação Hospitalar Internacional pela *Joint Commission International* (JCI). A acreditação é um processo voluntário que visa a segurança e qualidade no cuidado, promovendo a melhoria contínua dos processos. Para Oliveira *et al.* (2017), a liderança e o trabalho em equipe são essenciais nesse contexto. **Método:** Foi realizado um estudo de caso, a partir de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa (Yin, 2010). O cenário da investigação foi um hospital geral público e universitário, referência municipal, metropolitana e estadual para média e alta complexidade. Foram convidados a participarem da pesquisa as 15 chefias de Unidades da Divisão de Gestão do Cuidado da instituição. O critério de inclusão foi obrigatoriedade de nomeação formal em cargo de chefia, vinculada à divisão supracitada e, o critério de exclusão, foi estar de licença saúde ou de férias na ocasião da realização das entrevistas. Para delimitar a amostra utilizou-se o critério da

saturação dos dados, totalizando 12 participantes. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas que ocorreram em julho de 2023, de forma presencial e foram transcritas na íntegra. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo do tipo categorial temática (Franco, 2008). Foram observados os princípios éticos que regem a pesquisa científica, a partir da Resolução n. 466, de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde que trata de ética em pesquisa. O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Minas Gerais e da Gerência de Ensino e Pesquisa do hospital em estudo, sendo aprovado sob o número CAAE 64666022.5.0000.5149 e parecer 5149. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A primeira categoria, trata da natureza e complexidade das atividades em estabelecimentos de saúde *versus* a qualificação da força de trabalho terceirizada; a segunda, aborda os principais desafios vivenciados pelas chefias no contexto da terceirização; e, a terceira, apresenta algumas ações e estratégias utilizadas pelos gestores para garantir a qualidade e o funcionamento das unidades assistenciais. **Resultados e discussão:** As chefias relatam que os profissionais terceirizados geralmente apresentam deficiências em habilidades essenciais, como atendimento ao público, conhecimento de processos organizacionais e capacidade de trabalhar sob pressão. Esses problemas são atribuídos à inadequação do processo de seleção realizado pelas empresas contratadas, que não seguem critérios rigorosos de qualificação. A terceirização, embora possa oferecer benefícios como a agilidade na reposição de pessoal, é criticada pela baixa qualificação dos trabalhadores, o que compromete a qualidade dos serviços nas unidades de assistência ao paciente. A discrepância entre as funções contratadas, como recepcionistas, e as tarefas realmente exigidas, que envolvem maior complexidade e conhecimentos específicos, é outro ponto problemático. Essa inadequação gera insatisfação entre os trabalhadores, refletindo-se em alta rotatividade e absenteísmo. As chefias destacam que a falta de monitoramento e acompanhamento adequado dos contratos de terceirização agravam esses problemas, resultando em uma precarização do trabalho e impactando negativamente o atendimento aos pacientes. Além disso, a insatisfação dos trabalhadores com salários e benefícios oferecidos pela empresa terceirizada contribui para o distanciamento desses profissionais em relação à instituição. No que se refere a segunda categoria, as chefias das unidades assistenciais enfrentam inúmeros desafios no contexto da terceirização, impactando diretamente a qualidade, segurança e eficiência das atividades administrativas em um ambiente hospitalar. Segundo Feuerwerker e Cecílio (2007), a gestão hospitalar é complexa e torna-se ainda mais desafiadora diante das mudanças impostas pela terceirização. Entre os principais desafios, está a falta de controle sobre a gestão dos trabalhadores terceirizados, incluindo a incapacidade de gerenciar a carga horária, escalas de férias e perfis profissionais, o que resulta em ausências não cobertas e sobrecarga de trabalho para os chefes, conforme evidenciado nas entrevistas realizadas na instituição. Essa falta de governabilidade sobre os funcionários terceirizados dificulta a continuidade dos processos de trabalho e força as chefias a assumirem tarefas operacionais, desviando-se de suas responsabilidades gerenciais. A alta rotatividade, a falta de qualificação e o absenteísmo dos trabalhadores terceirizados são apontados como as principais causas de transtornos e prejuízos nos processos de trabalho, segundo Weber e Grisci (2010). Além disso, a ausência de um alinhamento efetivo entre a instituição e a empresa contratada, incluindo o desconhecimento das atividades hospitalares por parte da terceirizada e a falta de treinamentos adequados, agrava os problemas de gestão. A rotatividade está frequentemente relacionada à insatisfação com salários e benefícios, sugerindo a necessidade de incluir cláusulas contratuais que exijam o monitoramento de turnover e absenteísmo. Ela pode ser prejudicial, especialmente quando resulta na perda de profissionais qualificados (Luz, 2008), o que foi identificado como um problema na instituição estudada. Esses desafios apontam para a necessidade de uma avaliação contínua e

sistemática da eficácia da terceirização, com o objetivo de melhorar a gestão e assegurar a qualidade dos serviços prestados. Os gestores das unidades assistenciais enfrentam desafios significativos para garantir a continuidade e a qualidade dos processos administrativos, alinhados às necessidades dos pacientes e aos objetivos institucionais, especialmente em um ambiente de trabalho com funcionários terceirizados. Para superar esses desafios, os gestores adotam várias estratégias. Uma das principais estratégias é o treinamento constante das equipes. Apesar das dificuldades em conciliar tempo para essa atividade, os chefes consideram o treinamento essencial para melhorar o desempenho dos trabalhadores e garantir que estejam preparados para atuar no contexto hospitalar. Oliveira (2019) enfatiza que o treinamento é crucial para o desenvolvimento de competências e para aumentar a produtividade. Além dos treinamentos, os gestores investem em práticas de aproximação e diálogo com os trabalhadores. Essa estratégia visa criar um ambiente de empatia e valorização, onde os funcionários se sintam parte da instituição e compreendam a importância do trabalho que realizam. Freire *et al.* (2019) destacam que a mudança de comportamento das equipes não ocorre apenas por meio de orientações formais, mas também através de interações cotidianas e comunicação informal. Apesar das restrições impostas pelo modelo de terceirização, os gestores desempenham um papel fundamental na motivação dos trabalhadores, o que se reflete na qualidade do trabalho e nos resultados institucionais. Para garantir a qualidade e a segurança, a instituição implementou a gestão por indicadores, monitorados pela alta administração. Esses indicadores são utilizados pelos gestores para demonstrar os resultados dos processos administrativos, ajudando a conscientizar os funcionários sobre a importância do seu trabalho no contexto geral da instituição. Em suma, as estratégias adotadas pelas chefias incluem treinamentos contínuos, aproximação com os trabalhadores, diálogo, e uso de indicadores para monitorar e melhorar o desempenho. Essas ações são essenciais para enfrentar os desafios da terceirização e garantir que as unidades assistenciais funcionem com qualidade e eficiência. **Considerações finais**: O estudo concluiu que a terceirização da força de trabalho nas unidades assistenciais gera impactos negativos significativos nos processos administrativos, como alta rotatividade, absenteísmo e baixa qualificação dos trabalhadores terceirizados. Apesar dos desafios, as chefias têm adotado estratégias para mitigar os efeitos negativos, como o treinamento contínuo e o uso de indicadores de qualidade. Para melhorar a qualidade e a segurança dos processos administrativos, é necessário revisar os contratos de terceirização, exigindo qualificações mais rigorosas e maior acompanhamento da empresa contratada. Além disso, a pesquisa destaca a importância de continuar investigando os impactos da terceirização para entender melhor as relações de custo-benefício desse modelo em instituições de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Terceirização; Gestão Hospitalar; Hospital Universitário; Qualidade nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília/DF: Líber Livro, 2008.

FREIRE, E. M. R. *et al.* A comunicação como estratégia para manutenção da acreditação hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 1-9, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/GDzByWVkqYtg63DJxL7gJXK/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 22 jul. 2024.

LUZ, R. S. **Gestão de pessoas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

MARCELINO, P.; CAVALCANTE, S. **Por uma definição de terceirização**. Caderno CRH. 8.ed. São Paulo: Atlas, 2017.

OLIVEIRA, J. L. C. *et al*. Atuação do enfermeiro no processo de acreditação: percepções da equipe multiprofissional hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p.1-10, 2017.

OLIVEIRA, L. J. **Terceirização na administração pública:** uma análise sobre o impacto da terceirização em Farmanguinhos. 2019. 105 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão, Pesquisa e Desenvolvimento na Indústria Farmacêutica) - Instituto de Tecnologia em Fármacos/Farmanguinhos, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

SOUZA, R; SANDER, A. Terceirização no Serviço Público: vantagens e desvantagens da contratação de serviços terceirizados, em uma empresa pública, nas funções administrativas, na percepção de seus gestores. **Revista Metodista de Administração do Sul**, v. 4, n. 5, 2019, p. 491-514, 2019.

WEBER, L.; GRISCI, C. L. I. Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias Intermediárias em contexto hospitalar. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 8, n. 1, p. 53-70, 2010. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1679-39512010000100005. Acesso em: 22 jul 2024.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: **planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

IMPACTOS NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS COM A IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, UM CASE DE SUCESSO

Camila de Andrade Oliveira; Enfermeira; Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Gabriel Campos Diniz; Discente; Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Bruna da Silva Xavier; Discente; Faculdade Kennedy de Belo Horizonte

Fernanda Felizardo de Sousa e Silva; Pós-graduação em Trauma, Emergência e Terapia Intensiva; Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Natália Soares Melo; Discente do Mestrado Profissional; Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Patrícia Araújo Gato; Pós-graduação em Gestão de Finanças; Fundação Dom Cabral

RESUMO

Introdução: Os Protocolos Clínicos são documentos que, além de padronizar práticas assistenciais, ajudam a reduzir a variabilidade nas práticas médicas, promovem a segurança do paciente, melhoram a eficiência do atendimento e auxiliam na gestão de processos e recursos, ao mesmo tempo em que orientam os profissionais de saúde em suas decisões clínicas. Além do mais, contribuem para a gestão do monitoramento e a avaliação contínua dos resultados terapêuticos, o que pode levar a melhorias constantes na qualidade do atendimento (Brasil, 2019). A Síndrome Coronariana Aguda é um conjunto de sinais e sintomas que estão envolvidos no desequilíbrio entre a disponibilidade e necessidade de oxigênio para o coração, resultando em isquemia no miocárdio, desencadeando, vários fatores, sendo o infarto a implicação de maior incidência e a mais típica condição (CARVALHO. et al., 2022). O diagnóstico realizado de forma correta e ocorrendo o atendimento dentro do prazo, reflete no impacto para a redução de gastos em longas internações e sequelas, visto que as readmissões hospitalares por Síndrome Coronariana Aguda são responsáveis por aumento significativo nos custos de saúde público constatado que em 2015 no Brasil (STEVENS, 2018). **Objetivo:** Apresentar a partir da Gestão do Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda as melhorias dos processos e padronização de atendimento ao paciente. **Referencial Teórico:** A implantação de processos protocolares nas instituições, baseia-se na prática com evidências, uma abordagem multidisciplinar e que pode nortear o profissional nas tomadas de decisões. Exemplificando, a equipe de enfermagem tem buscado formas de implementar intervenções e instrumentos com aplicabilidade através de ferramentas, facilitando o trabalho da equipe multidisciplinar e fortalecendo suas ações. Considerando, por exemplo, o uso de protocolos assistenciais que são construídos com informações e diretrizes de dados recentes, formidáveis com a realidade local

e com a experiência profissional (VIEIRA, et al, 2020). O Infarto Agudo do Miocárdio constantemente possui sua origem de processos ateroscleróticos onde são formadas as placas ateromatosas que obstruem gradativamente as artérias coronárias que são encarregadas de fornecer o suprimento sanguíneo ao músculo cardíaco. A ruptura da placa de ateroma possui o potencial de induzir a formação de trombos, consequentemente obstruindo o fluxo sanguíneo. Essa obstrução leva a interrupção dos nutrientes e oxigênio para o coração ocasionando a necrose nos tecidos e a liberação de biomarcadores cardíacos na circulação (NETO et al, 2023). O Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) se dá por uma placa de ateroma instável que se rompe assim formando um trombo que oclui parcialmente a artéria coronária, causando assim a isquemia cardíaca (IGNACIO, 2022). O infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST é a manifestação aguda da doença arterial coronariana com alta morbidade e mortalidade, ele se dá quando a placa de ateroma oclui totalmente a artéria coronária, sendo apresentado pelo paciente uma dor torácica aguda. A terapia de reperfusão, que consiste na restauração do fluxo sanguíneo em uma artéria obstruída, é crucial para preservar a integridade do miocárdio e minimizar os danos causados pelo infarto agudo do miocárdio. No entanto, é fundamental diagnosticar precocemente o infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST para iniciar o tratamento adequado, estando dentro dos 10 minutos após o primeiro contato médico (OLIVEIRA et al. 2024). **Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa e quantitativa, do tipo exploratório-descritivo, com a implantação em um Hospital Filantrópico de Belo Horizonte, Minas Gerais. Os elementos qualitativos foram extraídos dos documentos e relatórios do Setor de Governança Clínica, assim como por autorrelato dos autores que participaram ativamente do processo de desenvolvimento e implementação da metodologia do protocolo clínico de Síndrome Coronariana Aguda. As informações analisadas estão relacionadas ao período de dezembro de 2022 a julho de 2024 sendo realizada análise comparativa para verificação da eficácia da metodologia desenvolvida. Para isso, foram definidas nove etapas de implantação: elaboração/revisão e validação; definição de indicadores de monitoramento; definição da metodologia de coleta de dados; coleta de dados; construção de painel de dados; análise de dados; análise, manutenção e plano de melhorias com a equipe assistencial; análise crítica com a alta direção; treinamento do processo. **Resultado e Discussão:** A definição da implantação do protocolo de Síndrome Coronariana Aguda se deu baseado no perfil epidemiológico institucional e através de reuniões realizadas com a equipe dos setores envolvidos, foi estabelecido uma revisão e validação do protocolo já existente na instituição. Como diretriz determinada pela equipe de protocolos clínicos foram sugeridos indicadores para monitoramento dos processos, bem como, criação da planilha de monitoramento e auditoria clínica, desenvolvimento do painel gráfico, construção da ficha de análise crítica dos indicadores e análise de causa raiz das fragilidades identificadas durante as auditorias. Em seguida, elaboração do plano de ação envolvendo quesitos relacionados às propostas de melhoria no processo apresentadas durante as discussões dos indicadores e análise de causa raiz. No intuito de trazer um aumento na adesão ao protocolo e melhorias relacionadas aos cuidados com os pacientes que apresentam o perfil coronariano, foi desenvolvido um treinamento em conjunto com a equipe de educação permanente para capacitação das equipes multidisciplinares. A implantação do protocolo clínico institucional de Síndrome Coronariana Aguda sucederam inúmeros ganhos para a instituição e assistência ao paciente, como: aumento na taxa de realização de cateterismo em até 48 horas em pacientes com diagnóstico de síndrome coronariana aguda, de 54% em maio de 2023, atingindo 72,4% em outubro de 2023; preenchimento obrigatório do escore de classificação de risco do Timi Risk na admissão do paciente no CTI Coronariano; participação do analista de referência nas corridas de leito da equipe multidisciplinar para melhor compreensão das evoluções durante as auditorias clínicas;

acompanhamento nos rounds do DRG que consiste em discussões de casos clínicos com a finalidade de identificar fragilidades e propor melhorias no processo; promovido treinamentos em parceria com a equipe de educação permanente para capacitar as equipes multidisciplinares no intuito de aumentar a adesão ao protocolo e aprimorar os cuidados com os pacientes. **Conclusão:** A implantação do protocolo de Síndrome Coronariana Aguda na instituição resultou em melhorias significativas na assistência aos pacientes, fundamentadas em uma análise detalhada do perfil epidemiológico e na validação de protocolos existentes. A equipe multidisciplinar se envolveu em treinamentos e discussões regulares, o que contribuiu para um aumento na adesão ao protocolo, que são evidenciadas pela análise dos indicadores. As iniciativas de auditoria e análise crítica facilitaram a identificação de fragilidades e a proposição de ações corretivas, culminando em uma assistência mais eficaz e segura aos pacientes com esse diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome Coronariana Aguda; Protocolos Clínicos; Infarto do Miocárdio.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – 2. ed - Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CARVALHO, L. C. *et al*. Syndrome Coronary Acute: an approach to its impact on cardiology. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 9, p. e8811931676, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i9.31676. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31676.

IGNACIO, R. F. ResuMED de cardiologia: Síndrome coronariana aguda sem supra do segmento ST (SCASSST). **Estratégia MED**, [S. l.], p. 1-2, 12 set. 2022. Disponível em: https://med.estrategia.com/portal/author/rafael-francoignacio/.

NETO *et al*. Diagnóstico e manejo terapêutico do infarto agudo do miocárdio: estratégias para a preservação cardíaca. **Brazilian Journal of Health Review, Curitiba**, v. 6, n.5,p.20187-20197,sep/oct.,2023. DOI 10.34119/bjhrv6n5-065. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/62831/4516

OLIVEIRA, S. N., *el al*. Infarto agudo do miocárdio com supra de segmento ST: Uma revisão do diagnóstico, fisiopatologia, epidemiologia, morbimortalidade, complicações e manejo. **Research, Society and Development**, v. 13, n.2, e1113244954, 2024(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i2.44954

STEVENS, B. *et al*. The Economic Burden of Heart Conditions in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 1, p. 29–36, jul. 2018.

TEIXEIRA, A. B. *et al.* Otimização da Terapia de Reperfusão no Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST por Meio de Telemedicina Baseada no WhatsApp®. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 3, p. 556–564, mar. 2022.

VIEIRA, T. W. *et al* . Validation methods of nursing protocols: an integrative review. **Rev. Bras. Enferm.**, , v. 73, supl. 5, e20200050, 2020 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001200304&lng=pt&nrm=iso>

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CUSTOS EM HOSPITAIS DO ESTADO DE MINAS GERAIS VINCULADOS AO PROJETO OTIMIZASUS

Rosângela Peixoto Gallo; Mestre; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; ; Universidade Federal de Minas Gerais

Márcia Mascarenhas Alemão 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

Karla Rona da Silva; Doutora; Doutora; Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Adélia Marina de Campos Cursino; Doutora; Programa de Doutorado em Controladoria e Contabilidade; Universidade Federal de Minas Gerais

Cynthia Carolina Duarte Andrade; Doutora; Ministério da Saúde; Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais; Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A Diretoria Hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) criou o Projeto OtimizaSUS, apoiando técnica e financeiramente a participação de 145 hospitais de Minas Gerais, na implantação da gestão de custos. Trata-se de um projeto amplo, ousado, de impacto no Sistema único de Saúde (SUS), que busca um melhor uso dos recursos em saúde, criando fundamentos de repasse dos recursos para os hospitais prestadores, tendo como referência a metodologia do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), um dos eixos do OtimizaSUS. O OtimizaSUS envolve capacitação e apoio técnico distribuídos em 3 ondas. A primeira onda contemplou 46 Hospitais Estaduais e Macrorregionais; a segunda 44 Hospitais Microrregionais com leitos totais (SUS) maior ou igual a 100 leitos informados no CNES em setembro/2021 e, a terceira contemplará os Hospitais Microrregionais com leitos totais (SUS) menor que 100 e maior ou igual a 50 leitos informados no CNES em setembro/2021, conforme Resolução SES/MG n° 7.925, de 10 de dezembro de 2021, Art. 6°, I, II e III (Minas Gerais, 2021b). Em um setor em que a demanda por serviços é infinita e os recursos são limitados as informações de custos desempenham um papel fundamental. No entanto, essas informações ainda são escassas, assim como os próprios recursos (Bitencourt; Alemão, 2021). **Objetivo:** Descrever a percepção dos gestores sobre o processo de implantação do sistema de gestão de custos dos hospitais da primeira onda vinculados ao Projeto OtimizaSUS. **Referencial Teórico**: O Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS) integrante do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), que adota a metodologia de custeio por absorção para a apuração de custos (Brasil, 2013). A atribuição de custos a bens e serviços é uma atividade

fundamental na contabilidade, pois permite que as organizações conheçam os custos associados às suas operações, auxiliando na definição da precificação, das projeções financeiras e na tomada de decisões estratégicas (Horngren *et al.*, 2018). Uma das principais vantagens do método de custeio por absorção, conforme destacado por Garrison, Noreen e Brewer (2020), está na alocação de todos os custos aos produtos, o que resulta em uma representação mais precisa dos custos envolvidos. Padoveze (2000) argumenta que o custeio por absorção, por ser um método mais conservador, pode proporcionar aos gestores uma sensação de maior segurança, uma vez que todos os custos são apropriados. Dessa forma, é possível inferir que esse método pode fornecer bases mais sólidas para a formação de preços. Contudo, conforme exposto por Atkinson *et al*. (2019), uma potencial limitação é a dependência de alocações arbitrárias de custos indiretos que pode levar a distorções se as bases de alocação não forem bem escolhidas. O Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS) é uma ferramenta pública, parametrizável e passível de integração que utiliza o método de custeio por absorção, com alocação recíproca matricial, tal como preconizado pelo PNGC (Brasil, 2013). A Política de Atenção Hospitalar Valora Minas, por sua vez, foi instituída pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) por meio da publicação das Resoluções SES/MG 7.223 e 7.224 (Minas Gerais, 2020a; 2020b). Sua implementação tem sido gradual, a partir da celebração de novos instrumentos de contratualização, com prioridade para o Módulo Valor em Saúde, Hospitais Plataforma e Hospitais de Transição. Para tal, foi criado um indicador ponderado que leva em consideração sete parâmetros: (1) percentual de leitos SUS; (2) ser hospital especializado; (3) número total de leitos para atendimento SUS; (4) número total de leitos de UTI; (5) número de internações; (6) valores de incentivo federal; e (7) se o hospital recebe ou não alguma forma de custeio estadual ou federal. As diretrizes de alocação de incentivo financeiro do módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais (Valora Minas), aplicadas aos hospitais públicos, entidades sem fins lucrativos ou universitários foi definida por meio da Resolução SES/MG nº 7.223 (Minas Gerais, 2020a) em conformidade com o Anexo IV da Resolução SES/MG nº 7.224 (Minas Gerais, 2020b). Para definição da metodologia de alocação dos recursos, os montantes foram estratificados por especialidade, elenco de serviços de saúde e categoria e condicionados ao cumprimento de metas e indicadores. O valor anual total estimado do incentivo financeiro foi definido em R$ 713.103.258,67, sendo estes valores distribuídos entre os hospitais, por relevância assistencial, havendo previsão de revisão dos valores. **Método**: O método adotado foi o estudo de casos (Yin, 2016). Os critérios de escolha dos hospitais foram a facilidade para o acesso aos seus diretores, o porte do hospital considerando a quantidade de leitos, e o fato de pertencerem à primeira onda. Foram convidados a participar da pesquisa 7 hospitais. Em cada um deles foram entrevistados o Diretor e/ou o Gestor de Custos responsáveis pela implantação do PNGC, totalizando 9 entrevistas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob o CAAE 62652022.0.0000.5149, parecer 5.904.120, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). **Resultados e discussão:** Os gestores entrevistados reconhecem a importância do OtimizaSUS e prontamente aderiram ao projeto. Dentre os benefícios esperados pelos entrevistados destacam-se: a melhoria da eficiência. transparência na administração; a alocação dos recursos públicos na saúde pública; e a qualificação dos serviços prestados. Foram relatadas

expectativas de que o projeto contribua para uma remuneração mais equitativa pelos serviços prestados. Dentre os possíveis benefícios, os gestores acreditam que a iniciativa da SES impacte positivamente no desempenho e na gestão de custos da instituição. Outra questão que surgiu nas entrevistas é que a implantação do PNGC permite a comparabilidade dos custos de diferentes instituições para o desenvolvimento de estratégias com base nas melhores práticas e melhora da qualidade do atendimento. Ademais, os gestores revelaram desejar que a Diretoria hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e o Ministério da Saúde (MS) avaliem o banco de dados do projeto e forneçam feedback sobre o desempenho, com o objetivo de promover a melhoria contínua. Observou-se também preocupações quanto a possibilidade de o projeto ser descontinuado por troca da administração pública, o que poderia invalidar os esforços realizados até então. Os gestores também têm adotado estratégias que trarão benefícios adicionais aos esperados com o projeto, como a capacitação da equipe, a contratação de novos membros dedicados ao projeto e a realocação de colaboradores. Além disso, promoveram uma comunicação intensiva com as equipes e incentivando uma cultura de engajamento de todos os funcionários. Os hospitais que possuíam sistemas de gestão de custos privados previamente ao OtimizaSUS tiveram dificuldades na adaptação ao Sistema APURASUS e os que não tinham foram acompanhados de perto com reforço constante dos conceitos e metodologias. Identificou-se a necessidade de adaptação ao Sistema APURASUS especialmente em relação à compreensão dos critérios de rateio e à adequação do sistema à realidade de cada hospital. **Considerações finais:** O monitoramento realizado pela SES e pelo MS tem sido eficaz para garantir a precisão dos dados, embora os gestores sugiram uma interação mais direta para análises mais críticas e aprimoramento contínuo. Propõe-se que seja criado um manual de custos para manter e disseminar o conhecimento adquirido e promover a padronização.

PALAVRAS-CHAVE: Custos em saúde; Programa Nacional de Gestão de Custos; Projeto OtimizaSUS; Sistema ApuraSUS.

REFERÊNCIAS

ATKINSON, A. A. *et al*. **Contabilidade gerencial**: informação para a tomada de decisão e execução da estratégia. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

BITENCOURT, K. DE C. B.; ALEMÃO, M. M. 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, 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Introdução à gestão de custos em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 148 p. v. 2. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf. Acesso em: 7 jun. 2024.

GARRISON, R.H.; NOREEN, E. W.; BREWER, P. C. **Contabilidade gerencial**. São Paulo: McGraw-Hill, 2020.

HORNGREN, C. T.; DATAR, S. M.; RAJAN, M. V. **Contabilidade de custos**. Rio de Janeiro: LTC, 2018.

PADOVEZE, C. L. **Contabilidade gerencial**. São Paulo: Atlas, 2000.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 7.223, de 16 de setembro de 2020**. Institui a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, estabelece os seus módulos e dá outras providências. Belo Horizonte: SES/MG, 2020a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG Nº 7.224, de 16 de setembro de 2020**. Estabelece as normas gerais, as regras, os critérios de elegibilidade e a sistemática de monitoramento para o Módulo Valor em Saúde, da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas. Belo Horizonte: SES/MG, 2020b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 7.518, de 19 de maio de 2021**. Estabelece as diretrizes de alocação de incentivo financeiro do módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais – Valora Minas nos hospitais de relevância microrregional e macrorregional, conforme Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.214/2020. Belo Horizonte: SES/MG, 2021a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 7.925, de 10 de dezembro de 2021**. Institui o Projeto OtimizaSUS vinculado ao Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas e dá outras providências. Belo Horizonte: SES/MG, 2021b.

YIN, R. **Pesquisa qualitativa do início ao final**. São Paulo: Penso Editora, 2016.

IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E SEUS IMPACTOS EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

Natália Soares Melo; Discente do Mestrado Profissional; Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

Camila de Andrade Oliveira; Enfermeira; Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Patrícia Araújo Gato; Pós-graduação em Gestão de Finanças; Fundação Dom Cabral

Guilherme Fagundes Nascimento; Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica com Ênfase em Farmacoeconomia - UFMG

Antonio Candido da Silva Filho; Médico; Especializando em Medicina Hospitalista; Inspirar

Pedro Augusto Macedo de Souza; Médico; Pós-graduação em Gestão de Finanças; Fundação Dom Cabral

RESUMO

Introdução: Os Protocolos Clínicos são documentos que definem critérios para o diagnóstico de doenças ou problemas de saúde, o tratamento recomendado, incluindo medicamentos e outros produtos adequados, quando aplicável; as dosagens indicadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a avaliação dos resultados terapêuticos, que devem ser seguidos pelos gestores do SUS. Esses documentos devem ser baseados em evidências científicas e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas (Brasil, 2024). Além de padronizar práticas assistenciais, os protocolos ajudam a reduzir a variabilidade nas práticas médicas, promovem a segurança do paciente, melhoram a eficiência do atendimento e auxiliam na gestão de recursos, ao mesmo tempo em que orientam os profissionais de saúde em suas decisões clínicas. Além do mais, contribuem para o monitoramento e a avaliação contínua dos resultados terapêuticos, o que pode levar a melhorias constantes na qualidade do atendimento (Brasil, 2019). **Objetivo:** Descrever o desenvolvimento de uma metodologia para efetivação dos protocolos clínicos como pilar da governança clínica. **Referencial Teórico:** Ao longo dos últimos anos, diversos estudos e metodologias foram elaborados para aprimorar o processo assistencial e os sistemas de saúde fundamentados no Bem-Estar Social. Nesse contexto, em 1998, o National Health Service (NHS), que é o maior e mais antigo sistema público de saúde do Reino Unido, criou um sistema complexo voltado para a oferta de elevados padrões de qualidade. O presente sistema fundamenta-se em controles meticulosamente elaborados, orientados por melhorias contínuas nos processos assistenciais e no desenvolvimento profissional, com foco no atendimento ao paciente, sendo denominado Governança Clínica (Mcsherry; Pearce, 2011 *apud* Lycarião, 2022, p. 18). A Governança Clínica foi, portanto, elaborada com base na lógica de processos contínuos, enfatizando em atividades de melhoria da qualidade, identificação e gestão de riscos, responsabilidade individual e formação profissional continuada (Crook, 2002). Essa, é organizada em sete fundamentos: Eficiência e efetividade clínica; Gestão de Riscos e Eventos

Adversos; Auditoria Clínica; Transparência; Responsabilização; Educação Permanente de Profissionais; e Inovação e Melhorias contínuas (Department Of Health, 2002; Travaglia et al., 201, *apud* Lycarião, 2022, p. 19). Os Protocolos Clínicos são diretrizes relacionadas ao atendimento à saúde, visando padronizar seus diferentes componentes. Esse processo costuma ser bastante complexo, possuindo diversas decisões em cada fase de elaboração. Os protocolos oferecem orientações para que o profissional possa fazer escolhas dentro do que é considerado aceitável, ou seja, busca padronização sem perder de vista os diversos contextos que um mesmo tema pode apresentar, os quais exigem adaptações dentro de limites previamente estabelecidos (Pazin-Filho, 2018). O processo de elaboração de um Protocolo Clínico segundo o Ministério da Saúde se dá através da definição do tema, título, apresentação, introdução, objetivo, população-alvo, abordagens incluídas, perguntas de pesquisa, indicadores de implementação, método de busca de evidências na literatura e por fim, as referências. Porém, como o mesmo diz, essas orientações não são obrigatórias, cada instituição deverá seguir suas necessidades e especificidades (Brasil, 2019). **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, como pesquisa intervencionista realizado em um Hospital Filantrópico de Belo Horizonte, Minas Gerais. Os elementos qualitativos foram coletados nos documentos e relatórios do Setor de Governança Clínica, assim como por autorrelato dos autores que participaram ativamente do processo de desenvolvimento e implementação da metodologia de protocolos clínicos. As informações analisadas pertencem ao período de 2022 a 2024, sendo realizada análise comparativa para verificação da eficácia da metodologia desenvolvida. Para isso, foram definidas nove etapas de implantação: elaboração/revisão e validação; definição de indicadores de monitoramento; definição da metodologia de coleta de dados; coleta de dados; construção de painel de dados; análise de dados; análise, manutenção e plano de melhorias com a equipe assistencial; análise crítica com a alta direção; treinamento do processo. Este estudo tem como indicador principal o percentual de protocolos implantados. **Resultados e Discussão:** A implantação do setor de protocolos clínicos se deu início no ano de 2022, após sua implantação foi realizado uma pesquisa de campo onde foi identificado que a instituição possuía 251 documentos institucionais sem monitoramento, dentre eles 109 estavam em atraso e 142 em dia. Posteriormente foram criados oito passos, denominados de "Ciclo dos Protocolos Clínicos" para a elaboração, controle e acompanhamento dos novos protocolos a serem estabelecidos na instituição, são eles: 1°- a elaboração ou revisão de um protocolo clínico se dá de acordo com o perfil epidemiológico, perfil de risco ou gravidade da instituição, e o mesmo é elaborado com a equipe multidisciplinar; 2°- para avaliar o processo, desfecho ou eficácia do protocolo é definido um indicador de monitoramento; 3°- definição da metodologia de coleta de dados onde é decidido a população ou amostra que será avaliada; 4°- coleta de dados, é realizado auditoria clínica para mensuração, monitoramento e validação dos dados; 5°- implantação do painel de dados visual de todos os dados coletados; 6°- análise de dados, é realizada uma discussão dos resultados, análise de causa e ações com a equipe multidisciplinar; 7°- criação do indicador no sistema "MV estratégico", para apresentação dos dados para a diretoria; 8°- manutenção do protocolo e elaboração dos planos de melhoria. Após a implantação desse, foi observado que no terceiro trimestre de 2023 houve adesão de 68,35%, ou seja, 23 protocolos clínicos foram elaborados seguindo todas as etapas do ciclo. Já no quarto trimestre de 2023 houve um aumento nos indicadores, atingindo a marca de 87,50% dos protocolos instituídos e monitorados na instituição. No primeiro trimestre de 2024 foi alcançada a porcentagem de 93,15% sendo que a meta estabelecida foi de 100%, dado isso, pode-se considerar que o resultado foi fora do esperado, porém ao realizar uma análise retroativa comparando com o resultado do terceiro trimestre de 2023, houve um aumento significativo no resultado. Além disso, a implantação do setor trouxe resultados significativos para a assistência ao paciente, como: protocolo de hemorragia digestiva alta, onde houve o aumento da taxa de realização de endoscopia por hemorragia digestiva alta em 24 horas, de 14% em março de 2023

para 72% em junho de 2024; aumento do percentual de administração de sulfato de magnésio nas formas graves de pré-eclâmpsia e eclâmpsia sobreposta, de 53,7% no 1º trimestre de 2023 para 94,87% no 1º trimestre de 2024; aumento na taxa de realização de cateterismo em até 48 horas em pacientes com diagnóstico de síndrome coronariana aguda, de 54% em maio de 2023 e atingindo 72,4% em outubro de 2023. Além do mais, sua implantação sucederam inúmeros ganhos para a mesma, são eles: programa de treinamento dos protocolos de segurança do paciente; treinamento de residentes multiprofissionais; programa de performance médica onde é monitorado pelo indicador de adesão aos treinamentos obrigatórios; criação do perfil epidemiológico global da instituição; criação do perfil assistências; implementação de 31 protocolos clínicos e 38 guias de orientação; implementação de metodologia de auditorias clínicas; monitoramento de 44 indicadores dos protocolos com apresentação para alta direção; elaborações de paineis de dados; elaboração do guia de bolso com todos os fluxos dos protocolos clínicos; programa de treinamentos do setor "ProEduca"; blitz educativa sobre os protocolos e perfil epidemiológico com os profissionais assistenciais; implantação do painel de indicadores do DRG; seminário de protocolos clínicos e publicação de artigos científicos. **Conclusão:** A implantação do setor de protocolos clínicos foi uma iniciativa robusta que não apenas aumentou a formalização e o monitoramento dos cuidados na instituição, mas também trouxe evidentes benefícios para a assistência ao paciente e a capacitação dos profissionais de saúde. Os dados demonstram que a adesão aos protocolos culminou em melhorias substanciais nas práticas clínicas, refletindo um compromisso contínuo com a qualidade e segurança do cuidado. A continuidade desse processo de avaliação e adaptação dos protocolos será crucial para alcançar a meta de 100% de adesão e garantir a eficiência dos cuidados prestados.

PALAVRAS-CHAVE: Protocolos Clínicos; Governança Clínica; Indicadores em Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT. **Ministério da Saúde**, CONITEC, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas/pcdt

BRASIL. Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – 2. ed - Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: conceitos e fundamentos. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas.pdf.

CROOK, M. Clinical governance and pathology. **Journal of Clinical Pathology**, [S. l.], v. 55, n. 03, p. 177-179, 2002. Disponível em: https://jcp.bmj.com/content/jclinpath/55/3/177.full.pdf.

LYCARIÃO, G. N. **Efetivação dos pilares da governança clínica no cotidiano assistencial: descrição de uma metodologia.** Trabalho de Conclusão de Mestrado

Profissional Em Gestão De Serviços De Saúde, Programa De Pós-Graduação Em Gestão De Serviços De Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p. 131. 2022.

PAZIN-FILHO, A, *et al.* Protocolos Clínicos Institucionais – O desafio de gerenciar e garantir a aplicação de informação atualizada e contextualizada. **Revista Eletrônica Qualidade HC**, Ribeirão Preto, n. 4, p. 1-15, 2018.

MONITORAMENTO ACADÊMICO NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: UMA ABORDAGEM CENTRADA NO ESTUDANTE

Gabriel Henrique Silva Teixeira; Graduação em Biblioteconomia; 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

Laura Elisa Araujo Viana; Graduanda em Medicina; 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

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

RESUMO:

Introdução e Referencial Teórico: A evasão em cursos de ensino superior, especialmente na modalidade a distância, representa um desafio significativo para as instituições de ensino. Fatores como o isolamento, a falta de acompanhamento e as dificuldades de adaptação ao ambiente virtual podem contribuir para o baixo engajamento e a desistência dos estudantes (FOSSATTI, JUNG, 2018). Um dos principais desafios das instituições de ensino superior é proporcionar, manter e aumentar o engajamento dos estudantes nos cursos a distância, ou seja, o grau de participação desses estudantes no curso, na tentativa de minimizar as desistências por curso ou disciplina (SOUSA, 2020). O monitoramento pode ser compreendido como uma atividade gerencial focada no controle das entregas, conforme metas e cronogramas. Realizado continuamente, verifica a execução das atividades, identifica problemas, acompanhar as ações, gera informações, bem como busca solucionar problemas durante o desenvolvimento das atividades A abordagem centrada nos estudantes é uma estratégia que valoriza a individualidade, busca potencializar o desenvolvimento acadêmico, incentivando um

aprendizado mais ativo e colaborativo (JANNUZZI, 2013; RODRIGUES DE AMORIM *et al* 2021). Diante desse cenário, o presente trabalho apresenta a experiência da equipe de Monitoramento do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no desenvolvimento de estratégias para promover o acompanhamento e suporte aos estudantes do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade, no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil, com o objetivo de minimizar a evasão e garantir a conclusão bem-sucedida do curso.

Objetivos: O objetivo geral deste trabalho é descrever e apresentar como a equipe de monitoramento identifica os estudantes em risco de baixo desempenho acadêmico e oferece suporte individualizado para que alcancem um desempenho acadêmico mais sólido e significativo. Para isso, a equipe se propõe a monitorar indicadores de desempenho acadêmico, como atrasos em entregas e notas baixas, através de relatórios do Moodle, Power BI e planilhas Excel; oferecer suporte individualizado aos estudantes, por meio de comunicação via e-mail e WhatsApp, informando sobre pendências e oferecendo apoio personalizado; realizar avaliações diagnósticas para compreender as causas do baixo desempenho e estabelecer planos de ação para melhoria; e fomentar a motivação e o engajamento dos estudantes, reconhecendo e celebrando suas conquistas e promovendo um ambiente positivo de aprendizagem.

Metodologia: A equipe de Supervisão de Monitoramento utiliza uma combinação de métodos e ferramentas para realizar o acompanhamento dos estudantes. As principais ferramentas utilizadas são: a) **Phila:** plataforma de gestão acadêmica que fornece informações sobre o desempenho dos estudantes; b) **Moodle:** ambiente virtual de aprendizagem utilizado no curso, que permite acompanhar a participação e o progresso dos estudantes nas atividades; c) **Power BI:** ferramenta de análise de dados que possibilita a criação de painéis e relatórios personalizados para visualização e acompanhamento dos indicadores de desempenho; e d) **Planilhas Excel:** utilizadas para registro e organização de dados, facilitando o acompanhamento individualizado dos estudantes. Além disso, a equipe adota uma abordagem proativa, buscando identificar os estudantes em risco antes que as dificuldades se agravem. Para isso, são realizados contatos periódicos, por e-mail e WhatsApp, com os estudantes que

apresentam baixo desempenho, oferecendo suporte e orientação personalizados. A equipe também realiza avaliações diagnósticas para compreender as causas do baixo desempenho e, a partir disso, elabora planos de ação individualizados, que incluem o estabelecimento de metas e estratégias para melhoria.

Resultados e discussões: A implementação das estratégias de monitoramento e apoio desenvolvidas pela equipe de Supervisão de Monitoramento tem mostrado resultados encorajadores, especialmente no que diz respeito à identificação precoce de estudantes em risco e ao oferecimento de suporte individualizado. Essas ações têm sido fundamentais para melhorar o desempenho acadêmico e reduzir as taxas de evasão, uma vez que o acompanhamento mais próximo promove um ambiente de aprendizagem mais acolhedor e motivador. Esse ambiente, por sua vez, tem refletido em uma maior participação dos alunos nas atividades acadêmicas e um engajamento mais consistente. A abordagem humanizada, centrada na interação contínua com os estudantes, parece ser um fator chave, já que muitos alunos relatam sentir-se mais amparados e preparados para enfrentar os desafios do curso. Entretanto, a equipe de Supervisão de Monitoramento ainda enfrenta algumas barreiras que precisam ser superadas. Um dos maiores desafios é lidar com a diversidade de perfis e necessidades dos estudantes, o que exige um alto grau de flexibilidade na adaptação das estratégias. Estudantes de diferentes contextos socioeconômicos, acadêmicos e pessoais requerem abordagens diferenciadas, e atender a essa diversidade é um dos maiores desafios enfrentados pela equipe. Além disso, há momentos em que a carga de trabalho se torna muito elevada, especialmente nos períodos críticos do semestre, como o início e o fim, o que pode dificultar a prestação de um atendimento de qualidade a todos os alunos. Uma solução viável para esses problemas poderia ser a integração de ferramentas tecnológicas no processo de monitoramento. Plataformas digitais de acompanhamento acadêmico, aliadas a sistemas de análise de dados, permitiriam um controle mais preciso e eficiente do progresso dos estudantes, facilitando intervenções rápidas e direcionadas. Além disso, a formação contínua da equipe de monitoramento é essencial para garantir que os profissionais estejam preparados para lidar com as diferentes necessidades dos alunos e para utilizar essas novas tecnologias de forma eficaz. Outra questão importante a ser considerada é

o acompanhamento dos resultados dessas estratégias a longo prazo. Embora os efeitos iniciais sejam promissores, é crucial monitorar o desempenho acadêmico dos estudantes de forma contínua, para garantir que os benefícios se mantenham ao longo do tempo. A análise do impacto deve ir além dos resultados imediatos, adotando uma perspectiva longitudinal para avaliar o progresso dos estudantes durante todo o curso e, possivelmente, após sua conclusão. Assim, ainda que os resultados positivos do monitoramento acadêmico já sejam evidentes, há uma necessidade constante de aprimorar essas práticas para torná-las mais eficientes. A combinação de uma abordagem centrada no estudante, aliada ao uso de tecnologias e à qualificação da equipe, pode ser o caminho para assegurar que as estratégias de monitoramento continuem a evoluir, promovendo um ambiente acadêmico mais inclusivo e de maior sucesso para os estudantes.

Conclusão: A experiência da equipe de Supervisão de Monitoramento do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade da UFMG demonstra a importância do acompanhamento e suporte individualizado para o sucesso dos estudantes na modalidade a distância. A utilização de ferramentas tecnológicas e a adoção de uma abordagem proativa e humanizada têm se mostrado eficazes na promoção do engajamento, na melhoria do desempenho acadêmico e na redução da evasão. É fundamental que as instituições de ensino superior invistam em estratégias de monitoramento e suporte aos estudantes, especialmente na modalidade a distância. A criação de equipes especializadas, a utilização de ferramentas tecnológicas e a adoção de uma abordagem centrada no estudante são elementos-chave para o sucesso dessas iniciativas. Ao promover um ambiente de aprendizagem acolhedor e motivador, as instituições podem contribuir para a formação de profissionais mais qualificados e preparados para os desafios do mercado de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Educação permanente em saúde; Acompanhamento pedagógico; Metodologias ativas.

REFERÊNCIAS

FOSSATTI, P; JUNG, H.S. (org.). Investigação em governança Universitária [recurso eletrônico]: memórias. Dados eletrônicos. Canoas, RS: Unilasalle, 2018.

JANNUZZI, P.M. Sistema de Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais: revisitando mitos e recolocando premissas para sua maior efetividade na gestão. Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação, vol.5, p.4-27, 2013.

RODRIGUES DE AMORIM, T. *et al*. Desafios para tutoria na formação de especialistas em avaliação em saúde: relato de experiência. Comunicação em Ciências da Saúde, *[S. l.]*, v. 32, n. 04, 2021.

SOUSA, A.R. dos S. Taxa de engajamento em disciplinas ministradas na modalidade a distância: um estudo de caso. RBAAD. Rev. Bras. Aprend.Aberta.2020; I: e360.

O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DE DENGUE: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Renata Mascarenhas Bernardes; Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pelo Departamento de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo; Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Natália Pontes de Albuquerque; Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal de Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Iracy Sofia Barbosa; Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Cristiane Veiga Pinto Azzi; Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Marina de Oliveira; Pós-graduada. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

RESUMO

Introdução: A Dengue é uma das arboviroses transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* e representa um desafio persistente para a saúde pública. Embora seja uma doença endêmica no Brasil, a ocorrência de grande número de casos da doença impacta significativamente o sistema de saúde (Belo Horizonte, 2024; Brasil, 2024). Em 2024, Belo Horizonte enfrentou uma epidemia de Dengue, com 179.044 casos confirmados e 108 óbitos até setembro (Belo Horizonte, 2024). Diante desse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolveu protagonismo crucial em resposta à crise, reafirmando o seu papel ordenador na Rede de Atenção à Saúde, garantindo e promovendo acesso aos cuidados em saúde aos usuários do SUS-BH. **Objetivo:** Apresentar as estratégias implementadas pela APS em Belo Horizonte no enfrentamento à epidemia de Dengue e outras arboviroses, entre os meses de janeiro e maio de 2024. **Referencial Teórico:** A APS é reconhecida como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e coordenadora do cuidado, sendo fundamental para o controle de doenças endêmicas e epidêmicas. O enfrentamento às arboviroses exige uma abordagem multifacetada, que inclui ações de vigilância epidemiológica, promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento adequado e reabilitação (Mendes, 2011; Mendes, 2015). A APS, por sua capilaridade e proximidade com a comunidade, está estrategicamente posicionada para implementar essas ações de forma integral e efetiva, atuando na identificação precoce de casos, no manejo clínico adequado, na orientação e educação da população, na mobilização social (Mendes, 2011; Mendes, 2015). **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre as ações da APS de Belo Horizonte no enfrentamento à epidemia de Dengue e outras arboviroses em 2024. As informações apresentadas foram obtidas a partir de dados dos Boletins Epidemiológicos, das Diretrizes Institucionais publicadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) e da experiência vivenciada pelos autores deste trabalho.

Resultados e Discussão: Diante do alerta epidemiológico, a APS de Belo Horizonte implementou um plano de contingência, com ações articuladas em diferentes frentes. A gestão da informação e comunicação foi fortalecida, com a criação de um Comitê Municipal de Enfrentamento às Arboviroses, responsável por monitorar a situação epidemiológica, definir estratégias de intervenção e coordenar as ações de diferentes setores da administração municipal. Reuniões periódicas foram realizadas entre os gestores da APS e a produção de materiais informativos para a população foi intensificada, utilizando diversos canais de comunicação, como cartazes, *folders*, e redes sociais. Outro ponto de destaque foi a interlocução constante com as instâncias do Controle Social do município, relacionadas à Saúde (Conselho Municipal, Conselhos Distritais e Comissões Locais). No tocante às diretrizes institucionais foram realizadas as seguintes publicações: 24 Boletins Epidemiológicos, 11 Materiais complementares (Guia de manejo clínico, Informes técnicos, Fluxogramas e Notas Informativas.), 9 Boletins Informativos e 5 Notas Técnicas. A qualificação dos profissionais de saúde foi intensificada por meio de treinamentos presenciais e *on-line*, webconferências e oficinas abordando temas como diagnóstico diferencial, manejo clínico, notificação compulsória, medidas de prevenção e controle vetorial. Mais de 2.000 profissionais foram capacitados, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, dentre outros. A força de trabalho foi expandida para dar conta da demanda crescente, com a contratação de 1.161 profissionais e ampliação da carga horária de outros 434, permitindo o reforço das equipes nos Centros de Saúde (CS). Além disso, houve a contratação de 431 profissionais para atendimentos nos Centros de Atendimento às Arboviroses (CAAs). Estas unidades foram criadas especificamente para o manejo de casos suspeitos de arboviroses. Deve-se ressaltar que o incremento de pessoal teve como foco a equipe multiprofissional e contou com médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, dentre outros. O processo de trabalho nos CS foi reorganizado, com a redefinição de fluxos de atendimento e a criação de salas de hidratação oral. A abertura de unidades aos finais de semana e feriados, o agendamento *on-line* de consultas e a realização de teleconsultas, foram aspectos relevantes para ampliação do acesso à população. Além de funcionamento habitual dos 152 CS da Rede SUS-BH, de segunda à sexta, durante 12 horas ininterruptas, foram destacados alguns dos investimentos realizados na APS para retaguarda assistencial, descritos no quadro a seguir:

Quadro 1: Organização e retaguarda assistencial

Ações	Quantitativo
Plantões realizados pelos Centros de Saúde (sábados, domingos e feriados - de 7:00 às 19:00)	135
Plantões realizados pelos Centros de Saúde (sábados, domingos e feriados - de 7:00 às 22:00)	40
Centros de Saúde com funcionamento ampliado (sábados, domingos e feriados)	16
Centros de Saúde com funcionamento ampliado (funcionamento até às 22:00 horas, de segunda à sexta)	16

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

As ações supracitadas culminaram em aumento significativo da capacidade de atendimento da APS, resultando em 398.643 atendimentos nos CS, o que corresponde a 85,4% do total de atendimentos, relacionados à arboviroses, agregando os dados da APS e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Os CAAs realizaram 43.965 atendimentos e atingiram 98,7% de

resolutividade, demonstrando a efetividade da APS no manejo dos casos e a redução da necessidade de encaminhamento para outros níveis de atenção. Além disso, a APS de Belo Horizonte também teve um papel importante na implementação da campanha de vacinação contra a Dengue, que teve início em agosto de 2024 e priorizou crianças e adolescentes de 9 a 16 anos, considerados os grupos de maior risco para a doença. Os CS foram os principais pontos de vacinação, garantindo o acesso da população à vacina de forma segura e organizada. **Conclusões:** A experiência de Belo Horizonte evidencia o papel fundamental da APS no enfrentamento à epidemia de Dengue e outras arboviroses. A resposta rápida e coordenada, com ações integradas de gestão, qualificação profissional, ampliação do acesso, reorganização do processo de trabalho e investimento em ações de campo, permitiu à APS responder de forma efetiva à crise, garantindo o acesso da população ao diagnóstico e tratamento oportunos, contribuindo para a redução da morbimortalidade e o controle da epidemia. A APS demonstrou sua capacidade de adaptação e resiliência diante de um desafio de grande magnitude, reafirmando sua importância como eixo estruturante do SUS e como protagonista na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Acredita-se que esta experiência pode servir de modelo para outros municípios, demonstrando que o investimento na APS é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais forte, equitativo e capaz de responder às necessidades da população.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública; Dengue; Epidemias.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Dengue**. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/vigilancia/vigilancia-epidemiologica/doencas-transmissiveis/dengue. Acesso em 30 de agosto de 2024.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Balanço da Dengue e outras Arboviroses – 13.09.24**. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1rsE919rAbiAxVYDQYBDqf9XzT1N_0_ON/view. Acesso em 01 de setembro de 2024.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia Rápido: Manejo da Dengue, Chikungunya e Zika**. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2024/guia-rapido-manejo-arboviroses-3-4-24.pdf. Acesso em 30 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A-Z. **Dengue**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dengue. Acesso em 01 de setembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança** – 6. ed. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca. Acesso em 28 de agosto de 2024.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

O USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Alan Cristian Marinho Ferreira; Mestre; Programa de Pós-graduação em Saúde Pública; Universidade Federal de Minas Gerais

Marco Aurélio de Sousa; Doutor; Programa de Pós-graduação em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar; Doutor; Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: O avanço da tecnologia e da inteligência artificial (IA) tem proporcionado significativas mudanças em diversas áreas, incluindo a saúde pública. No Brasil, a vigilância em saúde é um campo que enfrenta desafios persistentes, como a subnotificação de casos, a lentidão na detecção e resposta, e a falta de integração de dados. Estes problemas tornam-se ainda mais complexos diante da necessidade crescente de respostas rápidas e eficientes para eventos de saúde pública, especialmente em tempos de pandemias como a COVID-19. Neste contexto, a inteligência artificial emerge como uma ferramenta promissora para enfrentar esses desafios, oferecendo soluções que vão desde a detecção precoce de surtos até a análise preditiva e o monitoramento em tempo real. **Objetivo:** identificar as ferramentas e aplicações baseadas no uso de inteligência artificial que foram implementadas para a vigilância em saúde no Brasil. **Referencial Teórico:** A vigilância em saúde, conforme descrito pela legislação brasileira, é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde (Brasil, 2018). Esse processo visa o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação e intervenção sobre os determinantes da saúde para a proteção e promoção da saúde da população. A vigilância em saúde no Brasil é dividida em quatro principais áreas: vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. Cada uma dessas áreas enfrenta desafios específicos, como a subnotificação de casos, a baixa qualidade dos dados, a falta de integração entre sistemas, problemas de financiamento e recursos, e a comunicação ineficaz entre os diferentes níveis de gestão e atuação. Além disso, a privacidade e a segurança dos dados são preocupações crescentes, especialmente com o aumento do uso de tecnologias digitais e de big data na saúde pública. Por outro lado, a inteligência artificial é definida como a capacidade das máquinas de realizar tarefas que normalmente requerem inteligência humana, como reconhecer fala, compreender imagens e tomar decisões. No contexto da vigilância em saúde, a IA oferece diversas potencialidades que podem transformar a maneira como os dados são coletados, analisados e utilizados para tomar decisões informadas. Entre as principais aplicações da IA na vigilância em saúde, destacam-se a detecção precoce de surtos, a análise preditiva, a identificação de padrões epidemiológicos, o diagnóstico assistido por computador, o monitoramento da saúde pública, a personalização da saúde e a melhoria da eficiência operacional. Essas aplicações são particularmente relevantes em um cenário onde a rapidez na resposta a emergências de saúde pública pode significar a diferença entre controlar ou não a disseminação de uma doença. **Métodos:** trata-se de uma revisão sistemática que foi realizada a partir de buscas nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed, Scopus, Web of Science (WOS) e Embase, utilizando as seguintes

chaves de busca: BVS: ("Vigilância em Saúde" OR "Public Health Surveillance" OR "Vigilancia en Salud Pública" OR "Vigilância em Saúde Ambiental" OR "Environmental Health Surveillance" OR "Vigilancia Ambiental en Salud" OR "Vigilância em Saúde do Trabalhador" OR "Surveillance of the Workers Health" OR "Vigilancia de la Salud del Trabajador" OR "Vigilância Epidemiológica" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Monitoreo Epidemiológico" OR "Vigilância Sanitária" OR "Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria") AND ("Inteligência Artificial" OR "Artificial Intelligence" OR "Inteligencia Artificial" OR Algoritmos OR Algorithms OR Algoritmos OR "Aprendizado de Máquina Supervisionado" OR "Supervised Machine Learning" OR "Aprendizaje Automático Supervisado") AND (Brasil OR Brazil). Demais bases de dados: ("Public Health Surveillance" OR "Environmental Health Surveillance" OR "Surveillance of the Workers Health" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Health Surveillance") AND ("Artificial Intelligence" OR Algorithms OR "Supervised Machine Learning") AND (Brazil). Foram incluídos na revisão artigos científicos publicados entre 2019 e 2024, disponíveis gratuitamente na íntegra, e que abordavam a temática do uso de IA na vigilância em saúde no Brasil. Estudos de revisão, artigos não disponíveis gratuitamente, publicados há mais de cinco anos ou que não estavam disponíveis em português, inglês ou espanhol foram excluídos. **Resultados:** Após a triagem inicial, que incluiu a leitura de títulos e resumos, 18 artigos foram selecionados para leitura completa. Destes, 10 artigos foram incluídos na análise final, sendo que a maioria das exclusões se deu por não abordarem especificamente o uso de IA ou a vigilância em saúde no contexto brasileiro. Os artigos selecionados na revisão ilustram a diversidade de aplicações da IA na vigilância em saúde no Brasil. Dentre os estudos analisados, destacam-se alguns tópicos: 1 - Detecção de Padrões de Consumo de Álcool entre Estudantes de Medicina: Um estudo que utilizou modelos de aprendizado de máquina para identificar padrões de consumo de álcool de alto risco entre estudantes de medicina brasileiros. Os resultados mostraram que características como uso de tabaco e cannabis, renda familiar e atividades físicas foram relevantes para a predição de comportamentos de risco (Marcon et al., 2021). 2 - Subdiagnóstico de COVID-19: Um estudo que utilizou nowcasting combinado com machine learning para estimar o subdiagnóstico de COVID-19 em Florianópolis, mostrando uma subestimação significativa dos casos durante os períodos críticos da pandemia (Garcia et al., 2021). 3 - Previsão Espacial e Temporal de COVID-19: Este estudo analisou a distribuição espacial de casos de COVID-19 utilizando diferentes técnicas de regressão, destacando a eficácia da regressão linear para prever a distribuição espacial dos casos no Brasil (Silva et al., 2021). 4 - Estimativa da Prevalência de Demência: Utilizando aprendizado de máquina não supervisionado, este estudo estimou a prevalência de demência em diferentes países, incluindo o Brasil, destacando a relevância de fatores como dislipidemia e índice de massa corporal como possíveis fatores de proteção contra a demência (Langavanat et al., 2020). 5 - Previsão de Surtos de Infecção Respiratória Aguda Grave (SRAG): Um estudo que aplicou redes neurais para prever surtos de SRAG no Brasil, obtendo bons resultados na previsão de picos de incidência e volume de casos em diferentes regiões do país (Silva et al., 2024). Esses estudos ilustram o vasto potencial da inteligência artificial para aprimorar a vigilância em saúde no Brasil, permitindo uma resposta mais rápida e eficaz a diferentes desafios de saúde pública. **Discussão:** O crescente número de estudos sobre o uso de IA na vigilância em saúde no Brasil reflete a importância dessa tecnologia para o aprimoramento das práticas de saúde pública. Embora a maioria das aplicações se concentre na vigilância epidemiológica, há um grande potencial para expandir o uso da IA para outras áreas da vigilância em saúde, como a vigilância ambiental e a vigilância do trabalhador. Além disso, a pandemia de COVID-19 catalisou o desenvolvimento e a aplicação de ferramentas de IA, evidenciando sua utilidade na predição de surtos, no monitoramento em tempo real e na resposta rápida a emergências de saúde pública. No entanto, apesar dos benefícios, ainda existem limitações que precisam ser superadas, como a padronização dos métodos de coleta de dados e

a necessidade de validação de modelos preditivos em diferentes contextos. **Conclusão:** a inteligência artificial tem o potencial de transformar a vigilância em saúde no Brasil, proporcionando novas ferramentas e métodos para enfrentar os desafios tradicionais e emergentes nesse campo. Com o aprimoramento contínuo das ferramentas e métodos de pesquisa, a IA pode se tornar uma aliada indispensável na promoção da saúde pública e na proteção da população brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância em saúde; Inteligência artificial; Brasil.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. ***Política Nacional de Vigilância em Saúde***. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude. Acesso em: 20 ago. 2024.

CLERET DE LANGAVANT, L.; BAYEN, E.; BACHOUD-LÉVI, A. C.; YAFFE, K. Approximating dementia prevalence in population-based surveys of aging worldwide: An unsupervised machine learning approach. ***Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions***, [s.l.], v. 6, n. 1, p. e12074, 2020. DOI: 10.1002/trc2.12074. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32885026/. Acesso em: 20 ago. 2024.

GARCIA, L. P. et al.. Estimating underdiagnosis of COVID-19 with nowcasting and machine learning. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210047, 2021.

MARCON, G. et al. Patterns of high-risk drinking among medical students: A web-based survey with machine learning. ***Computers in Biology and Medicine***, [s.l.], v. 136, p. 104747, set. 2021. DOI: 10.1016/j.compbiomed.2021.104747. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34449306/. Acesso em: 20 ago. 2024.

SILVA, C. C. et al. Covid-19 Dynamic Monitoring and Real-Time Spatio-Temporal Forecasting. ***Frontiers in Public Health***, [s.l.], v. 9, p. 641253, 2021. DOI: 10.3389/fpubh.2021.641253. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33898377/. Acesso em: 20 ago. 2024.

SILVA, A. D. DA . et al.. Machine learning in predicting severe acute respiratory infection outbreaks. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. e00122823, 2024.

REDE DE REABILITAÇÃO DO SUS DE BELO HORIZONTE: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A GESTÃO DO TRABALHO PARA A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

Amanda Neves Cruz Coelho; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais

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

Fabiane Ribeiro Ferreira; Doutora em Saúde Pública; Universidade Federal de Minas Gerais

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

RESUMO

Introdução: Tendências globais da saúde apontam para a necessidade de expansão dos serviços de reabilitação devido ao aumento da demanda de pessoas com dificuldades funcionais (Goulart; Anderle, 2019). No Brasil, o acesso à reabilitação passou a ser universal com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através dos serviços ofertados em rede nos seus três níveis de atenção à saúde: a Atenção Primária, a Média e a Alta Complexidade (Brasil, 2012). Apesar dos avanços ao longo dos anos, estudos mostram que a assistência em rede ainda apresenta fragilidades e dificuldades de articulação (Alves, 2016; Caetano, 2018). Considerando que a eficácia de uma rede está intrinsecamente ligada à forma como os profissionais envolvidos compreendem a dinâmica dos serviços e interagem entre si, é fundamental o entendimento da visão e perspectivas desses atores para garantir a integração e resolutividade da rede (Silva *et al.*, 2016; Costa, 2019). Objetivo: Conhecer a Rede de Reabilitação da SMSA-BH e seus aspectos organizacionais através do ponto de vista e concepções dos profissionais que nela atuam. Referencial Teórico: Uma atenção à saúde de qualidade refere-se à capacidade de um sistema em identificar e compreender as necessidades de saúde de uma população específica sob sua responsabilidade. Isso implica em analisar os riscos e desafios enfrentados por essa população, além de implementar e avaliar intervenções sanitárias relevantes para atender às suas necessidades. Ademais, é essencial que o sistema de saúde seja capaz de oferecer abordagens contextualizadas, levando em consideração a cultura e as preferências das pessoas, proporcionando um ambiente de cuidado que respeite e se adeque ao contexto social e cultural em que os indivíduos estão inseridos (Mendes, 2010). No âmbito da saúde, o processo de trabalho se refere à dimensão específica do trabalho realizado pelos profissionais de saúde no contexto da produção e consumo de serviços de saúde. É a prática diária desses trabalhadores, envolvendo a interação direta com os pacientes, a aplicação de conhecimentos técnicos e científicos, o uso de tecnologias e a gestão dos recursos disponíveis (Fischborn, Cadoná, 2018). A fim de promover uma potencialização do trabalho em saúde, é fundamental compreender e reconhecer que ele é realizado por um coletivo de trabalhadores e que suas relações contribuem para a gestão organizacional e, consequentemente, para atingir a finalidade desse trabalho que é o cuidado. Método: Trata-se de uma pesquisa exploratória de metodologia qualitativa, definida como um estudo de caso. Foram realizadas entrevistas online, utilizando-se um roteiro semiestruturado, com 33 gestores e profissionais da assistência que atuam na reabilitação nos três níveis de atenção. Os resultados foram analisados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin na qual cinco categorias emergiram e foram nomeadas de acordo com o termo “nós” utilizados por Mendes para abordar sobre Redes: A Rede de Reabilitação: conectando nós; O processo de trabalho: entrelaçando fios; Compartilhamento de informações: aproximando nós;

Estratégias e Inovação: fortalecendo fios; e Bases normativas: esforços para configurações convergentes. Resultados: O estudo revelou que os participantes apresentam o reconhecimento teórico adequado sobre os componentes dessa Rede, porém são as dificuldades operacionais que impactam no processo de trabalho causando fragilidades nos serviços. Os principais desafios percebidos, em consonância com a literatura, foram a alta demanda de trabalho, a carga horária reduzida, a alta rotatividade dos profissionais e a insuficiência de serviços de reabilitação. Dificuldades adicionais, ainda pouco exploradas na literatura, envolveram divergências no processo de trabalho entre os serviços, o distanciamento entre coordenações e a falta de integração entre os serviços próprios da Rede e os serviços contratados e conveniados. Entre os fatores que impulsionam o trabalho foram mencionados o trabalho em equipe, a qualidade dos recursos humanos e das relações interpessoais, a disponibilidade para articulação e o apoio gerencial. A maior dificuldade de operacionalização da Rede se encontra na comunicação. Os principais mecanismos de compartilhamento de informações descritos pelos participantes foram os encontros presenciais, por meio dos Fóruns de Reabilitação e reuniões entre as equipes, e o uso de dispositivos eletrônicos, como o aplicativo Whatsapp®, o e-mail e o Google Drive®. O alto volume de informações compartilhadas por e-mail, associada a carga horária reduzida e alta demanda de trabalho, foi evidenciado pelos participantes da APS como uma barreira de acesso a informações compartilhadas por esse dispositivo. Foi revelado o desejo de uma gestão compartilhada pelos participantes, através de uma maior aproximação com os serviços conveniados e contratados, participação mais dialógica nos fóruns de reabilitação, assim como na elaboração dos documentos norteadores das práticas dos serviços. A necessidade de um aprimoramento do processo de trabalho também foi abordada, principalmente através da organização da informação. Ações de Educação Permanente, mudanças no formato dos fóruns e na estratégia de compartilhamento das informações, pelas coordenações (envio dos e-mails), foram sugeridas pelos participantes com o objetivo de aprimorar a integração da Rede. Conclusão: A contribuição prática deste estudo está na possibilidade de revelar de maneira sistematizada, para os gestores e profissionais da Rede de Reabilitação a visão que esses atores apresentam sobre a gestão do trabalho. A identificação das diferenças e dos aspectos facilitadores e dificultadores oferecem uma oportunidade valiosa de reflexão e construção de ferramentas para atuar sobre as potências e fragilidades dos serviços de saúde disponibilizados à sociedade na perspectiva das redes de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação; Serviços de reabilitação; Fluxo de trabalho; Gestão em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. A.; RIBEIRO, F. F.; SAMPAIO, R. F. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans) formação. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 185-192, abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 abr. 2012.

CAETANO, L. A.; SAMPAIO, R. F.; COSTA, L. A. A expansão dos serviços de reabilitação no SUS à luz do arcabouço normativo federal. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 195-203, nov. 2018.

COSTA, R. S. Redes de atenção à saúde: desafios dos gestores para sua implementação e funcionamento. **Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**, Cruz das Almas, v. 2, n. 1, p. 41-55, jun. 2019.

FISCHBORN, Aline Fernanda; CADONÁ, Marco André. Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pressupostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 227-237, 2018.

GOULART, B. N. G.; ANDERLE, P. Reabilitação: uma demanda que cresce e merece atenção. **CoDAS**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 1-2, fev. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

SILVA, L. A. A. D. *et al*. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 765-781, set. 2016.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: CRIAÇÃO DO TIME DE PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA

Fernanda Alves dos Santos Carregal; Mestre em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Renata Ventura Ricoy de Souza Castro; Especialista em Terapia Intensiva; Centro Universitário Una

Vinícius Gonçalves de Souza Ribeiro; Graduando em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais

Lívia Araújo Monteiro; Graduanda em Enfermagem; Centro Universitário Newton Paiva

RESUMO

Introdução: Os cateteres venosos são considerados recursos tecnológicos amplamente utilizados no cuidado de enfermagem ofertado aos pacientes que necessitam de terapêutica medicamentosa intravenosa para o tratamento de comorbidades, em diferentes contextos, sendo o cateter venoso periférico um dos mais utilizados no ambiente hospitalar (BRAGA et al., 2019). Entretanto, a literatura apresenta evidências científicas que comprovam o risco de eventos adversos associados a punção de acesso venoso periférico e em relação a manutenção do cateter, como o surgimento de flebite e infiltração, além de fatores de risco associados, como os medicamentos irritantes (SALGUEIRO-OLIVEIRA et al., 2019). No cenário da terapia intensiva o procedimento de punção venosa periférica destaca-se como o mais frequente nos ambientes de cuidados prestados pela enfermagem. No entanto, o sucesso na inserção pode ser considerado um desafio para o profissional que a executa, gerando desconforto e ansiedade à experiência vivenciada pelo paciente. Desse modo, torna-se necessário implementar estratégias para potencializar a assertividade e a segurança do procedimento, visando fortalecimento de boas práticas com enfoque na redução de eventos adversos (DANSKI et al., 2016). **Objetivo:** Descrever um relato de experiência sobre o processo da criação do time de punção venosa periférica guiada por ultrassonografia. **Referencial Teórico:** A qualidade assistencial e efetividade do cuidado ofertado na terapia intensiva, apresentam-se como demandas prioritárias, sendo necessário o fortalecimento de uma cultura de segurança subsidiada na Prática Baseada em Evidência (PBE) (ROE-PRIOR, 2022). A PBE é definida na literatura como uma abordagem que emprega a melhor evidência científica com o sucesso da experiência clínica. A PBE é um fator chave para fundamentar a prática assistencial, a sua implementação é imprescindível para alcançar a confiabilidade e fortalecimento do cuidado de enfermagem com foco na segurança do paciente (VICENT et al.,2020). Neste contexto, a utilização da ultrassonografia durante a punção venosa, representa uma tomada de decisão subsidiada por evidências científicas que corroboram com a construção e disseminação de uma cultura de segurança do paciente. O uso da ultrassonografia durante a punção venosa periférica favorece a assertividade do procedimento, conferindo maior sucesso nas tentativas de punção e redução de possíveis complicações associadas a falhas técnicas. Além disso, proporciona o incremento da satisfação do paciente e padronização do cuidado ofertado pela equipe de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2016). Desse modo, torna-se imprescindível a implementação de treinamentos para promover não somente a cultura de aprendizado contínuo, contribuir com o alcance da alta performance dos profissionais de forma individual e coletiva, como também auxiliar no gerenciamento da adesão aos protocolos institucionais. Visando o engajamento da

equipe na adesão de boas práticas frente a mudanças de processos, é necessária a implementação tecnologias gerenciais para que todos os profissionais envolvidos tenham um sentimento de pertencimento para o alcance da redução de danos e possíveis eventos adversos atrelados à prática assistencial (OLIVEIRA et al.,2016). **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre a criação do time de punção de acesso venoso periférico com uso da ultrassonografia em um hospital privado da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. A formação do time de punção surgiu para suprir uma necessidade institucional no âmbito da segurança e efetividade das punções de acessos venosos periféricos com enfoque na prevenção de infecção de corrente sanguínea. A categorização de um time composto por profissionais capacitados em punções com o uso de ultrassom, fortalece o engajamento da equipe de forma estratégica, possibilitando o senso de pertencimento e reconhecimento da alta performance. A criação do time seguiu etapas específicas: 1. Apresentação da proposta e objetivos do time para a gerência de enfermagem da unidade; 2. Definição dos setores estratégicos para a composição dos membros do time; 3. Definição dos critérios de elegibilidade dos colaboradores; 4. Criação da identidade visual do time; 5. Capacitação do time no manuseio do ultrassom. Em relação a elegibilidade dos colaboradores, estabeleceu-se como critérios de exclusão: medidas administrativas nos últimos três meses e elevada taxa de absenteísmo. Os critérios de inclusão foram: domínio técnico na prática de punção venosa periférica, além de possuírem como pré-requisitos perfis de lideranças. O formulário de inscrição foi realizado pelo Google Forms e dispunha como itens obrigatórios campos de identificação do candidato e uma apresentação da motivação profissional para compor o time. A equipe de marketing do hospital desenvolveu a identidade visual, sendo aplicado na arte a associação com os valores da instituição, foi construído um brasão com ênfase na premissa do valor fazer seguro e bem feito. **Resultados e Discussão:** Obteve-se 68 inscrições de candidatos que integram setores estratégicos da instituição. Os gestores das áreas foram responsáveis por eleger três colaboradores da enfermagem das suas respectivas unidades para contribuírem com o fortalecimento de boas práticas no âmbito da punção venosa periférica. Após finalizar as inscrições para o time, foi realizada uma votação para determinar a frase que melhor expressava a motivação do candidato. Visando a efetividade das punções, foi realizado o levantamento de profissionais com expertise na área da ultrassonografia para promoverem o processo de capacitação dos membros do time. Entre as diferentes modalidades de treinamento, um modelo fortemente recomendado para atingir alta performance dos profissionais da saúde na execução de habilidades técnicas é a simulação realística. Desse modo, determinou-se como cronograma do treinamento a prática com o recurso de simulação, associado aos feedbacks diretivos. A cultura do feedback direcionado visa o alcance da absorção do aprendizado pela repetição da técnica adequada, aplicado pelo instrutor do treinamento em ambiente de aprendizado seguro. **Conclusões:** A criação do time de punção venosa periférica guiada por ultrassonografia surgiu como uma resposta eficaz para a necessidade de aperfeiçoar a técnica e reduzir a incidência de complicações associadas à punção venosa. Em suma, a implementação de uma equipe capacitada representa um avanço significativo na prática assistencial, alinhando-se com os valores institucionais e promovendo a excelência no cuidado ao paciente crítico. Este modelo não melhora apenas a segurança e a eficácia dos procedimentos, mas também integra práticas baseadas em evidências e reforça a cultura de segurança e qualidade dentro da instituição. Portanto, a construção de uma equipe capacitada em punções periféricas e profundamente envolvida no cuidado integral e humanizado otimiza as práticas clínicas e destaca-se como modelo de inovação e gestão estratégica, assegurando uma abordagem segura e eficaz no tratamento dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Treinamento por simulação; Terapia intensiva; Enfermagem

REFERÊNCIAS:

BRAGA, L. M. et al. Cateterismo venoso periférico: compreensão e avaliação das práticas de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet], 2019; 28. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0018. Acesso em: 14 set. 2024.

SALGUEIRO-OLIVEIRA, A. S. et al. Práticas de enfermagem no cateterismo venoso periférico: a flebite e a segurança do paciente doente. *Texto Contexto Enferm* [Internet], 2019; 28. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0109. Acesso em: 14 set. 2024.

DANSKI, M. T. R. et al. Complicações relacionadas ao uso do cateter venoso periférico: ensaio clínico randomizado. *Acta Paul Enferm* [Internet], 2016; 29(1):84-92. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.83329. Acesso em: 14 set. 2024.

ROE-PRIOR, P. Evidence-based practice. *Journal for Nurses in Professional Development*, v. 38, n. 3, p. 177–178, 2022. DOI: https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000907. Acesso em: 14 set. 2024.

VINCENT, C.; SMETZER, J. The role of evidence-based practice in improving patient safety and quality of care. *British Journal of Anaesthesia*, v. 125, n. 5, p. 728-731, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.08.006. Acesso em: 14 set. 2024.

OLIVEIRA, A. M.; DANSKI, M. T. R.; PEDROLO, E. Technological innovation for peripheral venipuncture: ultrasound training. *Rev Bras Enferm* [Internet], 2016; 69(6):990-996. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0125. Acesso em: 14 set. 2024.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practices*. 4. ed. Wolters Kluwer, 2022. Acesso em: 14 set. 2024.

SOFTWARE DE GEOLOCALIZAÇÃO EM CAMPANHAS DE VACINAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Priscila G. Maia (aluno) [1], Gabriela D.M. Barros (aluna)[1], Maura R.S.P. Vilela (aluna)[1], Raphael A. T. de Aguiar (professor)[2]

[1] Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

[2] Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

priscilagmaiabr@gmail.com, gabiestudos2000@gmail.com, mauravilela230@gmail.com, rapha@ufmg.br.

Resumo.

A quarta revolução industrial trouxe a implementação de tecnologias de Inteligência Artificial (IA) nas políticas públicas, incluindo campanhas de saúde, com destaque para o uso de softwares de geolocalização. Este texto visa elencar experiências de uso desses softwares em campanhas de Saúde Pública, utilizando uma revisão integrativa.Internacionalmente, a IA na saúde varia entre países: na China, há uso de geolocalização e diagnóstico de imagem com telemedicina; na Inglaterra e nos EUA, sistemas de verificação de sintomas online e chatbots são comuns; em Israel, destaca-se o software de gestão de recursos; na América Latina, Equador e Argentina utilizam softwares de autoavaliação e geolocalização. No Brasil, a IA é aplicada em planos de vacinação e análises preditivas para campanhas de saúde pública.A IA melhora a eficiência dos serviços de saúde e a precisão das intervenções, mas enfrenta desafios como a integração nos sistemas de saúde existentes e a garantia de privacidade dos dados. Atualmente, no século XXI, estamos presenciando a quarta revolução industrial, marcada pelo uso intensivo de tecnologias de informação e transformações rápidas em uma sociedade digital. A pandemia de COVID-19 intensificou essa era, exigindo adaptações e o uso de ferramentas digitais nas políticas públicas e na saúde coletiva, como aplicativos, plataformas digitais, telemedicina, Big Data e inteligência artificial[1]. Campanhas de saúde são ações importantes para promover a conscientização e educação da população, melhorando a qualidade de vida[2]. No entanto, enfrentam desafios que podem ser superados com a evolução tecnológica, especialmente com a Inteligência Artificial (I.A.). A I.A. envolve a criação de agentes computacionais que realizam tarefas de forma inteligente[3], interagindo com o ambiente, coletando informações, tomando decisões e executando ações[4]. A localização e o tamanho da população são essenciais para delinear campanhas de saúde pública baseadas no perfil epidemiológico de uma região[5]. Estudos mostram a utilização de softwares de geolocalização[1],[6],[7]. Dado o potencial da I.A. em otimizar políticas públicas e a saúde coletiva, é crucial investigar suas aplicações nesse contexto. Elencar experiências de utilização de softwares de geolocalização nas campanhas de saúde pública. Esse trabalho é uma atividade desenvolvida na disciplina de Introdução à Inteligência Artificial em Saúde do curso de pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais. As principais atividades foram: levantamento de referências e a elaboração do resumo. Realizou-se uma revisão integrativa de literatura, em diferentes fontes como Google Scholar e repositórios de teses e dissertações. Os critérios de inclusão para seleção dos textos encontrados foram: Estudos que investigam diretamente as principais formas de utilização da I.A. na saúde coletiva, bem como suas aplicações;Textos em Português ou Inglês;Textos completos e gratuitos; A adoção de tecnologias na saúde pública é uma tendência global, com a telemedicina emergindo como ferramenta predominante em países como Brasil, China, Inglaterra, Estados Unidos, Israel, Equador, Argentina, Peru, Uruguai, Colômbia e

México[1].Internacionalmente, a utilização da Inteligência Artificial (IA) na saúde varia entre países: na China, há uso de software de geolocalização e diagnóstico de imagem com telemedicina; na Inglaterra, sistemas de verificação de sintomas online e softwares de geolocalização são prevalentes; nos Estados Unidos, destaca-se o uso de softwares de geolocalização e chatbots; em Israel, o software de gestão de recursos em serviços de saúde é notável; em países como Equador, Argentina, Peru, Uruguai, Colômbia e México, são utilizados softwares de autoavaliação e geolocalização[1]. No Brasil, a IA tem demonstrado significativo potencial. Foi utilizada na elaboração do plano de vacinação contra a COVID-19, auxiliando na tomada de decisão e geolocalização para superar obstáculos na campanha[6]. No Pará, destacou-se o uso de análises preditivas na tomada de decisão durante a campanha de enfrentamento à COVID-19[8]. Em Goiás, evidenciou-se a importância de análises de Big Data para direcionar campanhas de saúde pública[9]. Big Data e geolocalização foram aplicados para monitorar e combater a transmissão do vírus SARS-COV-2[7]. Esses resultados indicam que a geolocalização, aliada à IA, pode ser uma ferramenta poderosa na saúde pública, proporcionando melhor gestão de recursos, otimização de campanhas de vacinação e monitoramento eficaz de doenças. A diversidade de aplicações nos diferentes países demonstra a flexibilidade e o potencial da IA em adaptar-se às necessidades específicas de cada contexto de saúde pública. A capacidade de melhorar a eficiência dos serviços de saúde e a precisão das intervenções é clara, mas a implementação prática dessas tecnologias enfrenta barreiras significativas. A superação desses obstáculos requer uma abordagem colaborativa, envolvendo investimentos em tecnologia, infraestrutura de dados, formação de profissionais e considerações éticas e regulatórias. A colaboração entre pesquisadores, profissionais de saúde, formuladores de políticas e a sociedade é essencial para realizar plenamente o potencial da IA na Saúde Pública

Palavras-chave: Inteligencia Artificial; Geolocalização; Saúde Pública; Telemedicina; Campanhas de Saúde.

REFERÊNCIAS

BUGSHAN, W.M. et al. Role of Health Awareness Campaigns in Improving Public Health: A Systematic Review. Int J Life Sci Pharma Res. 2022;12(6):L29-35. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/363412994_Role_of_Health_Awareness_Campaigns_in_Improving_Public_HealthA_Systematic_Review_Life_Sciences-Public_Health. Acesso em: 27 mar. 2024.

BUCHANAN, B. Artificial Intelligence and Agents. In: Poole DL, Mackworth AK, eds. Artificial Intelligence: Foundations of Computational Agents. Nova York, EUA: Cambridge University Press; 2010. p. 3-42. Disponível em: 3.1 Problem Solving as Search ▸ Chapter 3 Searching for Solutions ▸ Artificial Intelligence: Foundations of Computational Agents, 3rd Edition (artint.info). Acesso em: 26 mar. 2024.

NOGUEIRA AR, et al. O Uso Da Inteligência Artificial Como Ferramenta de Apoio À Gestão Das Ações Em Saúde Na Secretaria de Estado Da Saúde de Goiás. Rev Cient Esc Est Saude Publica Goias Candido Santiago. 2022;8(80004):80004-80004.

ROCHA, T. A. H.; ALMEIDA, D. G.; KOZHUMAN, A. S.; SILVA, N. C.; THOMAZ, E. B. A. F.; QUEIROZ, R. C. S, ANDRADE, L. STATON, C.; VISSOCI, J. R. N. Microplanning for designing vaccination campaigns in low-resource settings: A geospatitial artificial intelligence-based framework. Vaccine, v.39. p. 6276-6282, 2021.

ROCHA, T. A. H et al. “Plano Nacional de Vacinação Contra a COVID-19: Uso de Inteligência Artificial Espacial Para Superação de Desafios.” Ciência & Saúde Coletiva, vol. 26, no. s/n, 28 May

2021, pp. 1885–1898, www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n5/1885-1898/, https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.02312021. Accessed 2 May 2024.

SERAFINO, M. et al. “Digital Contact Tracing and Network Theory to Stop the Spread of COVID-19 Using Big-Data on Human Mobility Geolocalization.” PLoS Computational Biology, vol. 18, no. 4, 11 Apr. 2022, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35404949/, https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1009865. Accessed 13 June 2024.

SOUZA JR. GN, et al. Boletim COVID-PA: Relatos Sobre Projeções Baseadas Em Inteligência Artificial No Enfrentamento Da Pandemia de COVID-19 No Estado Do Pará. Epidemiol Serv Saude. 2021;30(4). doi: 10.1590/s1679-49742021000400012.

SOUZA, L.F.R. A Serious Games Platform for Cognitive Rehabilitation with Preliminary Evaluation [tese]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2023. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/21021/2/Tese%20-%20Luiz%20Fernando%20Rezende%20de%20Souza%20-%202023%20-%20Completa.pdf. Acesso em: 26 mar. 2024.

WEISS, G. Multiagent Systems: A Modern Approach to Distributed Artificial Intelligence. MIT Press; 2013. Disponível em: https://www.uma.ac.ir/files/site1/a_akbari_994c8e8/gerhard_weiss___multiagent_systems___a_modern_approach_to_distributed_artificial_intelligence.pdf. Acesso em: 26 mar. 2024.

USO DE DADOS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19

Luciana Justino dos Santos; Graduanda em Enfermagem; Universidade Federal de São João del-Rei, campus Divinópolis/ Minas Gerais.

Kamila Giovana Pedrosa Damásio; Graduanda em Enfermagem; Universidade Federal De São João del Rei, campus Divinópolis/ Minas Gerais.

Olga Luísa Lucena; Graduanda em Enfermagem; Universidade Federal de São João del-Rei, campus Divinópolis/ Minas Gerais.

Raí Gomes Martins Graduando em Farmácia; Universidade Federal de São João del-Rei, campus Divinópolis/ Minas Gerais.

Humberto Ferreira De Oliveira Quites; Docente curso de Enfermagem; Universidade Federal De São João del Rei, campus Divinópolis/ Minas Gerais.

RESUMO

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 representou um desafio para a sociedade e a ciência. As equipes da Atenção Primária à saúde (APS) tiveram um papel fundamental, contribuindo para conter a disseminação da COVID-19 quanto à sua prevenção. O uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs), na APS, pode contribuir no controle e nas respostas à pandemia, organizando e ampliando o acesso aos serviços de saúde. Para fomentar o conhecimento sobre o período de pandemia e o trabalho na APS, este estudo objetivou analisar o uso de dados e informações municipais utilizados em resposta à infecção pela COVID-19 na APS em Minas Gerais.

OBJETIVO

Analisar o uso de dados e informações municipais utilizados no combate ao COVID-19 na Atenção Primária em Saúde em Minas Gerais.

REFERENCIAL TEÓRICO

A gestão em saúde é uma prática complexa considerando os atributos do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua necessidade de equalizar diferentes interesses envolvidos. Para gerir de forma eficiente e eficaz exige-se dos gestores, além da avaliação, definição de critérios, valores e a base em evidências, o conhecimento pessoal e o uso oportuno de informações em saúde no seu processo decisório (FLEXA, 2018). A Atenção Primária em Saúde desempenha um papel decisivo na manutenção da saúde no país, na prevenção e controle de doenças infecciosas através do diagnóstico precoce, tratamento, acompanhamento e monitoramento individual e familiar, sendo fundamental ao processo saúde/doença. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) revelam-se fontes imprescindíveis e extremamente úteis no cumprimento das atribuições conferidas à direção municipal do SUS, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (GERHARDT *et al.*, 2011). No que tange a informação e o processamento de dados em saúde, o compartilhamento e análise oportuna de dados epidemiológicos no Brasil ainda enfrentam entraves apesar de alguns avanços nas políticas de transparência e nos investimentos nos

últimos anos. Dentre os principais podemos citar a infraestrutura heterogênea do sistema de vigilância, a inconsistência nos dos dados em função do preenchimento dos formulários eletrônicos, a falta de integração entre diferentes sistemas de informação existentes (LANA *et al.*, 2020). A falta de conhecimento sobre as informações por parte da gestão, o conteúdo insuficiente de informações geradas e a pouca intimidade com o SIS podem ser fatores que distanciam o gestor do planejamento e tomada de decisão baseada em informações em saúde. Além destes aspectos lidamos ainda com a falta de profissionalização de gestores, insuficiência de quadro de profissionais qualificados, a morosidade na inserção de novas tecnologias, a burocratização em excesso, as influências políticas e a rotatividade profissional, podendo trazer prejuízos a assistência prestada pelo SUS (CUNHA *et al.*, 2019). Grande parte dos gestores e profissionais de saúde não utilizam essas informações produzidas pelos SIS, justificando seu uso apenas para o faturamento dos municípios, repasse de recursos e para objetivos administrativos (BECKER; RECH; REIS, 2018). O processo de busca de informações nos SIS ainda se apresenta como algo fragmentado e trabalhoso para muitos gestores.

MÉTODO

Estudo observacional do tipo transversal contando com uma amostra de secretários de saúde de 455 cidades de Minas Gerais, por meio de um sorteio considerando a distribuição do porte populacional, com um nível de significância de 5%. A coleta de dados se deu através de formulário online enviado aos respectivos e-mails das secretarias municipais. O questionário estruturado continha 53 questões sobre: aspectos sociais e demográficos, características profissionais e experiência administrativa dos gestores; quantitativo de profissionais de saúde na APS, uso de ferramentas gerenciais na APS, uso de estratégias e recursos por parte do município e profissionais de saúde para controle da infecção e sua organização, uso de Plano Emergencial, Biossegurança, realização de exames diagnósticos, realização de parcerias e adesão a programas que contribuíssem para o controle da infecção, ações de educação em saúde realizadas e principais dificuldades. Os dados foram tratados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 21.0) e *software* R versão 3.0.2. Foi utilizado a técnica de Modelos de Equações Estruturais para análise dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 278 respondentes 53,2% ocupavam o cargo de secretário municipal de saúde e 33,8% coordenador da APS. O relato que o uso de dados e informações em saúde na Secretaria Municipal para planejar suas ações junto a sua equipe na APS, tomando a melhor decisão, foi mencionado (94,2%) tanto no que se refere ao combate à COVID-19 e a sua extrema importância nas práticas gerenciais (78,1%), quanto aos demais agravos de saúde na APS (94,2%). Logo, foi apontado que o uso de dados e informações em saúde na Secretaria Municipal de Saúde junto às equipes da APS têm um papel importante e efetivo para o planejamento e a tomada de decisões relacionadas ao combate à COVID-19 e demais agravos. O modelo proposto identificou que quanto maior é o efeito da estrutura e equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde e as suas unidades de atendimento na APS menor foi a utilização destes para o planejamento das ações no combate à COVID-19. Além desta, quanto maior o treinamento e ou capacitações para desenvolver habilidades relacionadas à prevenção e controle da infecção maior foi a utilização dos dados e informações em saúde no contexto da pandemia. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) disponíveis na APS foram a

principal fonte de informação relatada (87,9%). A produção de dados e informações em saúde relacionados à COVID-19 foram consideradas extremamente satisfatórias e muito satisfatórias em 72,7% dos municípios. Foi compreendido que a utilização do SIS é essencial nesse processo, pois o uso dessa ferramenta representa subsídio para gerir e compartilhar conhecimento. A assertividade da tomada de decisão está relacionada à disponibilidade de infraestrutura tecnológica, capacidade de análise e avaliação dos SIS para elaborar a informação correta. Sendo assim, a "capacitação de recursos humanos capazes de analisar o processo de implantação de uma política pública é imprescindível para a gestão do SUS" (ANTUNES *et al.*, 2021). O e-SUS "apresenta-se como uma importante ferramenta para as equipes de saúde, tanto para o cuidado quanto para a gestão". Já os fatores que os respondentes julgaram dificultar o combate à COVID-19 na APS foram com relação ao uso de dados e informações em saúde são: preenchimento das fichas em papel, a ausência de validação dos dados no momento do preenchimento dos formulários virtuais, o que provoca a entrada de dados incorretos, a falta de integração entre os variados sistemas de informações existentes (LANA *et al.*, 2020) e a dificuldade de uso e acesso à tecnologias, entre outros problemas.

CONCLUSÃO

Evidencia-se, portanto, que a utilização de dados e informações em saúde na Secretaria Municipal junto às equipes da APS, com o e-SUS e o PEC, otimizam o planejamento e a tomada de decisões relacionadas ao controle da COVID-19 e demais agravos à saúde. Entretanto, obstáculos como a dificuldade da equipe da APS em trabalhar com os dados e informações em saúde, os inúmeros relatórios gerados e o grande número de bases de dados no SIS ainda impedem o combate efetivo da COVID-19 na APS. Assim, almeja-se que o presente estudo contribua de maneira efetiva para propor ações e conhecer cenários que levem a superação dessas barreiras e facilite o trabalho dos profissionais dirigentes e trabalhadores da APS.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; Atenção Primária à Saúde; Informação; Gestão em Saúde.

AGRADECIMENTOS

MCTIC/CNPQ/FNDCT/MS/SCTIE/DECIT, projeto nº 401978/2020-6, pelo financiamento, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais pela participação e apoio e a Universidade Federal de São João del-Rei pelo suporte.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, F. M.; GLERIANO, J. S.; DIAS, B. M.; MOURA, A. A.; GASPARINI, L. V. L. Informação como apoio para tomada de decisão de gestores públicos de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 21, n. 82, p. 1-20, mar. 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.23973/ras.82.283. Disponível em: https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/283. Acesso em: 30 ago. 2024.

BECKER, L.A.; RECH, C.R.; REIS, R.S. Acesso à informação para tomada de decisão com base em evidências segundo a percepção de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná, no ano de 2014. **Cad Saúde Pública**, Paraná, v. 34, n.7, jul. 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00003918. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/csp/a/RhGYfv7t9QRQzHJc9dYR3Yj/?lang=pt. Acesso em: 30 ago. 2024.

CUNHA, M.L.S.; FREIRE, J.M.; REPULLO, J.R.; HORTALE, V.A. Estado burocrático e a formação em gestão em saúde em perspectiva histórica: semelhanças e diferenças entre Brasil e Espanha. **Saúde soc**, São Paulo, jul. 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180616. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KvpWGLB6mZ9NpqJmwzMV76F/. Acesso em: 30 ago. 2024.

FLEXA, R. Decision making process in health systems: a literature review. **Saúde soc**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 729–739, set. 2018. DOI: 10.1590/S0104-12902018170509. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/158934.. Acesso em: 30 ago. 2024.

LANA, R. M.; COELHO, F. C.; GOMES, M. F. C.; CRUZ, O. G.; BASTOS, L. S.; VILLELA, D. A. M.; *et al*. The novel coronavirus (SARS-CoV-2) emergency and the role of timely and effective national health surveillance. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 1-5, mar. 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00019620. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/sHYgrSsxqKTZNK6rJVpRxQL/?lang=en. Acesso em: 30 ago. 2024.

GERHARDT, T.E.; PINTO, J.M.; RIQUINHO, D.L.; ROESE, A.; SANTOS, D.L.; LIMA, M.C.L. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação Informação em Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700054. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/MPNdkT6nZMJrj8DqvzG7Bdx/abstract/?lang=pt. Acesso em: 30 ago. 2024.

VIVÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE POR GRADUANDOS DE ENFERMAGEM E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda Rezende Ruggio; Graduanda de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Alberth Francesco Almeida Boiba; Graduando de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Beatriz Nuvem Lopes Pereira; Graduanda de Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Sheila Moreira Costa Pires; Graduanda de Gestão dos Serviços de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Kátia Ferreira Costa Campos; Doutora em Enfermagem; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Educação Permanente em Saúde é uma prática crucial para o funcionamento adequado dos serviços de saúde e para a garantia da qualidade da assistência ofertada, uma vez que ela se debruça sobre as necessidades e lacunas vivenciadas pelos profissionais no cotidiano laboral e propõe solucioná-las mediante a obtenção de conhecimentos e a reflexão do processo de trabalho. Nesse sentido, conhecendo a relevância da educação permanente, durante a disciplina optativa "Tópicos em Saúde III: Gestão da Educação Permanente em Saúde", graduandos de enfermagem e gestão dos serviços de saúde realizaram uma intervenção educativa, por meio do planejamento e implementação de uma oficina acerca da educação permanente para gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) de um município urbano de Minas Gerais. **OBJETIVO:** Relatar as experiências de acadêmicos de enfermagem e gestão dos serviços de saúde sobre uma intervenção educativa realizada para gestores em educação permanente em saúde em um município urbano de Minas Gerais. **REFERENCIAL TEÓRICO:** A prática laboral dos profissionais da saúde é marcada pela necessidade constante de aprendizagem e continuidade da obtenção de conhecimentos em saúde, pois essa área de conhecimento é formada por saberes em contínua atualização, o que requer regularidade no processo de ensino e aprendizagem para que seja possível ofertar uma assistência qualificada (Rozal *et al.*, 2023). Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde configura-se como uma estratégia para suprir essa demanda de constante aprendizado dos profissionais de saúde, pois se debruça sobre as demandas laborais cotidianas vivenciadas por eles no seu trabalho, a fim de alcançar resolutividade e transformar as práticas do serviço (Brasil, 2013). Ademais, considerando a atuação da enfermagem, o processo de trabalho da enfermagem tem o ensino como uma de suas cinco dimensões (assistir, administrar, ensinar, pesquisar e agir politicamente), sendo seu objeto os estudantes de enfermagem em processo formativo e os profissionais que, mesmo já obtendo a formação, desejam continuar desenvolvendo-se profissionalmente por meio de recursos de ensino e aprendizagem, garantindo, desse modo, o aperfeiçoamento de recursos humanos (Sanna, 2007). Dessa forma, abordar essa temática durante a graduação de enfermagem e de gestão dos serviços de saúde é vista como relevante,

para familiarizar os estudantes com o cenário da Educação Permanente, destacando sua importância e a necessidade de fortalecimento desse recurso educacional por parte dos futuros profissionais. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência acerca de uma intervenção educativa vivenciada por estudantes de enfermagem e gestão dos serviços de saúde em fevereiro de 2024. A ação foi mediada por articulação ensino-serviço e orientada por uma docente da Escola de Enfermagem e uma profissional de saúde do município. Inicialmente, realizou-se uma reunião com uma profissional de saúde representante do município para concretizar o levantamento de necessidades educativas e a classificação destas com base na matriz GUT (gravidade, urgência e tendência). Evidenciou-se a temática emergente "Concepção e aplicação da Educação Permanente em Saúde pelos gestores". Assim, preparou-se a oficina "Ação educativa para gestores: o que é Educação Permanente em Saúde?" com o objetivo de proporcionar a compreensão do conceito de Educação Permanente em Saúde e a reflexão sobre o papel de cada profissional dentro desse contexto. A intervenção foi fundamentada na teoria dialógica de Paulo Freire, que se baseia no diálogo e na problematização do contexto dos educandos como artefato transformador da realidade destes, rompendo a tradição de imposição de conhecimentos (Gadotti, Freire, Guimarães, 1995). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A oficina foi composta por cinco momentos: abertura, dinâmica de apresentação dos participantes, perguntas em grupo, plenária de apresentação dos grupos com teorização e encerramento com nuvem de palavras e um formulário de avaliação da oficina. Após a recepção dos profissionais, foi realizada uma dinâmica de apresentação dos participantes para promover interação entre eles e com os alunos da disciplina que executavam a ação educativa. Em seguida, realizou-se uma dinâmica de perguntas em grupo, na qual discutiu-se sobre duas perguntas, sendo elas "O que te vem à mente quando se fala em EPS?" e "Como você realiza a EPS no seu dia a dia?", visando a escuta ativa do que os profissionais interpretavam como Educação Permanente em Saúde. No decorrer das discussões em grupo, os profissionais relataram que Educação permanente em saúde consiste em: capacitações, cursos preparatórios, treinamentos, reciclagem de conhecimentos e reuniões periódicas que deveriam propor capacitações das equipes. Os profissionais relataram que faziam Educação Permanente em Saúde em seus cotidianos por meio de eventos periódicos e capacitações internas. Os grupos de gestores reunidos participaram efetivamente com afinco, sendo que a interação de todos foi crucial para alcançar um resultado satisfatório dessa oficina, suscitando reflexões acerca da necessidade de obter conhecimento para que o trabalho seja ofertado sempre da melhor forma possível. Para mais, durante a plenária de apresentação dos grupos e teorização, um relator de cada grupo ficou responsável por falar sobre o que o grupo respondeu e qual a dificuldade de implementar e organizar a gestão da educação permanente em saúde. Nesse momento, foi possível presenciar vários relatos de vivência e dificuldades enfrentadas dentro do município pelos gestores, o que foi muito importante para que eles aprendessem uns com os outros por meio da troca de saberes e experiências. Além disso, os estudantes autores da ação trouxeram uma teorização sobre o conceito de educação permanente em saúde de acordo com a legislação vigente, como ela poderia ser usada no dia a dia dos profissionais e o que esse núcleo pode fazer dentro de uma unidade de saúde, reforçando, assim, os conceitos acerca dessa temática com os profissionais. Por fim, o encerramento foi realizado com uma nuvem de palavras sobre o sentimento gerado nos profissionais após a oficina. As principais palavras foram "aprendizado", "gratidão" e "conhecimento". Ademais, um formulário eletrônico foi enviado para os participantes, a fim de avaliar a efetividade da intervenção. Embora alguns profissionais demonstrassem ter a compreensão do conceito de educação permanente em saúde, eles ainda utilizavam alguns termos errôneos como "treinamento" e "reciclagem" e estavam restritos à ideia de que a educação permanente em saúde era feita somente por meios de cursos e capacitações em grandes eventos. Dessa forma, a ação educativa alcançou seu objetivo de trazer uma concepção correta sobre a Educação Permanente em Saúde, por meio da plenária e da teorização, e

estimulou o desenvolvimento da concepção da educação permanente em uma visão mais ampla e aplicada à realidade cotidiana dos profissionais. Portanto, percebe-se que, embora os gestores possuíssem uma noção do conceito e da importância da EPS para o sistema de saúde, seria preciso avaliar em outro estudo suas experiências práticas na idealização e realização de capacitações. Seria essencial analisar as principais temáticas envolvidas, se essas capacitações realizadas são necessárias, efetivas, resolutivas e inovadoras no contexto do sistema de saúde local e no que tange à sua microrregião de saúde, se há devida relação intersetorial da EPS dentro dos estabelecimentos de saúde do município, se há adesão dos profissionais alvo de forma multidisciplinar e integral, e se essas capacitações são resultantes em transformações diretas em indicadores de saúde e na realidade dos usuários dos serviços e à população (Silva et al., 2017). **CONCLUSÕES:** A experiência vivenciada demonstra claramente a aplicabilidade da estratégia de transformação de conceitos e práticas atrelados ao cotidiano laboral no contexto da educação permanente. Os gestores, que inicialmente contavam com conhecimentos prévios sobre o tema, foram desafiados a repensarem e reconstruírem suas ideias por meio do diálogo e da reflexão crítica. Esse processo levou-os a compreender a importância da construção de um processo educativo autêntico, que enxergue as necessidades vivenciadas no cenário de prática profissional, da aprendizagem significativa e da educação dialógica, inspirada em Paulo Freire, como bases para uma educação transformadora. A partir dessa experiência, conclui-se que a ação foi proveitosa para garantir um reforço dos conceitos já aprendidos e também agregar novos conhecimentos aos gestores e aos alunos que construíram essa intervenção educativa.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Permanente em Saúde; Gestão em saúde; Enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 44 p.

BRASIL. Portaria n. 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 fev. 2004. Seção 1, p. 37–41.

GADOTTI, Moacir; FREIRE, Paulo; GUIMARÃES, Sérgio. Pedagogia: diálogo e conflito. São Paulo: **Cortez**, 4ª ed, 1995.

ROZAL, Juliana Ferreira; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor Coriolano; SANTOS, Tamyris Arcoverde. Círculo de Cultura e educação permanente para transformação da prática profissional: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 11, p. 3215-3215, nov. 2023. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320232811.16782022.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem Reben**, Brasília, v. 2, n. 60, p. 221-224, fev. 2007. https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018

SILVA, L. A. A. da; SODER, R. M.; PETRY, L.; OLIVEIRA, I. C. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. *38*, n. 1, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779